

Per-Åke Karlsson, Monica Nordström, Mariella Niemi, Pia Redberg
Vad gör de som hjälper de gamla i hemmet? En studie om sam-
verkan och kompetens inom äldreomsorgen.
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD



Vad gör de som hjälper gamla i hemmet?

En studie om samverkan och kompetens inom
äldreomsorgen.

Per-Åke Karlsson, Monica Nordström, Mariella Niemi, Pia Redberg

ISSN 1651-4556
ISBN 91-85025-09-7
2005 Nummer 10



TITEL	Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen.
FÖRFATTARE	Per-Åke Karlsson, Monica Nordström, Mariella Niemi, Pia Redberg
UPPLAGA	2005 Nr 10.
ISSN	1651-4556
ISBN	91-85025-09-7
TRYCKÅR	2005

© **Författaren/Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

FÖRFATTARNAS FÖRORD

Studien, som var ett FoU-projekt, pågick mellan åren 2002 och 2004 i alla kommuner inom Sjuhärdsbygden som ett projekt vid Äldreväst Sjuhärad. Lokala FoU-enheter är verksamheter som arbetar i spänningsfältet mellan verksamhet och forskning. Denna rapport vänder sig till alla som på olika vis berörs av äldreomsorgen. Vi har strävat efter att arbeta både med F'et som står för forskning och U'et som står för utveckling, utifrån verksamhetens intresse. I planering och uppläggning av studien har vi arbetat utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt och strävat efter att systematiskt samla in material och utveckla kunskaper inom verksamhetsområdet. Vi har också varit angelägna om att våra resultat och de erfarenheter vi gjort skall bidra till både kunskaps- och verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen. Därför har vi utvecklat och genomfört studien i dialog med äldre, deras anhöriga samt personal som arbetar i äldreomsorgen.

Studiens övergripande syfte var att undersöka hur omsorgen och vården till äldre konkret utformas, vem som bör ge hjälpen, hur ansvarsfördelningen bör se ut samt vilken kompetens som krävs. Vidare var syftet att bidra till att utveckla kompetensen inom äldreomsorgen. Studien genomfördes i olika steg. Först observerades vilken hjälp som gavs och av vilka i några äldre personers hem. Därefter tillfrågades i en enkät personal, äldre och närstående i sjuhäradskommunerna vilken hjälp de fiktiva personerna Klara och Kalle borde få. Vi prövade en modell för samtal i grupper tillsammans med personal och äldre. Detta utmynnade i ett utbildningsmaterial för kompetensutveckling inom äldreomsorgen. Vi redogör för dessa olika steg och resultaten i rapporten.

Många har bidragit till att studien kunnat genomföras:

- ÄldreVäst sjuhärad finansierade projektet.
- Ulricehamns kommun åtog sig att vara värdkommun för observationsstudien.
- Sex äldre personer upplät sina hem så vi kunde observera vilken hjälp de fick av såväl personal som närstående.

- Cirka 650 personer i Sjuhäradsbygden; äldre, närstående och personal inom äldreomsorgen besvarade enkäter om Klara och Kalle.
- Kontaktpersoner i de olika kommunerna/kommundelarna hjälpte oss att förmedla enkäterna till rätt personer.
- Cirka 45 personer deltog i de grupper som prövade och gav synpunkter på det kompetensutvecklingsmaterial vi utvecklade.
- Referensgruppen gav värdefulla synpunkter under hela projektet.
- Professor Lena Nordholm bistod oss med kunskapsstöd för att vi skulle kunna bearbeta och analysera enkäterna.
- Eva-Lotta Andersson, informatör vid ÄldreVäst Sjuhärad, har bistått med att ge rapporten en trevlig utformning.

Ett varmt tack till samtliga!

Rapporten har granskats av Elisabeth Hanson, ÄldreVäst Sjuhärad, Lena Nordholm, Högskolan i Borås samt Bengt Eriksson, Karlstads universitet. Ett varmt tack till er för värdefulla synpunkter.

Rapporten är disponerad så att läsaren i kapitel ett ges en överblick över äldreomsorgens utformning och komplexitet. I kapitel två beskriver och diskuterar vi studiens uppläggning och genomförande. Våra resultat presenteras och analyseras i kapitlen tre, fyra och fem och i det sjätte och avslutande kapitlet diskuterar vi resultaten utifrån de frågeställningar vi vill belysa. Om ni är lite otåliga och snabbt vill sätta er in i resultat, slutsatser och utbildningsmaterialet ”*Hjälp på gamla dar – samtal i grupp*” kan ni utan svårigheter hoppa över kapitel två som är ett metodkapitel och läsa detta vid ett senare tillfälle. Utbildningsmaterialet är ett fristående resultat från studien och kan beställas via ÄldreVäst Sjuhärad.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRFATTARNAS FÖRORD	III
PROLOG	6
KAPITEL 1. ÄLDREOMSORG	7
Inledning	7
Syfte	8
Behov och hjälp	9
Vård- omsorgs- och rehabiliterande insatser	10
Äldreomsorgens organisering	12
Formell äldreomsorg	12
Yrkesgrupperna och deras arbetsuppgifter	15
Informell äldreomsorg och närståendes hjälpinsatser.....	19
Samverkan	21
Kompetens	25
Sammanfattning	28
KAPITEL 2. METOD	29
Sjuhäradshögskolan – en fallstudie	29
Studiens organisering och design	30
Förankring av studien.....	33
Metodstrategier	35
Observationsstudien	37
Ulricehamns kommun och deltagande äldre	37
Insamling och analys av data	38
Enkätstudien	39
Vinjettmetod.....	40
Utformning och prövning av enkäten.....	42
Insamling och analys av data	43
<i>Kvantitativ analys</i>	46
<i>Kvalitativ analys</i>	47
Interventionsstudien	48
Modellen.....	48
Utbildningsmaterialet.....	51
Några reflektioner över val av metod och genomförande	52

Spridning av resultat och erfarenheter	53
KAPITEL 3. EN DAG I SEX ÄLDRE PERSONERS HEM	54
Att behöva hjälp	54
Resultat.....	56
Bashjälp	56
Från en plats till en annan och träning	58
Arbetsfördelning mellan formella hjälpare	61
Informella hjälpare och hjälpinsatser	64
Slutsatser	66
KAPITEL 4. VEM BÖR HJÄLPA KLARA OCH KALLE? – EN	
ENKÄTUNDERSÖKNING OM HJÄLPSITUATIONER	68
Vem bör hjälpa Klara och Kalle i olika hjälpsituationer.....	69
Enighet i uppfattning	70
Tudelad uppfattning.....	71
Splittrad uppfattning.....	74
Finns skillnader i uppfattning mellan äldre - närstående och personal?	75
Finns skillnader i uppfattning bland personalen om vem som bör ge hjälpen utifrån arbetsfördelning?	77
Sammanfattning och slutsatser om vem som bör ge hjälpen .. 78	
Vem bör ansvara för hjälpen till Klara och Kalle i olika hjälpssituationer	79
Enighet i uppfattning.....	79
Tudelad uppfattning.....	80
Splittrad uppfattning.....	82
Finns skillnader i uppfattning utifrån arbetsfördelning?	83
Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens inriktning?.....	85
Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens längd?.....	90
Sammanfattning och slutsatser om vem som bör ansvara för hjälpssituationen	91
Vem bör ta ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens?	93

Enighet i uppfattning	93
Tudelad uppfattning.....	94
Splittrad uppfattning	95
Finns skillnader i uppfattning utifrån arbetsfördelning?	96
Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens inriktning?	98
Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens längd? ... 100	
Sammanfattning och slutsatser om vem som har ansvar för att personalen har rätt kompetens.....	101
Finns skillnader utifrån om hjälpen avser Klara eller Kalle? 101	
Bör frivilliga hjälpa till och med vad?.....	102
Sammanfattande diskussion utifrån enkätundersökningen . 103	
Summering utifrån hjälpsituationer av olika karaktär.....	103
Slutsatser om hjälpen till Klara och Kalle.....	106
KAPITEL 5. SAMTAL I GRUPPER – EN INTER- VENTIONSSTUDIE FÖR KOMPETENSUTVECKLING	109
Interventionens genomförande och utfall.....	110
Påståenden – uppfattningar – motivering	110
Exempel på diskussioner utifrån några påståenden.....	111
Problem och förslag till åtgärder	115
Erfarenhetsutbyte, delaktighet och roller	116
Fokus på gruppprocess eller gruppresultat	117
Vilka påståenden behandlades och hur?	118
Deltagarnas uppfattning om modellen.....	123
Sammanfattande slutsatser	125
Utbildningsmaterial ”Hjälp på gamla dar – samtal i grupp”	126
Utveckling av material och metod	126
Ett utbildningsmaterial för utveckling av kompetens och samverkan	129
KAPITEL 6. HJÄLPEN, HJÄLPARNA OCH DE ÄLDRE	131
Ett forsknings- och utvecklingsprojekt	131
Hjälpen.....	132
Vilken hjälp ges till äldre i hemmet?	132

Hjälparna	133
Vilka är det som hjälper?	133
Hur ser fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar ut mellan olika yrkesgrupper, de äldre och deras närstående?	134
Finns likheter och skillnader i uppfattningar om hur arbetsuppgifter och ansvar bör fördelas mellan olika yrkesgrupper, de äldre och deras närstående?	136
Vem bör ansvara för att de som ger hjälpen har rätt kompetens?	137
Hur kan samverka mellan olika yrkesgrupper och mellan dessa och de äldre och deras närstående utvecklas?	138
De äldre	139
Prioritering av arbetsuppgifter	141
EPILOG.....	143
LITTERATURLISTA.....	144
BILAGOR	

Vissa bilagor bifogas denna rapport. Övriga finns att hämta på ÄldreVäst Sjuhärads hemsida (se noteringarna nedan)

BILAGA 1. OBSERVATIONSSCHEMA.....	152
BILAGA 2. ENKÄT TILL:	153
Personal om Kalle.....	153
BILAGA 2. ENKÄT TILL:.....	173
Äldre om Klara	173
(Övriga enkäter finns på www.aldrevast.hb.se)	
BILAGA 3. SIGNIFIKANTA SKILLNADER I UPPFATTNING MELLAN OLIKA SVARSGRUPPER, se www.aldrevast.hb.se	
BILAGA 4. PÅSTÅENDEN SOM FANNS ATT TILLGÅ I INTERVENTIONSSTUDIEN	183
BILAGA 5. I INTERVENTIONSSTUDIEN FRAMKOMNA HANDLINGSPLANER/ÅTGÄRDSFÖRSLAG	192
BILAGA 6. DELTAGARNAS KOMMENTARER KRING ARBETSMODELLEN, se www.aldrevast.hb.se	



Klara & Kalle

PROLOG

Önskar att jag hade en bestämd person jag kunde vända mig till och ha som hjälp att gå och handla, hämta pengar på konto, betala olika saker och så vidare. Jag har haft en släkting som hjälpt mig med detta men som nu gått bort.

Det finns inte tid för det sociala idag. Att sy en knapp eller laga ett plagg, det får vi inte göra, eller att gå ut med Klara, icke så...

Ett grundläggande problem är att de olika professionerna inte har kunskap om varandra. Vi alla måste självklart ha våra bestämda arbetsuppgifter, men ibland måste vi hjälpa till mycket, dvs bjuda på sig mer för vårdtagarens bästa.

Olika kategorier av personal kan göra olika saker och inte vara strikt bundna till vissa arbetsuppgifter.

Viktigt att inte Klara fråntas kontrollen och ansvaret för sin egen situation.

Det är undersköterskan som har det tyngsta ansvaret vad gäller omvårdnaden av Kalle.

*Kräv inte för mycket av anhöriga. De har ofta egen familj med barn (tonår-
ingar) som kräver mycket*

Jag skulle önska att biståndsbedömarna åkte ut lite oftare och såg till äldres bedömningar. För dessa ändras rätt ofta utan att biståndsbedömarna vet om det.

De som utför det dagliga arbetet behöver ofta mer utbildning, utökad kompetens och mer stöd från arbetsledningen.

Så lyder några synpunkter från personal, äldre och närstående vilka framkom i en enkätundersökning om de fiktiva personerna Klara och Kalle i Sjuhäradsbygden hösten 2003. Synpunkterna handlar om fördelning av arbetsuppgifter, ansvarfördelning, samverkan och kompetens inom äldreomsorgen, begrepp som varit vägledande för oss i arbetet med denna studie.

KAPITEL I. ÄLDREOMSORG

Inledning

Det finns idag ganska mycket skrivet om den svenska äldreomsorgens utveckling (se bl.a. Szebehely 1995; Nordström 1998; Gustafsson 1999, Blomberg 2004) liksom forskning kring relationen mellan formell och informell omsorg (t. ex. Johansson 1991, Mossberg-Sand 2000). Det finns en del forskning kring samverkan mellan och inom olika verksamheter (Boklund 1995, Mallander 1998; Lindqvist 1998; Danermark & Kullberg 1999; Johansson 2002,) och kring kompetens finns det forskning främst inom pedagogiken (t. ex. Ellström 1992, 2002, Svensson 2002). Det finns också en del forskning kring arbetsvillkor för vårdbiträden i hemtjänsten och kring relationen mellan politiker och äldreomsorgens personal (Gustafsson och Szebehely 2001, 2005). Det saknas dock forskning kring arbetsvillkor för andra personalgrupper inom äldreomsorgen (Trydegård 2005). Kunskapen om samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården liksom om de olika yrkesgruppernas arbetsuppgifter är däremot bristfällig (Hansson & Engström 2005). Även yrkesgruppernas uppfattning om varandras kunskaper, kompetens och ansvar är mindre utforskat. Denna rapport är en del i utvecklingen av denna kunskap. Rapporten bygger på resultaten från en studie inom äldreomsorgen i Sjuhäradsbygden.

Anledningen till att vi ville genomföra denna studie var att vi ville undersöka hur hjälpen till äldre i praktiken är utformad och vilka som ger denna hjälp. Vi ställde oss frågor som: Vad gör de som hjälper egentligen? Vilka är de? Vad har de för uppfattning om vad andra gör? Men också frågor som: Hur uppfattar de som får hjälpen denna? Vet de vem som ansvarar för att hjälpen ges?

Redan här vill vi betona att vår utgångspunkt varit den kommunala äldreomsorgen, den formella äldreomsorgen, och vad som händer där. I viss mån har vi försökt spegla den informella äldreomsorg som ges av anhöriga och närstående samt hur äldre själva ser på de frågor som studien gäller. Detta är en avgränsning i studien som vi återkommer till och motiverar längre fram.

Syfte

Det övergripande syftet har utvecklats och preciseras under studiens gång för att slutligen formuleras enligt följande:

Syftet är att öka kunskaperna om utförandet av arbetsuppgifter, om kompetens och ansvar främst hos olika yrkesgrupper inom den kommunala äldreomsorgen men även hos äldre och deras anhöriga/närstående. Vidare är syftet att genom dessa kunskaper bidra till att utveckla samarbetet mellan olika yrkesgrupper, äldre och deras anhöriga/närstående.

Syftet har precisrats i följande frågor:

- Vilken hjälp ges till äldre i hemmet?
- Vilka personer/yrkesgrupper är det som hjälper de äldre?
- Hur ser fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar ut mellan de olika yrkesgrupperna, de äldre och närstående?
- Finns det likheter och skillnader i uppfattningar om hur arbetsuppgifter och ansvar bör fördelas?
- Vem bör ansvara för att de som ger hjälpen har rätt kompetens?
- Hur kan kunskaper om respektive yrkesgrupps arbetsfält liksom samverkan mellan dessa och äldre och närstående utvecklas?

Studien har genomförts i tre steg. De två första stegen har en forskningsansats medan det tredje steget har en utvecklingsansats. Vi började med att göra observationer i några äldres hem för att få en uppfattning om vilka som gav hjälpen och vilken hjälp som gavs. Observationerna följdes upp av gruppintervjuer med involverade yrkesgrupper. Därefter genomfördes en omfattande enkätstudie där såväl olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen som äldre och närstående fick besvara frågor kring sin uppfattning om olika hjälpinsatser. Avslutningsvis genomförde vi en interventionsstudie för kompetensutveckling.

Sammantaget fick vi genom de tre olika stegen ett omfattande och nyanserat material kring hjälpen till äldre. I analysen av det empiriska materialet har vi använt begreppen *behov* och *hjälp*, *formell* och *informell omsorg*, *arbetsuppgifter*, *ansvar*, *samverkan* och *kompetens*. Dessa begrepp

redogör vi för mer ingående i detta inledande kapitel, övriga begrepp som förekommer definieras efter hand när de dyker upp i texten.

Behov och hjälp

Begreppen behov och hjälp är vida och kan innefatta flera dimensioner av hjälp. Det är också av detta skäl som vi valt att använda dessa begrepp i analysen av vårt material. Med behov menar vi det äldre personer på grund av åldersrelaterad funktionsnedsättning och/eller sjukdom behöver för att kunna klara sin vardag såsom måltider, medicinering, personlig hygien, träning, fysisk aktivitet och social gemenskap. Men hjälp menar vi de insatser som ges av olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen, medicinsk omvårdnad, social omsorg och rehabilitering. Hjälp kan också ges av de äldre själva och deras anhöriga och närstående¹.

Begreppet behov definieras olika beroende på inom vilket sammanhang det används. Inom medicin och psykologi är definitionerna av behov knutna till individen. Inom sociologi och socialt arbete sätts individens behov in i ett samhälleligt sammanhang (Thorslund & Larsson 2002). Bradshaw (enligt Thorslund & Larsson 2002) anger fyra olika behovsbestämmningar.

Normativa behov innebär att det faktiska förhållandet jämförs med en önskvärd standard. Dessa behov förändras över tid, beroende på ökade kunskaper, förändrade samhällsförhållanden och värderingar. Upplevda behov är de önskemål som individen har som inte alltid uttalas, utan kan finnas i det tysta. Uttryckta behov är de upplevda behov som också uttrycks. Komparativa behov innebär en jämförelse mellan likartade grupper eller personers behov. Vid stora skillnader kan man misstänka att det finns otillfredsställda behov eller att hjälp ges till dem som saknar behov.

Inom äldreomsorg kan hjälp bestå av praktiska, sociala och existentiella insatser. Dessutom kan hjälpen vara av vård-, omsorgs- och rehabiliterings-

¹ Vi kommer i texten att använda begreppet hjälp mer generellt och vi använder begreppet insatser för specifik hjälp oavsett vem som ger dessa. När så krävs kommer vi ange vilken yrkesgrupp det gäller.

karaktär. Samtliga syftar till att försöka bevara, utveckla, förändra eller skapa livsstrategier för och i olika problematiska livssituationer (se bl.a. Blomdahl Frej 1996, Blomdahl Frej m fl 1998). Praktiska insatser är kanske de mest självklara och okomplicerade. Det rör sig om olika insatser för att klara vardagslivet såsom att laga mat, tvätta, handla och städa. Praktiska insatser kan också handla om personlig omvårdnad, aktiviteter i det dagliga livet (ADL) som att få hjälp för att komma upp på morgonen, förflytta sig mellan olika platser i hemmet eller hjälp med medicinerings eller såromläggning. Här sammanfaller de sociala, medicinska, omvårdande och rehabiliterande insatserna. Exempelvis kan praktisk hjälp ur ett omvårdnadsperspektiv handla om att se till att en person får frukost efter det att en insulinspruta har getts. Social hjälp kan bestå i att sitta en stund och prata kring denna händelse vid ett senare tillfälle. I den sociala hjälpen ingår även arbetsuppgifterna såsom gemensamhetsskapande aktiviteter, promenader, pratstunder och tidningsläsning liksom stöd i ekonomiska och medborgerliga frågor. Aktivitet, som promenader och annat, kan även ha ett rehabiliterande syfte. När existentiell hjälp ges kan detta ske genom att någon av de personer som utför de olika insatserna blir den äldres förtrogna och samtalspartner kring frågor om till exempel meningen med livet och livets slut.

Hur hjälpen eller insatserna fördelas och förändrats över tid mellan olika verksamheter och mellan den formella och informella omsorgen har ingående studerats i forskningen. Vi skall i det kommande avsnittet kort redogöra för några resultat och konsekvenser av dessa förändringar eller omfördelningar.

Vård- omsorgs- och rehabiliterande insatser

De insatser som ges till äldre i den kommunala omsorgen är alltså av olika karaktär - vård, omsorg och rehabilitering. Därtill kommer den omfattande hjälp som ges av de äldre själva och deras närstående.

Det finns studier som visar att det skett en omfördelning mellan de insatser som ges till äldre från dem som har behov av lite hjälp till de mest behövande (t. ex. Szebehely 2000). Andra studier visar att äldre nyttjar äldreomsorgens tjänster i allt mindre omfattning (SOU 2000:38). Dock förekommer det stora lokala variationer (Blomberg 2004; Trydegård 2000).

Socialstyrelsen visar i en studie hur tiden fördelas mellan olika offentligt finansierade hjälpinsatser inom kommunerna. Mellan 10 - 15 procent beräknas utgöra insatser av hälso- och sjukvårdskaraktär. Mellan 50 och 55 procent beräknas till omsorgsarbete och resterande tid mellan 30 och 40 procent beräknades till icke brukarrelaterad tid (Socialstyrelsen 2001). Karaktäriseringen av hjälpen är dock mycket grov och hur den gestaltas vid närmare granskning är mer okänt. Denna ungefärliga fördelning i Socialstyrelsens rapport bekräftas i en studie från Västmanland (Hansson & Engström 2005). Det förtjänar här att framhållas att stor del av hjälpen ges av anhöriga, sannolikt även vid situationer där den äldre har omfattande offentlig hjälp. En grov uppskattning pekar mot att av äldre som behöver hjälp får en tredjedel hjälp enbart av anhöriga/närstående, en tredjedel av såväl anhöriga/närstående som offentligt finansierad personal medan en tredjedel får hjälp enbart av personal (Socialstyrelsen 2004).

Andra studier visar att antalet vårdplatser minskat med nära 40 procent sedan Ädelreformen infördes 1992, samtidigt som hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende har ökat (Riksrevisionsverket 2002). Hjälpen har också blivit mer selektiv. Äldre med stora omvårdnadsbehov får de insatser de behöver medan en stor del av de äldre som är i behov av lite hjälp och stöd står utanför den offentliga omsorgen (Szebehely 2000). Larsson (2004) påpekar att det finns stor risk för att de äldre som inte har några anhöriga i sin närhet riskerar att bli utan hjälp.

Alltmer hjälp till äldre ges alltså i hemmet och det har skett en förskjutning i ansvaret för omsorgen om äldre från samhället till familjen. Mossberg Sand (2005) påpekar att det är väl känt att anhöriga svarar för merparten av omsorgsinsatserna. På 1980-talet beräknades anhöriga ansvara för ungefär två tredjedelar av alla äldreomsorg, inklusive de som får offentlig hjälp. Mot denna bakgrund och vad som ovan redovisats kan man på goda grunder anta att anhörigas andel av omsorgen till äldre ökat ytterligare.

Sammanfattningsvis så har hemmet blivit arena för avancerad äldreomsorg av olika slag genom såväl politiska beslut kring vård, omsorg och rehabilitering som genom en medicinsk- teknisk utveckling som möjliggör allt mer avancerad sjukvård i hemmet. Förändringarna i äldreomsorgen kännetecknas också av en ökad byråkratisering, professionalisering och

medikalisering. Denna utveckling har inneburit att ingen enskild yrkesgrupp förmår överblicka och samordna den hjälp som äldre kan behöva (Gurner 2001, Evertsson och Johansson 2004).

Äldreomsorgens organisering

För att belysa hur arbetsuppgifter fördelas mellan olika hjälpare och vem som har ansvar för att de blir utförda har vi här valt att skilja mellan *formell* och *informell* äldreomsorg som ger formell respektive informell hjälp. Till de formella hjälparna räknar vi olika yrkesgrupper anställda av främst kommunen för att utföra äldreomsorgen. De yrkesgrupper som är aktuella i vår studie är arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Till de informella hjälparna räknar vi de äldre själva, deras anhöriga, andra närstående samt frivilliga (oavlönade) personer som ger hjälp, exempelvis pensionärsföreningar. Till frivilliga räknar vi i denna studie inte de verksamheter som drivs på frivillig bas med yrkespersoner anställda.

Formell äldreomsorg

Äldreomsorgen i Sverige regleras på nationell nivå men ansvaret för dess utformning och genomförande åvilar de svenska kommunerna. Den nuvarande policyn är att äldre i första hand skall få hjälp och stöd i sin egen bostad. Denna policy har fått stort genomslag i praxis (Nordström och Dunér 2003; Larsson 2004). I Socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453) stadgas det att de äldre som inte själva kan tillgodose sina behov har rätt till bistånd. Insatserna skall utformas tillsammans med den enskilde utifrån dennes unika behov. I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763) stadgas det att god hälso- och sjukvård ska ges till dem som så behöver av den som enligt lagen åtagit sig detta ansvar, här kommunerna. Både SoL och HSL är alltså ramlagar som pekar ut äldreomsorgens inriktning. Lagstiftningen är inriktad på individen som ses separat från familjen. Rätten till hjälp från äldreomsorgen omfattar alla äldre oavsett om de har familj eller inte. Lagarnas utformning ger inget konkret stöd för hur hjälpen skall utformas utan det lämnas åt kommunerna och de olika yrkesgrupperna att utforma.

Genom Ädelreformen 1992 (Proposition 1990/91:14) fick kommunerna

det samlade ansvaret för all stadigvarande vård och omsorg till äldre. Kommunerna har ansvar för olika former av omsorg och service enligt SoL och för medicinska, omvårdande och rehabiliterande insatser enligt HSL. Samverkan mellan kommun och landsting reglerades genom ett betalningsansvar (SFS 1990:1404) vilket innebär att kommunerna får över ansvaret för äldre från landstinget fem dagar efter det att de äldre är medicinskt färdigbehandlade, eller utskrivningsklara, det vill säga inte längre i behov av sjukhusvård.

Socialstyrelsen (2000) har påpekat brister i samverkan mellan kommuner och landsting och menar att de äldre ofta behöver längre tid för att återhämta sig och att de ofta också har kvarstående behov av behandling, rehabilitering och omvårdnad. Johansson (2002) lyfter fram problem med att identifiera var gränsen mellan den sociala kunskapen och omhändertagandet och den medicinska kunskapen och sjukvården går. Hon påpekar att arbetsuppgifternas fördelning mellan verksamhetsfälten medicin/omvårdnad, social omsorg och rehabilitering är flytande. Gränsdragnings- och definitionsproblem om hur arbetsuppgifterna skall fördelas har diskuterats de senaste decennierna. Trots detta verkar svårigheterna bestå och flera utredningar (Socialstyrelsen 2002 och 2003; Riksrevisionsverket 2002) påpekar dessa oklarheter.

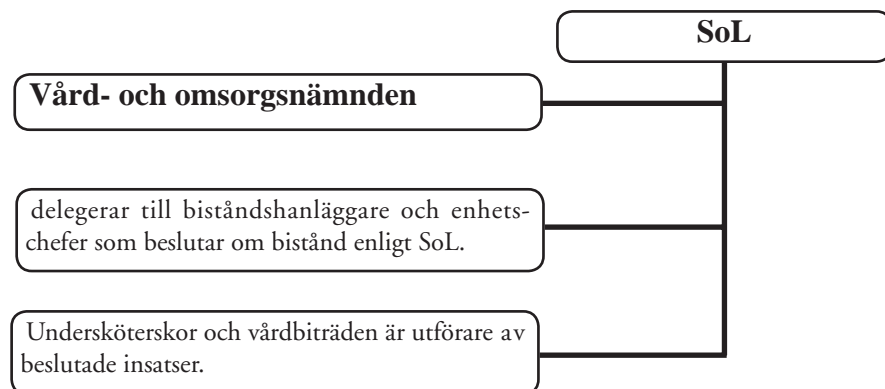
En anledning till att oklarheter uppstår är att de arbetsuppgifter som de olika yrkesgrupperna inom äldreomsorgen utför regleras av skilda lagstiftningar samt att verksamhetsfälten är organiserade på olika sätt. Beroende på vilka avtal som slutits mellan kommun och landsting ser det olika ut i de svenska kommunerna och ansvaret för hälso- och sjukvård är idag delat på kommun och landsting (Riksrevisionsverket 2002).

De olika yrkesgruppernas kunskaper vilar också på skilda kunskapsbaser. Biståndsbedömare² och enhetschefer har ett samhällsvetenskapligt perspektiv och deras arbetsuppgifter styrs av SoL. Sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter har ett medicinskt-/vårdvetenskapligt perspektiv och deras arbetsuppgifter styrs av HSL (Berg 1995). Vårdbiträden och

² Denna yrkesgrupp har flera benämningar, såsom biståndshandläggare, omsorgsutredare. I vissa kommuner sköts arbetsuppgifterna av vissa enhetschefer.

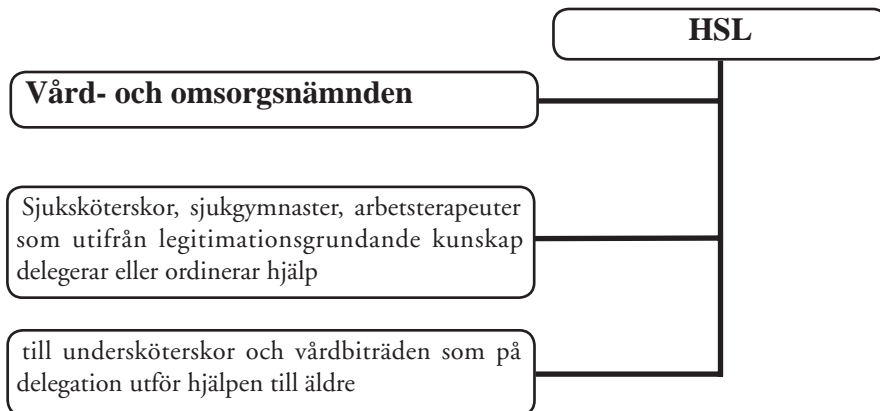
undersköterskor utför arbetsuppgifter av omsorgskaraktär genom att verkställa biståndshandläggarens beslut under arbetsledning av enhetschefen. Vårdbiträden och undersköterskor utför också arbetsuppgifter av vård- och rehabiliterande karaktär på delegation av sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Yrkesgruppernas arbetsuppgifter flyter ofta ihop och krav ställs på dem att samarbeta. Detta bidrar till att det ofta uppstår svårigheter att tillhandahålla god vård och omsorg till äldre med omfattande behov av hjälp (Gurner 2001).

Nedanstående figurer belyser arbetsfördelningens olika nivåer enligt de olika lagstiftningarna.



Figur 1. Organisation för arbetsfördelning utifrån SoL.

Biståndshandläggares och enhetschefers arbetsuppgifter bestäms av politiker i en kommunal nämnd och vilka beslut de får fatta regleras genom delegationsförteckningen. Delegationen är inte statisk utan kan utökas eller minskas under olika tidsperioder. Hur delegationen utformas är beroende av rådande normer, värderingar och konjunkturer.



Figur 2. Organisation för arbetsfördelning utifrån HSL.

Sjuksköterskors, sjukgymnasters och arbetsterapeuters arbetsuppgifter bestäms i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Den statliga legitimationen tillskriver dem att självständigt besluta om sina arbetsuppgifter samt att delegera arbetsuppgifter till vårdbiträden och undersköterskor.

Den lagstiftning som reglerar hjälpen vilar alltså på olika legitimitetsgrunder: HSLs legitimitetsgrund är professionsbaserad, där legitimerade yrkesgrupper fattar självständiga beslut och ger hjälp utifrån sin expertkunskap. För hjälp enligt SoL är det kommunens socialpolitiker som delegerar rätten till biståndsbedömarna att fatta beslut enligt lagen.

Undersköterskor och vårdbiträden står för den dagliga hjälpen, har sålunda att utföra arbetsuppgifter som utgår från båda SoL och HSL och därmed också från olika legitimitetsgrunder.

Yrkesgrupperna och deras arbetsuppgifter

I organisationsforskning brukar man skilja mellan ett yrke och en profession. Ett yrke har inte samma grad av autonomi och kollektiva organisering som en profession har. Vi skall i denna rapport inte ge oss in i den professions-teoretiska debatten utan nöja oss med att påpeka att några av de yrkesgrupper som ingår i denna studie (undersköterskor och vårdbiträden) hamnar ganska långt ner på den skala som karakteriserar traditionella professioner

såsom läkare, advokater och psykologer (se Evertsson 2002) medan de andra yrkesgrupperna genomgår en professionaliseringsprocess.

Vi kommer att använda oss av benämningen yrkesgrupp när vi talar om sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer liksom när vi talar om undersköterskor och vårdbiträden. Viktigt är dock att påpeka att utbildningen till undersköterskor och vårdbiträden är gymnasial och att de övriga yrkesgrupper har högskoleutbildning. Vårdbiträden som yrkesgrupp är dock den grupp som har längst erfarenhet av arbetet inom äldreomsorgen. De andra yrkesgrupperna har tillkommit allteftersom verksamheten utvecklats och specialiserats.

Oavsett om de involverade grupperna benämns som yrke eller profession har utvecklingen av deras verksamhetsfält en nära anknytning till den svenska välfärdsstaten. Parallellt med uppbyggnaden av denna har yrkesgruppernas expertkunskap utvecklats. Dock har det alltid funnits statuskillnader dem emellan, där den medicinska kompetensen ses som överordnad den sociala omsorgens kompetens (Nordström 1998).

Senare förändringar inom äldreomsorgen med en förskjutning av omsorgen om äldre från staten till familjen har inneburit att staten inte i samma utsträckning som tidigare stödjer dessa yrkesgruppers specialisering. Ansvar för att de som ger hjälp har den rätta kompetens för att ge en god vård- och omsorg har i större utsträckning överlämnats åt kommunerna att bestämma.

Trots att sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer i dag är likvärdiga utbildningsmässigt förefaller de inte vara lika kända i allmänhetens ögon. Sjuksköterskor och sjukgymnaster är sannolikt de yrkesgrupper som är mest välkända av allmänheten och har högst status tätt följda av arbetsterapeuterna. Biståndshandläggare och enhetschefer är kanske de två yrkesgrupper som är minst kända medan undersköterskor och vårdbiträden är relativt välkända. Flertalet människor vet att det är de senare som utför vård- och omsorgsarbete inom äldreomsorgen. Att kännedomen om vilka de olika yrkesgrupper är och vilka arbetsuppgifter de utför skiljer sig åt kan troligen förklaras av om yrket legitimerats av staten och hur väl de lyckats etablera sig på arbetsmarknaden liksom av antalet yrkesutövare.

Sjukgymnasterna fick en form av statlig legitimation redan 1897. I kommunal äldreomsorg arbetar de med äldre personer i ordinärt och särskilt boende. Deras uppgift är att medverka till att de äldre har en så god funktionsförmåga som möjligt och att de äldre får använda sin rörelseförmåga och bibehålla sin självständighet. Sjukgymnasterna gör individuella bedömningar av de äldres rörelseförmåga, utarbetar tillsammans med dem olika tränings- och behandlingsprogram samt prövar ut hjälpmedel. Sjukgymnasterna ansvarar också för gruppträning av äldre exempelvis balansgrupp, dansgrupp, gymnastikgrupp och promenadgrupp. De ansvarar även för utbildning och handledning av undersköterskor och vårdbiträden.

Sjuksköterskorna är en yrkesgrupp som ganska snabbt nådde en stabil position inom vård och omsorg. År 1958 fick sjuksköterskorna statlig legitimation. Arbetsuppgifterna kom då inte bara att handla om de uppgifter som tilldelades sjuksköterskorna på ordination från läkarna (exempelvis medicinutdelning, såromläggning) utan också att vidgas och omfatta både arbetsledning och administration (Evertsson 2002). Idag ansvarar sjuksköterskor inom äldreomsorg för den omvårdnad som bedrivs på sjukhus, sjukhemmen och i hemmen enligt HSL. Sjuksköterskorna ansvarar också för omvårdnaden av sjuka och döende i hemmet. De har en vägledande och undervisande funktion i sjukvårdsfrågor.

Arbeterapeuter fick statlig legitimation 1999. Att det dröjde så pass länge beror på att arbetsterapi under lång period inte ansågs som en medicinsk behandling. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2001a) anges att arbetsterapeuten har som uppgift att arbeta med förebyggande, förbättrande och kompenserande åtgärder bland annat för att utveckla eller bibehålla psykiska, sensomotoriska³ och sociala funktioner. Vidare att öka eller bibehålla aktivitetsförmåga och delaktighet inom personlig vård, boende och fritid. Åtgärderna kan innebära träning i aktivitet men även anpassningar av den fysiska, psykosociala, kulturella och institutionella miljön på olika sätt, bland annat genom förskrivning av hjälpmedel. Arbetsterapeuternas skall också instruera och handleda patienter och närstående samt informera,

³ Sensomotorisk anges en funktion vara som gäller både känseln och rörelseapparaten (Nationalencyklopedin, 1993)

handleda och undervisa personalgrupper och studenter.

Sammanfattningsvis så är sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter verksamma inom ett medicinskt/omvårdnadsfält och den hjälp/insatser som dessa yrkesgrupper ger till äldre är av medicinsk, omvårdande, aktiverande och rehabiliterande karaktär.

Biståndshandläggare och enhetschefer arbetar med omsorgsinriktat arbete. Deras arbetsuppgifter är av indirekt karaktär gentemot de äldre genom att de beslutar om fördelningen av resurser och insatser samt arbetsleder undersköterskor och vårdbiträden i vård och omsorgsarbetet (se Trydegård 2000). Biståndshandläggarna är politikernas förlängda arm. Grunden i deras arbete är att ta emot, utreda, bedöma och besluta kring äldres ansökningar om stöd från kommunen, vilket innebär myndighetsutövning. Biståndsbedömarna beslutar om bistånd i form av exempelvis hemtjänst eller särskilt boende. De är myndighetsutövare och utövar, som sagt, sitt arbete på delegation från socialnämndens politiker. Biståndsbedömarna beviljar, planerar och i viss mån fördelar de insatser/arbetsuppgifter som undersköterskor och vårdbiträden utför (se Dunér & Nordström 2005).

Det är enhetschefernas arbetsuppgift att organisera dessa arbetsuppgifter och se till att de blir utförda. De skall också arbetsleda undersköterskor och vårdbiträden genom att värna om deras arbetsmiljö samt att se till att dessa har rätt utbildning och kompetens för att utföra insatserna. Även enhetscheferna arbetar på delegation från socialnämndens politiker. Deras arbete styrs av de lagar och avtal som reglerar verksamheten. Verksamheterna är ofta stora och enhetscheferna arbetsleder upp till 50- 100 vårdbiträden och undersköterskor. Äldreomsorgens ekonomiska förutsättning är idag kraftigt styrande för hur enhetscheferna utformar sitt ledarskap (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2004).

Vårdbiträdena och undersköterskorna utför det direkta vård-, rehab- och omsorgsarbetet. De befinner sig i det vardagliga och tillsammans med de äldre utför de praktiska vardagssysslor. Deras arbetsuppgift är att vara sjuksköterskorna, sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna behjälpliga och utföra de insatser som tilldelas dem genom delegation från dessa grupper. Men deras mest omfattande arbetsuppgift är att utföra den omsorg äldre är i behov av för att klara sitt vardagliga liv i samverkan med den äldre genom

att verkställa biståndshandläggarnas beslut.

Evertsson (2002) påpekar att de olika yrkesgruppernas jurisdiktion eller verksamhetsfält oftast överlappar varandra och att förändringar i en grups verksamhetsfält får konsekvenser för de andra yrkesgrupperna. Gränserna för vem som skall utföra vissa arbetsuppgifter förändras ständigt och expansion av en yrkesgrupps verksamhetsfält kan komma att ske på andra yrkesgruppers bekostnad.

Att ta emot omsorg innebär för äldre att de måste släppa in personal från offentliga verksamheter i det egna hemmet, in i privatlivet. I och med det börjar lagar och regler att gälla i det enskilda hemmet. Verksamhetens riktlinjer för hur hjälpen skall utformas, socialtjänstlagens regler om vad som är skälig levnadsnivå, hälso- och sjukvårdslagens reglering av det medicinska ansvaret samt arbetsmiljölagens regler för vårdbiträdens och undersköterskors arbetsmiljö är några exempel på det. Detta innebär att de äldre inte längre själva helt rör över sin vardag och att vardagsrutiner och livsvanor måste anpassas till de offentliga tjänsternas utformning.

Informell äldreomsorg och närståendes hjälpinsatser

Gränsen mellan familjens och samhällets ansvar är ingalunda skarp och historiskt sett har det skett förskjutning i bägge riktningarna, från familjen till samhället och tillbaka till familjen igen. Diskussionen om vilka arbetsuppgifter som skall utföras av den formella omsorgen respektive den informella omsorgen är idag mer aktuell än någonsin. Oftast förs diskussionerna på samhälls- och förvaltningsnivå och de äldre som är i behov av hjälp är ofta inte delaktiga i denna. Det finns en gråzon mellan familjens och samhällets ansvar. Socialtjänstlagen uttrycker visserligen klart och tydligt att hjälp skall beviljas om inte behoven kan tillgodoses på annat sätt men lagen säger inget om vem som skall ge hjälpen och hur den skall utformas.

Att det skett en nedtoning av hemmets skötsel som uppgift för äldreomsorgen (se bl.a. Szebehely 2000) bidrar säkerligen till att det är svårare att få en ansökan om bistånd beviljad om hjälpen i hemmet kan tillgodoses på annat sätt. Biståndsbedömarna i svensk äldreomsorg fattar dock få formella avslagsbeslut. Att så få formella avslag ges tyder på att biståndsbedömarna i handläggningen av ärenden har utrymme för många informella beslut eller

avslag (Nordström & Dunér 2003). Anhöriga träder in och ger hjälp av mer praktiskt karaktär och i många fall utför samma arbetsuppgifter som den formella omsorgen som nämnts ovan.

Som tidigare framkommit utför äldre och deras anhöriga en mycket stor del av hjälpen till de äldre. Vissa undersökningar tyder på att en allt större del av hjälpen till äldre ges av anhöriga/närstående under senare år (Sundström m fl 2002) även vid svåra sjukdomar som demenser (Wimo m fl 2002). De utför ofta samma arbetsuppgifter som den formella omsorgen men relationen mellan dem, de informella hjälparna, och de äldre ter sig självklart annorlunda. Ofta är dessutom hjälparna här till åren komna, när make/maka hjälper, och kan ibland själva vara i behov av stöd (Kristensson och Ekwall 2004).

Forskning visar således att större delen av omsorgen utförs av närstående (se förutom ovannämnda bland annat Johansson 1991; Szebehely 2000; Eriksson & Ede 2005). Detta innebär att äldre med omfattande behov av hjälp både har formell och informell hjälp.

De anhöriga hjälper med mycket varierande uppgifter, från såväl enstaka praktisk hjälp till ibland frekvent hjälp av omvårdande karaktär. Grunden för denna hjälp är sannolikt främst upplevelsen av ett moraliskt ansvar för familj och medmänniskor. Winqvist (1999) har studerat vilken hjälp äldre får från sina vuxna barn. Barnens livsform har avgörande betydelse och de förhållningssätt, umgängesformer och syn på välfärdsstaten som de vuxna barnen har, formar vilken hjälp de ger till sina äldre föräldrar. Szebehely (1999) visar att hjälpmönster har tydliga klasskillnader. Arbetarklassen hjälper i betydligt högre grad sina anhöriga medan medelklassen i högre grad nyttjar privat avlönad hjälp.

Det är viktigt att påpeka att äldre och deras närstående inte är en heterogen grupp. Olika kulturell bakgrund och skilda normer och värderingar medför med stor säkerhet att de försöker lösa äldres behov av hjälp på olika vis. Det som ändå förenar dem är att de äldre inte längre klarar sin vardag själva. För den äldre flyter arbetsuppgifterna ihop och det är inte alltid tydligt för dem vilka arbetsuppgifter som den informella respektive formella omsorgen bör och kan utföra.

Nordström och Dunér (2003) påpekar att det sker en jämkning kring

omsorgen om äldre mellan det formella och informella nätverket. Det informella nätverket backar upp det formella nätverket och hjälper de äldre med vardagssysslor, även sådana som äldreomsorgen utför. Antingen för att de äldre vill ha deras hjälp istället för hemtjänstens, eller för att hemtjänstens standardiserade tjänsteutbud inte kan tillgodose behoven och därför behöver kompletteras av närståendes hjälp.

Samtidigt är det ofta personer i det informella nätverket som uppmärksammar de äldres behov och som ofta påverkar de äldre till att ansöka om och ta emot hjälp. Detta för med sig att de äldre kan efterfråga mer hjälp än de kanske skulle ha gjort på eget initiativ. Jämknings mellan det formella och det informella nätverket kan alltså ske i båda riktningarna.

Relationen mellan den informella äldreomsorgen och den formella är ofta komplex. Synen på anhörigvårdare inom äldreomsorgen kan också variera starkt: Från att se dem som resurser som kan avlasta samhällets ansvar över att se dem som möjliga samarbetspartners till att uppfatta dem som potentiella hjälptagare (Twigg i Magnusson 2005). Under senare år har man allt mer börjat betona de närstående/anhöriga som experter på sin egen och de hjälpbehövandes situation och att ett partnerskap bör etableras (Nolan m fl 2003).

Samverkan

Genom att det är flera yrkesgrupper, äldre och närstående som involveras i äldreomsorgen kan denna betraktas som en nätverksorganisation med stora krav på samverkan. Samverkan förväntas ske såväl på förvaltningsnivå som på verksamhets-, yrkes- och individnivå. Att samordna de olika verksamhetsfälten i nätverket kring de äldre är viktigt men det är ofta oklart hur samordningen skall gå till.

Behovet av att koordinera insatserna kring vård- och omsorgsbehövande äldre har lyfts fram i flera projekt. Gurner (2001) visar i en studie att samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare inte är tillfredsställande och att äldre med sammansatta behov inte garanteras en trygg och värdig vård och omsorg. Äldre skrivs ut från sjukhus i ett påtagligt skört tillstånd och de vård- och omsorgsplaneringar som sker på sjukhus sker ofta över huvudet på de äldre och deras anhöriga. Flera studier visar att det är experterna som

dominerar konversationen och att besluten ofta fattas över huvudet på den äldre (Dunér 2001; Efrainsson 2003).

I Socialstyrelsens slutrapport om den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (2002) framgår att äldres komplexa, sammansatta och snabbt förändrade behov kräver en samlad kompetens av olika yrkesgrupper. Det påtalas vikten av att olika yrkesgrupper såsom arbetsterapeut, biståndsbedömare, dietist, läkare, sjukgymnast och sjuksköterska samarbetar för den äldre. Denna samordning anses också nödvändig sett ur vårdbiträdenas och undersköterskornas situation då de är beroende av att arbetet leds på ett välorganiserat sätt.

Riksrevisionsverket (2002) har vid sin granskning kommit fram till att det finns två problem vad gäller samverkan. För det första har huvudmännen har inte lyckats skapa en hemvårdsorganisation med tillräckligt hög medicinsk kompetens. För det andra har inte rehabiliteringsverksamheten inom öppenvård och hemvård utvecklats på bästa sätt. Problemen anses höra samman med brister i ansvarsfördelning och samarbete såväl vid den individuella vård- och omsorgsplaneringen som vid organiseringen av arbetet.

Åberg m fl (2004) visar att det finns bristande möjligheter för de olika yrkesfunktionerna inom äldreomsorgen att mötas på riktigt vilket leder till att teamet blir okänt och rehabiliteringen diffus. Det finns behov av mer väldefinierade yrkesfunktioner, mer tid för kunskapsutbyte och möjligheter att skapa en gemensam syn på värdegrund, strategier och mål.

Även Payne (2000) menar att den avancerade vård och omsorg som i dag krävs för vissa grupper inom äldreomsorgen skulle kunna förbättras genom ett utökat samarbete mellan yrkesgrupperna. Han förespråkar tvärprofessionella team och att vården och omsorgen tilldelas gruppen snarare än individens specifika kunskap. Han menar också att det finns paradoxer i att vård- och omsorgsarbetet utförs genom multiprofessionella team. För det första finns risken att yrkesgrupper blir så upptagna med att samverka i team att de glömmer vilka deras verkliga uppgifter är. För det andra att multiprofessionella team blir lösningen på lednings- och organisationsproblem och inte för att ge en god vård- och omsorg. Till slut för det tredje att teammedlemmarna blir så upptagna med att interagera med varandra att de glömmer göra de äldre och sjuka delaktiga i vård- och omsorgsarbetet.

Arbetsuppgiften för multiprofessionella team är att se till helheten och samarbetet bör ske genom att kunskap, information och färdigheter överförs inom gruppen. Det betyder inte att yrkesgrupperna anpassar sina funktioner, kunskaper eller sitt yrkesansvar till de andra i teamet. Role release är ett viktigt begrepp, vilket innebär att teammedlemmarna tillåter vissa aspekter av sin kunskap att bli gemensamma för teamet. Ett sådant arbetssätt förutsätter att teammedlemmarna aktivt arbetar över professionsgränserna med den behövande personens behov i fokus. Payne (a.a.) framhåller även risken med kunskapsöverföringen. Han varnar för att när olika yrkesgrupper skall dela ansvar kring vård- och omsorgen om en person kan enskilda personer i en yrkesgrupp uppleva rädsla för att förlora kontrollen över sina specifika arbetsuppgifter. Det kan då lätt bli en maktkamp kring arbetsuppgifterna och detta gynnar inte den enskilde.

Ett sätt att tydliggöra resonemanget kring teamarbete är att istället för att beskriva dessa yrkesgrupper utifrån sin specifika kunskap beskriva dem utifrån deras funktion i teamet, som bashjälpare, resurshjälpare och experthjälpare (se kapitel 3). Resultatet från vår första studie visade att sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster främst fungerar som experthjälpare. De arbetar självständigt utifrån sin legitimationsgrundande kunskap. Bashjälparna är den grupp som utför det vardagliga och praktiska arbetet i äldres hem och de består av vårdbiträden, undersköterskor och aktiveringspersonal. De tilldelas arbetsuppgifter på uppdrag från biståndshandläggare och enhetschefer eller på delegation från sjuksköterskorna, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Biståndshandläggarna och enhetscheferna benämns resurshjälpare för att de ansvarar för att fördela resurserna via sina beslut om bistånd eller genom att leda och fördela bashjälparnas arbetsuppgifter⁴.

⁴ I viss mån kan även experthjälparna anses vara resurshjälpare genom att besluta om resurser inom hälso- och sjukvården, t ex vid delegationer och ordinationer. I viss mån kan även resurshjälparna vara experthjälpare inom omsorgens område. Vi återkommer i resultatredovisningen och i slutkapitlet till yrkesgruppernas karaktär.

Genom att fokusera på funktionen kan de olika yrkesgruppernas kunskaper och kompetens bli tydligare. Det är viktigt att påpeka att det idag inte finns experter med inriktning mot socialt stöd på samma vis som för de medicinska specialiteterna, där MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) finns i alla kommuner och MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering) finns i knappt 40 kommuner (Redberg 2005), även om det börjar dyka upp sådana befattningar⁵.

Innan vi närmare går in på att belysa vad vi menar med kompetens inom äldreomsorgen vill vi definiera begreppet samverkan.

Samverkan är ett mångtydigt begrepp som kan definieras på flera sätt. Boklund (1995) liksom Danermark och Kullberg (1999) skiljer mellan samråd/konsultation där olika yrkesgrupper gör tillfälliga insatser i varandras verksamheter och bistår med sin expertkunskap. Samordning/koordination innebär att verksamheter kopplas samman för att utnyttja resurser på bästa sätt. Samverkan/kollaboration innebär ett gemensamt ansvar att problem löses genom att var och en bidrar med sina kunskaper och sin kompetens. Samverkan kräver vissa förutsättningar såsom gemensamma mål, gemensamt ansvar, tydliga och enkla regler för hur samverkan skall ske samt ett gemensamt förhållningssätt (Mallander 1998). Ur äldreomsorgens perspektiv innebär det att målen för den enskildes äldres behov och situation tydliggörs och att de olika yrkesgruppernas representanter genom samverkan bidrar till att hjälpen blir så bra som möjligt.

Danermark och Kullberg (1999) påpekar liksom vi tidigare gjort att de lagar som styr verksamheten samt yrkesgruppernas kunskapsgrund har stor betydelse för hur samverkan kommer att utvecklas. De framhåller att lagar såväl som kunskapsgrunder kan vara oförenliga och att involverade aktörer måste kunna skilja mellan problem i samverkan som genereras från en mer övergripande nivå och de problem som uppstår på grupp och individnivå.

Tidigare styrdes de offentliga förvaltningarna genom en central byråkrati och ansvaret lades på yrkesgrupperna eller cheferna för att arbetet skulle utföras på ett ansvarsfullt och kompetent sätt (Danermark & Kullberg

⁵ Till exempel finns socialt ansvarig tjänsteman ("SAT") i några kommuner i Sverige.

a a). I dag läggs ansvaret i allt större utsträckning på den enskilde individen. Genom detta förfaringssätt tenderar problem att förskjutas ner i verksamheten där vissa problem inte är möjliga att lösa. En konsekvens av detta kan bli att konflikterna uppstår på såväl individ- som yrkesnivå. I äldreomsorgen kommer detta till uttryck genom att. ex. empelvis sjuksköterska och enhetschef tvistar om vilka arbetsuppgifter vårdbiträden och undersköterskor bör och kan göra. Eller att biståndshandläggare och sjukgymnast tvistar om vad som bör stå i ett biståndsbeslut.

När vi talar om samverkan i denna studie menar vi samverkan kring de arbetsuppgifter som skall göras utifrån biståndsbeslut eller på delegation samt ansvaret för att dessa blir gjorda. Samverkan innebär alltså ett gemensamt ansvar och att var och en bidrar med sina kunskaper och sin kompetens för att arbetsuppgifter av omvårdnads, omsorgs och rehabiliterande karaktär utförs så att äldre får den hjälp de behöver. Begreppen *Göra* och *Ansvar* har tillsammans med begreppet *Kompetens* utgjort grunden för den operationalisering av arbetsuppgifterna vi gjorde när vi formulerade frågorna i enkäten (se kapitel 2 och 4).

Kompetens

Kompetens och lärande i organisationer har blivit centrala begrepp i alla verksamheter såväl offentliga som privata. En rad statliga och andra utredningar och beslut betonar betydelsen av kompetensutveckling som en förutsätt för tillväxt och välfärd (se t ex SOU 1991:82, SOU 1992:7, Socialstyrelsen 2002, Svenska kommunförbundet 2003). För äldreomsorgen har regeringen beslutat om en miljardsatsning för att öka kompetensen och därmed kvaliteten genom den s k ”Kompetensstegen” (Prop. 2004/05:94). Kompetensutveckling och lärande uppfattas som viktiga faktorer för att effektivisera en verksamhet och för att kunna fatta snabba beslut samt för att bättre klara omställningar i en föränderlig verksamhet. Vidare uppfattas kompetensutveckling som inslag i det goda arbetet och som stimulans och personlig utveckling (Svensson 2003).

Innebörden av ordet kompetens har alltså förändrats över tid. Kompetensbegreppet användes förr enbart för kvalifikation till en viss tjänst, senare som ett sätt att bedöma yrkesskicklighet genom att ha rätt utbildning

och tillämpa denna kunskap i arbetet. Idag ses kompetens som ett komplext och mångfacetterat begrepp och innebörden är inte längre självklar. Kompetens kan definieras utifrån olika perspektiv och ideologier och på skilda nivåer: individ, grupp, organisation och samhälle. Hur kompetens definieras beror på vem som definierar begreppet och på vilkas uppdrag.

Enligt Nationalencyklopedin (1993) betyder kompetens kunnighet och skicklighet. Kompetens är ett vidare begrepp än kunskap samtidigt som kunskap ändå utgör kärnan i de flesta definitioner av begreppet (Söderström 1990). Kompetens definieras som en persons handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation och arbete (Svensson 2003). Kompetens innefattar både kognitiva, emotionella och sociala faktorer och inbegriper förmågan att lära nytt, kreativitet, helhetssyn och omsorg om helheten (Svensson 2002, 2003). Kompetens är också dynamisk, processinriktad och knuten till såväl den enskilda personen som till det sociala sammanhanget och individens förmåga att samverka med andra. Kompetens handlar om duglighet, skicklighet och förmåga att klara av sitt arbete och göra ett bra jobb. Kompetens är inget en person besitter utan något man ständigt skapar i en pågående process (Nordström 2000). Utifrån dessa definitioner får kompetens en relationell dimension och grundar sig på hur andra uppfattar en persons yrkesskicklighet och förmåga att utföra sitt arbete (Svensson 2002).

En person kan utveckla sin kompetens på olika sätt. Formellt genom planerade och organiserade utbildningar och fortbildningskurser inom ramen för utbildningsväsendet och informellt genom spontant och reflekterat lärande i vardagsliv och arbete (Svensson 2003).

I äldreomsorgen arbetar yrkesgrupper med medellång (högskola och universitet) eller kort utbildning (gymnasium). Experternas (sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter) och resurshjälparnas (biståndshandläggare, enhetschefer) utbildningarna har som framkommit olika karaktär: inriktning på vård, rehabilitering och omsorg medan baspersonalens (vårdbiträden, undersköterskor) utbildning har en mer allmän karaktär inom området. Genom den formella utbildningen utvecklar respektive grupp yrkesspecifik kunskap som teoretiskt avgränsas gentemot de andra yrkesgrupperna och en professionalisering sker. Den teoretiska kunskapsbasen utvecklas och i det praktiska arbetet utgör den en av flera faktorer som definierar vilka arbetsuppgifter en yrkesgrupp kan och bör utföra.

Svensson (2003) påpekar vikten av det informella lärandet och att i det praktiska arbetet uppmärksamma olikheter och att utveckla förtroenhetskunskap – en form av uppmärksamhet, närvaro och urskiljningsförmåga. Utvecklingen är inte så mycket knuten till den formaliserade utbildningen utan till det sammanhang inom vilket arbetet utförs.

Arbetsplatsen är alltså en viktig läromiljö och genom de enskilda personernas kompetensutveckling sker också ett organisatoriskt lärande. Anställning i en organisation är ett socialt sammanhang där de anställda mer eller mindre identifierar och uppfattar arbetsuppgifter som gemensamma (Svensson 2002). För att en verksamhet skall kunna producera tjänster av god kvalitet krävs att de anställda har någorlunda rätt kompetens i relation till de arbetsuppgifter de är satta att utföra. Krav ställs därför på att integrera olika kunskaper genom att uppdelningen i de traditionella yrkesspecifika kunskaperna överskrids (se Payne 2000, Svensson 2003).

Organisatoriskt lärande förutsätter att de anställda har inflytande över arbetets utförande samt att de samarbetar kring uppgiften. Det krävs också ett öppet och tillåtande klimat som stimulerar till problemlösning, förändring och flexibilitet. Inte minst är samspelet mellan olika yrkesgrupper och mellan dessa och kunderna viktigt (Svensson 2003).

För äldreomsorgen del rör det sig om samverkan mellan bas- expert och resurshjälpare och inte minst samverkan mellan dessa och de äldre och deras närstående. I komplexa verksamheter som äldreomsorgen bör arbetet organiseras så att det underlättar vardagsinläring på individnivå och kompetensutveckling på organisationsnivå. Kompetens är visserligen bundet till den enskilde individen och det är bara individen som kan lära, inte organisationen. Men organisationen kan försvåra eller underlätta för lärande. Kompetensutveckling kräver därför, som Payne (2000) påpekar, att kunskap överförs mellan olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen. Det innebär inte att de olika yrkesgrupperna skall ge upp sin egen specialkunskap utan att deras samlade kunskap bidrar till en bättre vård och omsorg för de äldre.

Vardagen utgör, som vi tidigare flera gånger påpekat, grunden för äldreomsorgen. Därför måste både vardagen och det sociala sammanhang i vilket äldre människor lever sin vardag beaktas när man diskuterar kompetens inom äldreomsorgen. För att använda de anställdas kompetens på

bästa möjliga vis kan arbetet organiseras i team. Viktigt är också att utveckla former för en kollektiv läroprocess exempelvis genom att anställda med olika kompetenser går samman i grupper för kunskapsöverföring och ett kollektiv lärande.

Sammanfattning

I fokus för föreliggande studie står den hjälp som ges till äldre människor från olika aktörer inom äldreomsorgen. Hjälp är av olika slag och ges av många olika hjälpare, såväl formella hjälpare inom den kommunala äldreomsorgen som informella hjälpare, oftast anhöriga och närstående. Studiens betoning ligger främst på den formella äldreomsorgen som utförs av olika yrkesgrupper i samspel med äldre och deras anhöriga och närstående.

Under senare år har hjälpen blivit allt mer komplex beroende på ett bredare kommunalt ansvar, baserat på såväl SoL som HSL, och på att en ransonering av den samhälleliga hjälpen till de mest behövande skett. För att äldreomsorgen skall fungera väl för de äldre krävs därför en ökad samverkan såväl mellan olika yrkesgrupper som mellan dessa och de äldre själva och deras anhöriga och närstående.

Kunskaper om vilka som ger hjälpen, vilka som ansvarar för arbetsinsatserna i olika hjälpsituationer samt vilka som har kompetensansvar behöver utvecklas. Dessa kunskaper behöver dessutom omvandlas i sådana former att de kan bidra till att utveckla kompetens hos äldreomsorgens olika aktörer, personal, äldre samt deras anhöriga och närstående. Om detta handlar denna studie.

KAPITEL 2. METOD

I detta kapitel kommer vi att redogöra för hur vi gått tillväga när vi arbetat fram vårt material, diskutera några av de problem vi stött på och berätta om de erfarenheter vi gjort. Vi har valt att presentera materialet i kronologisk ordning så att läsaren skall kunna följa processen. Följande kommer att belysas; fallkommunerna och forskningsfältet, studiens organisering och design, metodstrategier, datainsamling, urval och analysarbete utifrån studiens tre steg, samt spridningen av resultat och erfarenheter.

Sjuhäradsbygden – en fallstudie

Studien har bedrivits i Sjuhäradsbygdens kommuner, dvs i ÄldreVäst Sjuhärads verksamhetsområde. I Sjuhäradsbygdens sju kommuner bor ca 195 000 personer. I den största kommunen Borås bor knappt 100 000 personer och staden är indelad i tio kommundelar. Marks kommun är näst störst och har ca 33 000 invånare. Därefter följer Ulricehamn med ca 22 000 invånare, Tranemo med ca 12 000, Svenljunga med ca 11 000, Herrljunga ca 10 500 och Bollebygd med drygt 8 000 invånare. Andelen äldre i befolkningen skiljer sig något mellan de olika kommunerna, men sammantaget skiljer sig inte befolkningens ålderssammansättning nämnvärt från riksgenomsnittet, det vill säga 19 procent av befolkningen är 65 år och äldre. I området finns således en kommun av storstadskaraktär samt mindre kommuner med små och medelstora orter, landsbygd och glesbygd.

Organiseringen av äldreomsorgen uppvisar såväl likheter som skillnader mellan de olika kommunerna. Vanligtvis ansvarar en särskild politiskt nämnd för äldreomsorgen tillsammans med andra verksamheter. Oftast finns en äldreomsorgsförvaltning (ibland benämnd vård och omsorg) med ansvar både för insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. Samtliga kommuner/kommundelar, förutom Tranemo, har indelat verksamheten i en sk beställar- och utförarorganisation med särskilda biståndshandläggare/-bedömare. Givetvis finns inom samtliga kommuner särskilda boenden av olika typ och med olika benämningar; servicehus, ålderdomshem och sjukhem. På de särskilda boendena finns vanligtvis dagverksamheter avsedda för de boende och för äldre som bor i närheten. Strävan i samtliga kommuner

är att hjälpen ska ges i de äldres ordinära boende. En minskning av antalet platser i de särskilda boendena har därför skett under senare år.

Cirka 3700 personer arbetar inom äldreomsorgen i dessa kommuner. Av dessa är ungefär 3150 personer undersköterskor eller vårdbiträden (ibland sammanslagna under benämningen omvårdnadspersonal). Den näst största gruppen är sjuksköterskor om ca 320 personer. Därefter följer enhetschefer om ca 110 personer. I grupperna biståndshandläggare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns ungefär 45 personer vardera.

Följande tabell sammanfattar andelen äldre samt hur stor andel av dem som har insatser från äldreomsorgen i kommunerna (Kommunförbundet 2004).

Tabell 1: Andel äldre och andel äldre med äldreomsorg i Sjuhäradsbygdens kommuner 2003

	Andel invånare 65 år och äldre, procent	Andel av invånarna 65 år och äldre med insatser i ordinärt boende, inklusive hemsjukvård	Andel av invånarna 65 år och äldre med insatser i särskilt boende
Bollebygd	14,5	Ej uppgift	Ej uppgift
Borås	18,2	6,7	6,8
Herrljunga	19,0	6,6	6,9
Mark	19,0	11,2	9,0
Svenljunga	19,6	5,1	8,3
Tranemo	19,5	7,0	9,9
Ulricehamn	20,1	4,7	7,5
Västra Götaland	18,6	7,4	7,4
Hela riket	19,1	7,8	7,2

Studiens organisering och design

Projektgruppen har bestått av Per-Åke Karlsson, projektledare och vetenskaplig ledare vid ÄldreVäst Sjuhärad, socionom, fil dr, lektor i socialt arbete vid Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås, Monica Nordström vetenskaplig handledare, fil dr i sociologi, lektor i socialt arbete vid Göte-

borgs universitet, sjuksköterska och forskare vid Vårdalinstitutet, Mariella Niemi, projektassistent, adjunkt, doktorand i socialt arbete med inriktning mot social omsorg vid Göteborgs universitet och Skaraborgsinstitutet samt Pia Redberg projektassistent, leg arbetsterapeut i Tranemo kommun.

Styrgruppen för ÄldreVäst Sjuhärad har också varit styrgrupp för studien. Denna består av chefer för äldreomsorgen från kommunerna i Sjuhärad samt representanter från Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås.

Referensgruppen har bestått av representanter för två av de sju kommunerna, och representanter för PRO, SPF, en anhörigförening, fackliga organisationer, Högskolan i Borås och ett vårdgymnasium i Sjuhärad. Gruppen har träffats cirka 3-4 gånger per år under projekttiden.

För två av delstudierna har funnits kontaktpersoner från samtliga deltagande kommuner/kommundelar. Dessa har träffats vid några olika tillfällen, dels inför distributionen av enkäten dels i samband med interventionsstudien.

Nämnda grupperingar har tillsammans bidragit till en bred förankring av studien och genom sin samlade erfarenhet till en djupare förståelse av äldreomsorgen och de lokala variationerna. Tillsammans med projektgruppens olika yrkeserfarenheter har detta gett en bred kunskapsbas i planeringen och uppbyggnaden av studien.

Studiens design har projektgruppen tillsammans arbetat fram och sedan i dialog förankrat arbetet i de olika grupperna. Projektgruppen har varit en arbetande grupp och vi har träffats regelbundet en gång i månaden under de tre år studien pågått och under vissa perioder oftare.

Observationsmallen, enkäten och uppläggningsen av interventionsstudien är alltså ett gemensamt arbete även om vi fördelat arbetsuppgifter mellan oss. Mariella genomförde observationerna och de uppföljande återföringsseminarierna och gruppintervjun. Även utformningen av enkäten var ett gemensamt arbete. Pia med stöd från Per-Åke skötte det praktiska arbetet med enkäterna och till sin hjälp hade de kontaktpersoner i kommunerna. Den kvantitativa analysen av enkäten gjorde Pia och Per-Åke med stöd av Lena Nordholm, tillika ledamot av ÄldreVäst Sjuhärads styrgrupp. Den kvalitativa analysen av de öppna svarsfrågorna i enkäten gjorde

Monica och Mariella. Interventionsstudien utarbetade vi tillsammans och när modellen prövades ledde vi var sin grupp. Även utvärderingen är ett gemensamt arbete medan Pia och Per-Åke har arbetat fram det slutliga utbildningsmaterialet.

När vi skrivit denna rapport har vi ansvarat för var sitt kapitel men skrivarbetet är också ett gemensamt arbete. Vi har läst varandras kapitel, givit synpunkter till förändringar, flyttat om visst innehåll mellan kapitlen och omarbetat manuset. Men i stort har det sett ut på följande vis. Monica har skrivit kapitel 1 och 2, Mariella kapitel 3, Per-Åke och Pia kapitel 4 och 5 och Monica och Per-Åke har skrivit kapitel 6. Per-Åke har också gjort den slutliga redigeringen.

Studiens syfte har operationaliserats i olika delstudier och arbetsmetoder. För det första att utifrån en kvalitativ studie undersöka vilken hjälp äldre faktiskt får i hemmet och av vilka. För det andra att i en kvantitativ studie undersöka vilka det är som bör hjälpa de äldre och hur arbetsuppgifter, ansvar och kompetens fördelas mellan olika aktörer inom den formella och informella omsorgen. För det tredje att i en interventionsstudie utveckla och pröva en modell för kunskaps- och kompetensutveckling baserad på empiriskt grundade resultat samt att, utifrån erfarenheter från interventionsstudiens första del, framställa ett utbildningsmaterial.

Studien är alltså upplagd i tre steg/delstudier:

Steg 1. Dagslånga observationer genomfördes med ett mindre antal äldre med högt omsorgs- och omvårdnadsbehov samt återföringsseminarium och gruppintervju med formella hjälpare.

Steg 2. Enkätundersökning ställd till olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen samt till äldre och närstående. Frågorna konstruerades kring ett antal vinjetter som skapades utifrån resultaten från observationsstudien.

Steg 3. Interventionsstudie – Samtal i grupp. Denna har bestått av två delar. En del där ett material för kompetensutveckling arbetades fram och prövades inom äldreomsorgen. Samtalen, som skedde i grupp, utgick från ett antal påståenden vilka formulerades utifrån resultaten av enkätstudien. En del

där ett utbildningsmaterial för kompetensutveckling inom äldreomsorgen färdigställdes för att användas i verksamheten.

I kapitel ett har vi redogjort för och definierat de viktigaste begreppen i studien, formell och informell omsorg, arbetsdelning, samverkan samt kompetens. Dessa begrepp har varit vägledande för oss i analysen av materialet och för diskussionen i det avslutande kapitlet. Vi har strävat efter att använda ett så allmänt språkbruk som möjligt för att rapporten skall väcka intresse hos både personal inom äldreomsorg och hos äldre och närstående. Men vi vänder oss även till forskare inom området och använder därför ibland begrepp eller beteckningar som kanske inte är så allmänt kända. Dessa definieras efter hand när de dyker upp i texten.

Studien utgår från den hjälp äldre människor får inom den kommunala äldreomsorgen. Väl medvetna om att en stor del av hjälpen till äldre människor ges inom den informella äldreomsorgen har vi valt denna avgränsning. Ett motiv härför är att studien annars skulle bli alltför omfattande i förhållande till tillgängliga resurser. Ett annat motiv är att de problemställningar som finns inom den formella äldreomsorgen, vilka vi beskrivit i kapitel ett, varit en utgångspunkt för oss inom projektgruppen såväl intressemessigt som professionellt och vetenskapligt.

Förankring av studien

Under planeringen av studien diskuterade vi frågor av mer allmän karaktär: Hur skulle vi förankra studien så att vi kunde återkomma till kommunerna vid flera tillfällen? Hur skulle vi distribuera enkäterna så att vi fick största möjliga svarsfrekvens? Hur skulle vi göra för att tillsammans med berörda bidra till kunskapsutvecklingen inom äldreomsorgen? Vi funderade också mycket över frågor av etisk karaktär.

Efter hand kom de frågor vi ställde oss att bli mer specifika. Hur skulle observationerna se ut hemma hos de äldre? Hur skulle enkätfrågorna struktureras och operationaliseras? Hur skulle vi göra för att studera om det finns likheter och skillnader i hjälpen till män respektive kvinnor? Vilka statistiska metoder tillät våra data? Sist men inte minst hur skulle vi förmedla de resultat och slutsatser vi kommit fram till?

Att studien genomfördes inom ramen för ÄldreVäst Sjuhärad och utveckla-

des i dialog med samtliga ovan beskrivna grupper har underlättat för oss att nå ut i äldreomsorgen som forskningsfält. Både styr- och referensgruppen har varit till stor hjälp i detta arbete. Styrgruppen har underlättat våra kontakter i de olika kommunerna. Referensgruppen har givit synpunkter på såväl planeringen som genomförandet av de olika stegen. Kontaktpersonerna har gjort att vi lätt kunnat nå respondenter och deltagare i de olika studierna. Vart vi än vänt oss har vi blivit positivt mottagna.

Våren 2002 presenterade vi våra idéer till studien muntligt för ÄldreVäst Sjuhärads projektledning. Då dessa mottogs positivt arbetade vi vidare med studiens design. I början av hösten 2002 presenterade vi en skriftlig projektplan för ÄldreVäst Sjuhärad. Information om studien gick nu också ut till samtliga kommuner/kommundelar. Ulricehamns kommun erbjöd sig att vara värd för steg 1.

Hos Göteborgs universitets etiska kommitté vid Sahlgrenska akademien ansöktes om etiskt tillstånd för steg 1 i studien - en dag i sex äldre personers hem. Detta beviljades i oktober 2002 med förbehållet att vi skrev ett tydligare informationsblad till varje deltagande grupp i studien. I slutet av 2002 genomfördes observationerna.

Utformningen av enkätstudien blev klar under våren 2003 och vi tog kontakt med kommunerna/kommundelarna med en förfrågan om de ville medverka i studien och i så fall kunde hjälpa oss med att utse kontaktpersoner. Kontaktpersonerna bjöds in till en informationsträff, strax efter sommaren, där steg 2 i studien presenterades och vi berättade hur vi hade tänkt att deras roll skulle vara. Framförallt ville vi att de skulle hjälpa till med att distribuera enkäter samt påminna respondenterna så att så många enkäter som möjligt blev besvarade. Men också att de skulle vara oss behjälpliga i kontakterna med kommunerna/kommundelarna.

Våren 2003 var det dags för en etikansökan för enkätundersökningen. Denna beviljades i juni 2003 efter att vi förtydligat informationsbladet till varje deltagande grupp i studien samt informerat personuppgiftsombudet.

Under hösten 2003 genomfördes enkätstudien och under vintern påbörjade vi den konkreta utformningen av interventionstudiens första del. Denna genomfördes under våren 2004. Hösten 2004 var samtliga delar i

studien avslutade och vi började skriva denna rapport.

Det är ett omfattande material vi haft att arbeta med. En del av resultaten var redan rapporterade genom delrapport 1 från observationsstudien (Loberg 2003). Resultaten från enkäterna var också analyserade och slutsatserna fanns dokumenterade. För oss återstod ett gediget arbete att i text formulera vad vi gjort och kommit fram till.

I de följande avsnitten kommer vi att belysa hur vi gått tillväga när vi samlat in och analyserat vårt material utifrån vart och ett av studiens tre steg. Först redogör vi kortfattat för hur vi planerade att genomföra de olika delstudierna. Därefter diskuterar vi hur vi faktiskt gjorde samt giltighet och tillförlitlighet i de enskilda stegen.

Metodstrategier

I studien har vi använt flera olika metoder knutna till de olika stegen i studiens design. Detta för att öka kunskaperna kring hur hjälpen i hemmet till äldre sker. Genom att använda både kvantitativa och kvalitativa data har vi haft möjlighet att beskriva, analysera, förstå och förklara olika företeelser i omsorgen om äldre. Åtskilliga forskare (t. ex. Widerberg 2002) förespråkar en pluralism vid datainsamling för att bredda och fördjupa kunskaperna inom ett fält. Mason (1994) menar att det krävs olika metoder för att dessa genererar skilda typer av data vilka krävs för att belysa komplexa fenomen.

Det första steget i studien var explorativt och vi använde oss av kvalitativa data genom observation i äldre personers hem och gruppintervju med formella hjälpare. Vi ville belysa fenomenet i vad Widerberg (2002 s 17) kallar ”in real life”. Vår förförståelse var att många personer var involverade i hjälpen till de äldre men hur arbetet och ansvaret var fördelat visste vi inte mycket om. Att vi valde observationer framför intervjuer var för att vi själva ville se vad som faktiskt föregick i de äldres hem och inte vad olika informanter sade föregick. För att få en djupare förståelse för fenomenet valde vi dessutom att utifrån observationerna intervjua några ur personalen. Analysen av data från observationsstudien och de analytiska teman som framträdde (bas-, expert- och resurspersonal) kom att fördjupa studiens teoretiska referensram.

Det andra steget i studien hade en normativ ansats. Vi ville här veta vilka arbetsuppgifter olika personer involverade i hjälpen till äldre ansåg borde göras och av vem, samt vem som borde ansvara för att hjälpen blev utförd och att den som utförde hjälpen hade rätt kompetens. I detta steg frågade vi om personernas uppfattning om hjälpen. Utifrån empiriskt grundade vinjetterna ställdes ett antal strukturerade frågor kring kategorierna, göra, ansvar och kompetens. Kategorier var förankrade i vår teoretiska referensram och operationaliserade ur begreppen formell och informell omsorg, arbetsdelning, samverkan och kompetens, vilka vi redogjort för i det inledande kapitlet.

Det tredje steget i studien handlade inte i samma utsträckning som de tidigare om att erhålla data kring fenomenet hjälp till äldre utan snarare om att hypotespröva några av de resultat som framkommit genom de tidigare stegen och att utifrån resultat från steg två formulera påståenden och pröva dessa.

Nedanstående tabell åskådliggör de sätt på vilka vi erhållit och analyserat våra data och hur vi prövat vissa av resultaten.

Tabell 2: Data och analyser i olika delstudier

	Observationsstudien, återföringsseminarier och gruppintervju	Enkätstudien	Interventionsstudien
<i>Typ av data</i>	Faktiska händelser	Normativa uttalanden	Hypoteser - påståenden
<i>Resultat baserade på</i>	Kvalitativa teman	Kvantitativa variabler	Igenkännande

Det insamlade material som vi analyserat är anteckningar från observationerna hos de äldre, anteckningar från återföringsseminarier och gruppintervju, strukturerade enkätsvar och öppna svar från enkäterna, anteckningar och bandinspelningar från interventionsstudien samt protokoll och utvärderingar från interventionsstudiens första del. När vi analyserat vårt insamlade

material har vi använt oss av skilda tillvägagångssätt. Kvantitativa data från enkätstudien har analyserats i statistikprogrammet SPSS⁶ utifrån frekvens och statistiska samband (Wahlgren 2005). I analysen av kvalitativa data har vi använt oss av vad Kvale (1997) kallar ad hoc strukturering.

De citat vi presenterar i rapporten har genomgått en lättare språklig redigering, egentligen en översättning från talspråk till skriftspråk (se Kvale 1997). Detta för att öka begripligheten och av respekt för de intervjuade vars muntliga uttalanden annars kunnat framstå som osammanhängande, upprepande och ofullständiga utan den hjälp som kroppsspråk, mimik och intonation ger i ett levande samtal.

Observationsstudien

Datainsamlingen började alltså med dagslånga observationer hos sex äldre. Tanken med att börja på detta sätt var som framkommit att faktiskt få veta vad som händer i hemmet hos äldre personer i deras vardag när de är i behov av omfattande hjälp och stöd från flera yrkesgrupper och kanske även får hjälp av anhöriga och närstående. Vårt fokus har således inte varit på hur arbetsuppgifterna utfördes. Vård- och omsorgsarbete i äldres hem är studerat på flera olika vis men att studera vilka personer som befinner sig i de äldres hem och vad de faktiskt gör var relativt outforskat. Vår intention var att utifrån de äldres perspektiv studera vilka personer de fick hjälp av och vilka arbetsuppgifter som utfördes. Att de äldre skulle ha ett stort vård- och omsorgsbehov var därför självklart. Valet av tillvägagångssättet var inspirerat av skuggningsmetoden (se Czarniawska 1992a, b). En annan tanke bakom vårt tillvägagångssätt var att de data vi fick fram genom observationerna skulle bilda det empiriska underlaget för en enkätstudie baserad på vinjetter.

Ulricehamns kommun och deltagande äldre

Ulricehamns kommun visade sig vara intresserad av att medverka i projek-

⁶ Statistical Package for the Social Sciences

tets första steg. För att finna äldre personer med ett högt omvårdnadsbehov utgick vi från antalet beslutade timmar enligt SoL. I december 2002 hade sammanlagt 298 äldre personer beslutade insatser enligt den högsta omvårdnadsnivån. 271 personer bodde i särskild boendeform och medeltal beslutade timmar var 110,84 timmar/månad. 27 personer bodde i ordinärt boende och medeltalet beslutade timmar var 81,72 timmar/månad.

Ansvariga biståndshandläggare i två olika geografiska områden, båda med landsbygdskaraktär, hjälpte oss att välja ut de äldre personerna. Kriteriet var som sagt att de äldre skulle ha ett högt omvårdnadsbehov samt att de själva skulle kunna ta ställning till att delta i studien. I och med detta föll personer med demenstillstånd bort. I övrigt var det upp till biståndshandläggarna att välja ut äldre för studien. Observationerna genomfördes i både ordinära och särskilda boenden (servicelägenhet samt sjukhemsboende⁷). De sex äldre som observerades fördelades sig på fyra män och två kvinnor. Det kan vara värt att påpeka att detta inte speglar den normala fördelningen inom äldreomsorgen där övervägande delen är kvinnor.

Innan observationerna påbörjades samlades all personal inom de två aktuella geografiska områden till ett informationsmöte. Ett brev med information om studien skickades också till de av personalen, äldre och närstående som var direkt berörda av observationen. Vi var noga med att informationen till de äldre skulle vara tydlig och texten i deras brev fick ett större typsnitt. De äldre och de av personalen som var direkt berörda av observationen fick också skriva på ett brev om informerat samtycke.

Insamling och analys av data

Observationerna gjordes utifrån ett observationsschema som fokuserade på tre förbestämda kategorier; hjälparna, arbetsuppgifterna, interaktionen (bilaga 1). Under observationerna gjordes fältanteckningar i observations-schemat som sedan skrevs ut till fallbeskrivningar. Att observera ageranden och skeenden ger direkt information om vad som faktiskt sker, till skillnad

⁷ Det sistnämnda benämns omvårdnadsboende i Ulricehamn

mot samtal och intervjuer som är indirekta och möjligen påverkade av önsksningar mm. Givetvis påverkar även observatören det som sker till viss del, vissa händelser kan t.ex. vara tillrättalagda. Observationerna utfördes dagtid under 5-8 timmar per äldre person. Observatören försökte hålla sig i bakgrunden och följa den äldre som en skugga under de situationer som de olika hjälparna utförde sitt arbete. Däremellan samtalade observatören med de äldre. Hon deltog alltså inte i vård- och omsorgsarbetet men hjälpte till ibland för att situationen inte skulle bli för onaturlig. Det kunde handla om att hjälpa till att ringa samtal, sätta på teven eller att hjälpa till med förflyttningar med rullstol. De äldre verkade uppskatta att ha någon med sig under en dag. Den enda skepsisen som kom till uttryck var då en äldre frågade om syftet var att det skulle bli personalneddragningar. Den äldre lugnades dock när han fick veta att så inte var fallet.

Fältanteckningarna analyserades och fyra temaområden urskiljdes: *Bashjälp, Från en plats till en annan och träning, Arbetsfördelning mellan formella hjälpare, Informella hjälpare och hjälpinsatser.*

Efter det att materialet från observationerna bearbetats och analyserats inbjöds ett antal berörda experthjälpare och resurshjälpare till en gruppintervju kring resultaten. Detta gjordes av det skälet att dessa hjälpare inte var närvarande under observationerna, med undantag av sjukgymnasten. Samtidigt var det deras beslut som definierade arbetsuppgifterna för baspersonalen. Intervjun pågick i en och en halv timma och strukturerades utifrån fallbeskrivningarna.

Alla bashjälpare som på något sätt varit involverade i observationerna inbjöds till återföringsseminarier på samma sätt som expert- och resurshjälparna men med syftet att ta del av fallbeskrivningarna som de själva förekom i. Vid detta tillfälle diskuterades frågor kring arbetsfördelning och hjälpinsatserna. Dock intervjuades inte de anhöriga och närstående som förekommit vid observationerna.

Enkätstudien

Enkätundersökningen utarbetades alltså utifrån vad som framkommit i resultaten från observationerna. Tanken med enkätstudien vara att undersöka fördelningen mellan de olika gruppernas uppfattningar samt om det

fanns likheter och skillnader i uppfattningar mellan olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen samt mellan dessa och äldre och närstående avseende:

- Vem/vilka bör hjälpa äldre i vardagliga vård- och omsorgssituationer?
- Vem/vilka bör ha ansvar för att hjälpen utförs?
- Vem/vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens?
- Är det skillnader i uppfattning om hjälpinsatser beroende på om det är en man eller kvinna som får hjälp?

För att kunna analysera det sistnämnda bestämdes att det på framsidan på hälften av enkäterna det skulle finnas en bild av en man Kalle och en kvinna Klara.

I övrigt var vinjetterna och frågorna i respektive enkät desamma vare sig de handlade om Klara eller Kalle med nästan identiska formuleringar⁸ (se bilaga 2). I enkäterna till äldre och närstående (bilaga 2) uteslöts frågorna kring ansvar och kompetens (se nedan).

Vinjettmetod

Vid utformning av enkäterna var vår utgångspunkt det vardagliga vård-omsorgs- och rehabiliteringsarbetet i äldres hem. Vi ville på en så konkret nivå som möjligt undersöka hur arbetsfördelning och ansvar för att arbetet utfördes på ett bra sätt uppfattades. Genom att utforma enkäten som vinjetter ville vi uppnå målsättning att fånga det praktiska arbetets faktiska innehåll.

”Vinjetter är korta historier som beskriver en person, en situation eller ett skeende som försetts med karaktäristiska som forskaren kommit fram till är viktiga och avgörande i en val- eller bedömningsituation.”

⁸ Några detaljer skilde dock; t ex var Kalle klädd i skjorta och Klara i blus.

Så definierar enligt Jergeby (1999, sid 7) de flesta forskare vinjettmetoden. Vinjetten presenteras för respondenten huvudsakligen skriftligt och respondenten har sedan att ta ställning till inslag i denna berättelse. Vanligt är att påstående formulerats för att instämma i eller ta avstånd från.

Vinjettmetoder har använts internationellt under ett par decennier och under senare år även i Sverige i framförallt samhällsvetenskaplig forskning. Exempel på tillämpningar är en jämförande studie mellan socialarbetare i England och Sverige där Brunnberg m fl (1998) lät handläggare ta ställning till olika typer av barnavårdsärenden. Handläggare av socialbidrag har presenterats fiktiva fall för att bedöma såväl om bidrag ska utgå och i så fall hur mycket (t. ex. Hydén m fl 1995). Metoden har också använts för att undersöka likhet och olikhet i kategoriseringar i ett utvärderingssystem (Karlsson 1992). Inom äldreomsorgsområdet har Lindelöf och Rönnbäck (1997) använt vinjetter för att introducera frågor om synen på handläggning av bistandsärenden.

Antagandet bakom att presentera vinjetter är att det föreligger viss lagbundenhet i människors val. Bland ett större antal människor med lika eller olika karaktäristiska, såsom ålder, yrke, utbildning, arbetsområde, ideologiska ståndpunkter kan man förvänta sig vissa mönster i hur man bedömer olika vinjetter. I vårt fall har vi således utifrån observationer av olika hjälpare i några äldres hem konstruerat korta berättelser som presenterats aktörer inom äldreomsorgen i Sjuhärad. En hypotes, som fått gott stöd genom åtskilliga andra undersökningar med vinjettmetoden, är att statistiska olikheter mellan olika svarsgrupper kan urskiljas; här mellan t. ex. närstående och äldre och personal inom äldreomsorgen liksom mellan olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen.

Det förtjänar att påpekas att vinjettmetoden i vår studie inte används som en utvärderingsmetod. I studien värderas inte svaren i relation till någon norm om rätt eller fel, gott eller ont, lagenligt eller inte lagenligt som är karaktäristiskt för en utvärdering. I studien söks enbart likheter och skillnader mellan olika grupper bedömning.

Utformning och prövning av enkäten

Enkätfrågorna utformades utifrån kategorierna *Göra*, *Ansvar* och *Kompetens*. Dessa växte fram utifrån att de representerar central problematik i äldreomsorgens organisering (se kapitel 1) och där det kan råda olika uppfattningar och oklarheter. *Göra* handlar om vem/vilka som skall ge/utföra hjälpen rent handgripligt. Det är inte säkert att den som utför hjälpen är den som bör ha *ansvaret* för densamma, i varje fall kan det tänkas att ansvaret delas. Den tredje kategorin handlar om vem/vilka som har ansvar för att den som utför hjälpen har *rätt kompetens*. Det är möjligt, med den arbetsdelning inom äldreomsorgen vi redogjort för (kapitel 1), att kompetensansvaret skiljer sig från utföraransvaret.

Svarsalternativen var de olika yrkesgrupper - arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden som idag finns anställda inom äldreomsorgen i kommunerna. Även närstående fanns med som svarsalternativ i alla frågor medan de äldre (Kalle eller Klara) fanns som svarsalternativ enbart i kategorin ansvar och kompetens. I samtliga kategorier fanns också möjlighet att uppge om det var någon annan än de uppräknade alternativen som borde ge hjälpen. Respondenterna gavs möjlighet att använda sig av upp till tre olika svarsalternativ per fråga.

Enkäten till de olika yrkesgrupperna testades på tre platser, i Värmland, i Vårgårda och i Ale kommun. Ett 20-tal enkäter skickades ut för prövning och alla besvarades. Efter inkomna synpunkter skedde några mindre justeringar i personalenkäten.

Enkäten till äldre och närstående testades i Borås. Den distribuerades av referensgruppen genom olika pensionärsföreningar. I äldre och närstående enkäten gjordes mer omfattande justeringar då de äldre ansåg att enkäten var för omfattande och svår att besvara. I huvudsak togs frågorna om ansvar och kompetens bort, då dessa kunde anses främst intressanta för personal. Efter synpunkter utformades denna enkät också med större text.

Insamling och analys av data

Tanken var att samtliga sex plus tio (16) kommuner/kommundelar i Sjuhäradabygden skulle delta i enkätundersökningen. En kommunedel i Borås avböjde av arbetsmässiga skäl och enkäten skickades ut till 15 kommuner/kommundelar.

Projektgruppen ansvarade för det praktiska iordningställandet av enkäten med följebrev, instruktioner och svarskuvert samt numrering av enkäten för att en påminnelse skulle kunna göras. Kontaktpersonerna i respektive kommun/kommundel ansvarade för att enkäten lämnades till de respondenter⁹ som var aktuella. Kontaktpersonerna fick även en lista med numren på de enkäter som var aktuella i deras kommun/kommundel där de noterade att enkäten skickats ut liksom när påminnelse hade skett. Enkätsvaren skickade sedan per post tillbaka till projektgruppen. På så sätt kunde anonymiteten för deltagarna säkras.

Sammanlagt skickades 869 enkäter ut, 659 enkäter skickades till de olika yrkesgrupperna och 105 enkäter skickades till äldre och 105 till närstående. Urvalet av respondenterna skedde på följande vis.

För att kunna göra ett riktigt urval av personalen/yrkesgrupperna kontaktades kommunerna/kommundelarna för uppgifter om antalet anställda inom varje yrkesgrupp.

Utifrån dessa gjordes sedan ett stratifierat urval eller totalundersökning baserat på yrkesgruppens storlek. Övervägandena handlade om att få ett hanterbart antal enkäter samtidigt som representativiteten skulle vara god. Kontaktpersonerna instruerades att lämna en enkät till samtliga sjukgymnaster, arbetsterapeuter, biståndshandläggare (fördelning 1:1), till varannan enhetschef (fördelning 1:2), till var tredje sjuksköterska (fördelning 1:3) och till var tionde undersköterska och vårdbiträde (fördelning 1:10).

⁹ Respondenter = de som skulle svara på enkäterna.

Se nedanstående tabell över fördelningen på yrkesgrupper för utlämnade enkäter. Kontaktpersonerna instruerades även att fördela enkäterna jämt mellan personal som arbetade i ordinärt respektive särskilt boende.

Tabell 3: Enkäturvalets fördelning

Arbets- terapeuter	Bistånds- handläggare	Enhets- chefer	Sjuk- gymnaster	Sjuk- sköterskor	Under- sköterskor	Vård- biträden
49	48	54	39	115	349 ¹⁰	92

Äldre	Närstående
105	105

Urvalet av äldre och närstående var strategiskt. Vår ambition var inte att få ett statistiskt representativt urval här. Utan vi önskade ett urval som personalens svar kunde speglas mot. Vi ville att sju äldre personer (65 år och äldre) per kommun/kommundel skulle besvara enkäten. Det begränsade antalet sammanhänger med vår ambition ovan samt var praktiskt betingat: Att göra ett större urval skulle kräva mer insatser från personalen med den uppläggnings vi använde. Ett krav var att de äldre själva skulle förmå att besvara enkäten därför exkluderades svårt sjuka äldre med demens/demensliknande tillstånd. Ett annat kriterium var att de äldre skulle ha hjälp från äldreomsorgen under minst tre månader. Ytterligare ett önskemål var att enkäten fördelades jämt mellan äldre boende i ordinärt boende och särskilt boende.

Vi ville också att sju närstående personer, per kommun/kommundel, till äldre personer med hjälp från kommunen/kommundelen skulle besvara enkäten. Det slutgiltiga valet av vilka personer som skulle besvara enkäterna

¹⁰ 65 personer av dessa benämns omvårdnadspersonal och utbildningen kan vara varierad.

överlämnades till kontaktpersonen i respektive kommun/kommundel att bestämma.

Efter det första utskicket gjordes en påminnelse att skicka in enkäten innan vi konstaterade att av de 869 enkäter som skickats ut besvarades 674 enkäter. Av de 659 enkäter som skickades till personalen besvarades 534. Personalenkätens svarsfrekvens var 82 procent och variationen mellan yrkesgrupperna var från 67 procent - 86 procent. Lägst svarsfrekvens återfanns bland vårdbiträden medan den högsta återfanns bland enhetscheferna. Om grupperna undersköterskor och vårdbiträden slås samman under beteckningen omvårdnadspersonal blir svarsfrekvensen 79 procent. Fyra procent av de som besvarade personalenkäten valde att inte ange yrkesgrupp.

Det var 38 procent av personalen som huvudsakligen arbetar i den äldres ordinära boende. 41 procent uppgav att de arbetade på särskilt boende medan 16 procent uppgav att de arbetade ungefär lika mycket på särskilt boende som hos äldre i det ordinära boendet. Övriga hade inte angett huvudsaklig arbetsplats.

En klar majoritet, 91 procent, uppgav att de arbetat mer än tre år inom äldreomsorgen. Sju procent av personalen hade varit anställda mellan 1-3 år medan enbart två procent hade en anställningstid under ett år. Av de 105 enkäter som skickades till de äldre besvarades 68 stycken. Svarsfrekvensen på enkäten till de äldre var således 65 procent. Nästan exakt lika många av de äldre svarande bodde i ordinärt boende (32 personer) som på särskilt boende (33 personer). Majoriteten av dem hade vid tidpunkten för studien hjälp i form av hemtjänst, 66 procent. 22 procent hade hjälp i form av rehabilitering och 54 procent erhöll hjälp av enbart sjukvårdskaraktär. Larm fanns hos 83 procent och 88 procent hade beviljad färdtjänst. En och samma person kunde alltså ha flera insatser.

Av de 105 enkäter som skickades till närstående svarade 71 personer. Bland de närstående var svarsfrekvensen således 68 procent. En majoritet av de närstående som besvarat enkäten var barn till den äldre, knappt 56 procent, därefter kom make/maka och sambo, knappt 24 procent. De flesta av de närstående som svarade var kvinnor, 74 procent.

Enkäten bestod till största delen av frågor med bundna svarsalternativ men även av ett mindre antal öppna svarsfrågor och dessa har analyserats var för sig. Det förekom inget internt bortfall i någon av enkäterna.

Kvantitativ analys

Den kvantitativa analysen gjordes genom att de bundna svarsalternativen registrerades och bearbetades i statistikprogrammet SPSS. Först gjordes en frekvensfördelning av svaren utifrån de olika svarsgrupperna, äldre, närstående och personalen uppdelad på de olika yrkesgrupperna. Därefter analyserades materialet utifrån följande fem indelningar:

1. Likheter och skillnader i uppfattning mellan yrkesgrupper (arbetsterapeuter, biståndshandläggare, enhetschefer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, undersköterskor vårdbiträden) som ingår i den formella omsorgen och äldre och närstående i den informella omsorgen.

2. Likheter och skillnader i uppfattning utifrån funktionsindelning av de yrkesgrupper som ingår i den formella omsorgen i bashjälpare – experthjälpare – resurshjälpare.

3. Likheter och skillnader i uppfattning mellan personal med olika kunskapsbaser i vård, omsorg och rehabilitering. Till omsorg räknades biståndshandläggare och enhetschefer. Till vård räknades sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Rehabilitering innefattade arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

4. Likheter och skillnader i uppfattning mellan personalen avseende nivån på utbildningen. Denna indelning gjordes utifrån förväntad högskoleutbildning respektive inte högskoleutbildning. Till de med högskoleutbildning räknas arbetsterapeut, biståndshandläggare, enhetschef, sjukgymnast och sjuksköterska. Vårdbiträden och undersköterskor räknas till gruppen med inte förväntad högskoleutbildning.

5. Likheter och skillnader i uppfattning hos samtliga som besvarat enkäten utifrån om det var en kvinna - Klara eller en man - Kalle som var mottagare av hjälpen. Här uteslöts frågorna kring ansvar och kompetens då dessa inte varit med i enkäterna till äldre och närstående.

Ovanstående bearbetningar gjordes utifrån kategorierna Göra som bearbetades enligt ovanstående punkter, 1, 2, 3, 4, 1+5, 3+5, 4+5. Ansvar och Kompetens bearbetades utifrån punkterna 2, 3, 4.

De statistiska metoder vi använt och som våra data var lämpade att bearbetas utifrån är frekvensberäkningar, signifikanstest genom Chitvå samt Fischer exakt test. Genom frekvensberäkningar kan man uttala sig om hur många gånger ett visst variabelvärde förekommer, dvs i vårt fall hur många personer som har samma uppfattning om en företeelse. Signifikanstester ger möjlighet att uttala sig om skillnaderna mellan olika svarsgrupper är statistiskt signifikanta, dvs i detta fall om uppfattningarna skiljer sig åt och om man kan uttala sig med 95procent säkerhet om detta, då vi valde signifikansnivån $p < 0,05$. Fischer exakt ger möjlighet att uttala sig om eventuella skillnader även när stickprovet är litet. Vid de få tillfällen vi gjort detta har den förväntade frekvensen för Chitvå-metoden varit alltför liten (se Ejlertsson 1992).

Kvalitativ analys

I den tematiska analysen av de öppna frågorna i enkäten framkom följande:

Under temat *personal* framträdde följande underteman: roller, arbetsdelning, ansvar, tid, kontinuitet, kompetens och fortbildning.

Under temat *äldre och närstående* framkom underteman som: delaktighet, sociala och fysiska aktiviteter, vardagligt stöd, ekonomi och boende.

Temat *samverkan* innefattade underteman: information och kommunikation.

Resultaten från den kvalitativa analysen av de öppna frågorna i enkäten redovisas inte i ett eget avsnitt i rapporten. Vi har valt att använda enstaka citat och de underteman som analysen givit för att illustrera olika resonemang i rapporten.

Interventionsstudien

Interventionsstudien har alltså skett i två faser. I den första fasen utarbetades och prövades ett material för kompetensutveckling och i den andra fasen vidareutvecklades detta till ett utbildningsmaterial.

Resultaten från observationsstudien och enkätundersökningen utgjorde som tidigare framkommit grunden för interventionsstudien. Delstudiens första fas genomfördes i vad vi kallar Samtal i grupp. Inspiration till Samtal i grupp hämtades från SISU's¹¹ arbetsmodell med uppfattnings- eller åsiktskort. Modellen är utvecklad för att i grupper kunna stämma av och diskutera deltagarnas uppfattningar i olika frågor. Materialet består av fyra olikfärgade kort som visar skilda grader av överensstämmelse; stämmer helt, stämmer till stor del, stämmer till viss del samt instämmer inte alls.¹²

Modellen

Vi började med att omformulera de viktigaste resultaten från de tidigare delstudierna till påståenden. Flertalet påståenden baseras på de kvantitativa resultaten och ett fåtal på teman från de kvalitativa frågorna i enkäten. Påståendena kan ses som empiriskt grundade hypoteser. Att utifrån ett så omfattande material som vårt formulera konkreta påståenden var ett omfattande och mödosamt arbete. Vi strävade efter att formulera påståendena så att de blev så entydiga som möjligt. Detta för att skilda uppfattningar kring en företeelse hos deltagarna skulle bli synliga i diskussionen.

Sammanlagt formulerades ett 40-tal påståenden om kategorin Göra, ett 30-tal om kategorin Ansvar och ett 15-tal om kategorin Kompetens.

¹¹ Svenska idrottsrörelsens studieförbund.

¹² Då SISU hävdade upphovsrätt till korten inköptes sådana. SISU hade dock inga invändningar mot att korten användes i sammanhanget äldreomsorg.

För några av påståendena framställdes grafiska illustrationer för att illustrera påståendets empiriska grund.

Nedan ges några exempel på påståenden från respektive område.

Göra	Ansvar	Kompetens
<p>Det är oklart vem som ska hjälpa den äldre med träning.</p> <p>Den personal som behövs för träning och social stimulering finns inte tillgänglig.</p>	<p>Det är ett hinder inom äldreomsorgen att vi har olika syn i ansvarsfrågor:</p> <p>Ansvarsfördelningen mellan biståndsbedömare och enhetschefer är oklar för övrig personal i äldreomsorgen.</p>	<p>De olika yrkesgrupperna känner inte till varandras kunskaper och kompetens.</p> <p>Arbetssterapeuten vet sitt kompetensområde, men det vet inte övrig personal.</p>

När samtliga påståenden var formulerade prövades en del i referensgruppen. Nästa steg var att utvecklades en manual för hur arbetet i grupperna skulle genomföras. Denna innefattade följande:

- Utse en protokollförare.
- Gruppledaren introducerar ett påstående.
- Deltagarna visar det kort som stämmer med vederbörandes uppfattning.
- Deltagarna motiverar sin uppfattning för varandra.
- Deltagarna diskuterar varandras uppfattning.
- Gruppledaren ställer frågor om påståendet och deltagarnas eventuellt skilda uppfattningar utgör ett problem, t. ex. på en arbetsplats.
- Om gruppen finner behövt formuleras förslag till åtgärder för att avhjälpa problemet.
- Påståendet, fördelningen av uppfattningar, ev problem samt ev förslag till åtgärd dokumenteras av protokollföraren.
- Gruppledaren introducerar ett nytt påstående...

Slutligen iordningställdes hela materialet *"Hjälp på gamla dar – samtal i grupp"*. Detta bestod av pärmar med påståenden, åsiktskort, och protokoll.

Verksamhetsinterna påståenden togs bort för gruppen äldre och närstående. Därefter var det dags att pröva materialet i verkligheten.

Via ÄldreVäst Sjuhärads styrgrupp tillfrågades kommunerna om de var intresserade av att delta. Vi strävade efter att få så bred spridning av erfarenheter som möjligt men med ett begränsat antal personer och grupper. De kommuner som visade intresse var Bollebygd, Mark, Tranemo och Ulricehamn¹³ och kontaktpersoner i kommunerna åtog sig att komponera grupper enligt våra kriterier.

Kompetensutvecklingsmaterialet prövades i fem grupper under april och maj 2004. Fyra grupper bestod av representanter för olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen, och en grupp av äldre och närstående. Deltagarna inbjöds att delta genom ett välkomst- och informationsbrev där syfte, uppläggning och omfattning av interventionsstudien presenterades.

Vad gäller personalgrupperna eftersträvades gruppstorleken åtta till tio personer och att gruppen skulle bestå av vårdbiträden och undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, enhetschefer och biståndshandläggare. Önskemål var också att det skulle finnas personer som arbetade i såväl ordinärt som särskilt boende. I stort sett kunde dessa kriterier uppfyllas. I Mark deltog dock ingen biståndshandläggare och i Tranemo finns inga biståndshandläggare utan några enhetschefer har även dessa uppgifter.

Gruppen av äldre och närstående rekryterades via ordförandena i pensionärsråden i kommundelarna Brämhult, Göta och Norrby i Borås. Även här eftersträvades en grupp om åtta till tio personer.

Då syftet med interventionsstudiens första fas var att testa modellen bestämde vi oss i projektgruppen för att vara ledare i respektive grupp, Pia i Bollebygd, Monica i Mark, Per-Åke i Tranemo och Mariella i Ulricehamn. Protokollförare var kontaktpersonen i respektive kommun. Pia och Per-Åke delade på gruppleaderskapet i äldre- och närståendegruppen och förde även protokoll.

¹³ Kommunerna är av olika storlek, olika geografiskt belägna inom Sjuhärad samt har olika organisation inom äldreomsorgen. Dessutom spelade givetvis intresse av att delta roll.

Deltagarna informerades också om att gruppens diskussioner skulle dokumenteras. Dokumentationen skedde på två sätt; dels skriftligt genom protokoll över fördelningen mellan deltagarnas uppfattningar samt eventuella åtgärder dels genom ljudband. Den bandade dokumentationen gjordes främst för att få en uppfattning om innehållet i träffarna, vad som avhandlades och hur diskussionerna skedde. Banden skrevs ut ordagrant. Vissa tekniska problem fanns, såsom svårigheter att uppfatta inlägg från några enskilda gruppdeltagare samt vilken yrkesgrupp de representerade.¹⁴

Grupperna träffades i respektive kommun tre gånger á tre timmar under april och maj 2004. Efter en inledande presentation av deltagarna diskuterades vid det första mötet påståenden kring Göra, vid andra mötet påståenden kring Ansvar och vid det tredje och sista mötet påståenden kring Kompetens. Vid detta mötet utvärderades också modellen med hjälp av ett frågeformulär.

Efter de tre träffarna inbjöds samtliga gruppdeltagarna till en återkopplingsträff i Borås. Till denna träff inbjöds även ansvariga chefer från kommuner/kommundelar liksom referensgruppen. Avsikten med träffen var att grupperna skulle presentera vad de kommit fram till för varandra och för ansvariga i kommunerna/kommundelarna. Projektgruppen presenterade en sammanställning av innehållet i protokollen och resultaten från utvärderingen.

Utbildningsmaterialet

Utifrån erfarenheterna från interventionsstudiens första fas utvecklades under hösten 2004 metoden till utbildningsmaterialet *"Hjälp på gamla dar – samtal i grupp"*. Utvärderingarna och erfarenheterna från interventionsstudien visade främst att metoden uppskattades, bidrog till hög delaktighet samt ansågs lämplig för utvecklingsarbete inom äldreomsorg.

¹⁴ De inspelade banden har enbart sparsamt bearbetats. Förhoppningsvis kommer en fördjupad bearbetning av det insamlade materialet att kunna ske och presenteras i ett annat sammanhang.

Nu vidtog arbetet med att utveckla ett enklare material som kunde användas i äldreomsorgen; antingen av informella eller formella hjälpare eller av äldre. Manualen skulle vara så lättförståelig att den efter en kortare information kan användas av intresserade personer. Även protokoll och utvärderingsformulär justerades och förenklades. Det krävdes också ett mindre antal påstående vilka skulle vara tydligare än de som prövats i modellen.

Efter omarbetningen benämndes materialet *"Hjälp på gamla dar – samtal i grupp"* och är ett utbildningsmaterial med studiehhandledning. Det slutliga materialet kan lånas kostnadsfritt av kommunerna i Sjuhäradsbygden. För andra intressenter kan materialet köpas genom ÄldreVäst Sjuhärad. Ett 20-tal pärmar är i dagsläget (hösten 2005) utlånade eller sålda.

Några reflektioner över val av metod och genomförande

Att planera en studie där det ena steget följer på det andra kan vara vanskligt. Det kräver en noggrann förankring av studien och att vi som forskare inte begår alltför stor misstag tidigt i studien. Exempelvis var det viktigt att vi inför observationsstudien grundligt tänkt igenom vad vi ville observera. Vi valde att fokusera på vilka arbetsuppgifter som utfördes och hur arbetet fördelades och inte så mycket på hur relationen mellan de äldre och funktionshindrade och de som utförde insatsen var. Vi ville veta vad som faktiskt gjordes och av vem, vilket därför även kom att prägla enkätens utformning. Ett annat fokus i observationerna hade således fått konsekvenser i senare led. Vi menar att de inriktningsval vi gjorde under studiens lopp visade sig vara i stort sett lyckosamma för studiens syfte.

En begränsning, som vi flera gånger påpekat, är studien fokus och avgränsning till den formella äldreomsorgen och att detta inte speglar hela omsorgen om äldre människor. En bredare ansats, med större betoning på den informella omsorgen, hade troligen givit andra resultat.

En brist i den kvantitativa bearbetningen var att respondenterna kunde uppges upp till tre svarsalternativ på flertalet frågor. Detta utnyttjades av personalen medan äldre och närstående i regel använde sig av ett alternativ. Fördelen med flera svarsalternativ är att underlaget blir mer nyanserat och empiriskt grundat. Nackdelen är givetvis att möjligheten utnyttjas olika av olika respondentgrupper.

Spridning av resultat och erfarenheter

Som framkommit har vi på ett medvetet sätt arbetat i dialog med äldre, närstående och personal för att utveckla och sprida de resultat och den kunskap som producerats i studien. Vi ska här ge några exempel:

- En delrapport från observationsstudien publicerades i april 2003 som en arbetsrapport från ÄldreVäst Sjuhärad.
- Studien och utbildningsmaterialet har presenterats i ÄldreVäst Sjuhärads nyhetsbrev liksom på ÄldreVäst Sjuhärads hemsida.
- Resultat från studien har också presenterats vid en konferens ”Ett gott liv på äldre da’r”, mars 2004.
- För verksamhetschefer inom äldreomsorgen i Sjuhärads kommuner presenterades studien hösten 2004, liksom vid en rikskonferens för ansvariga för rehabilitering i kommunerna (MAR-konferens), april 2005, för PRO-distriktet i Södra Älvsborg, maj 2005.
- En särskild informationsträff kring utbildningsmaterialet *”Hjälp på gamla dar – samtal i grupp”* arrangerades i januari 2005 för ett trettiotal intresserade från kommunerna i Sjuhärad.
- Vid ett seminarium vid en rikskonferens för FoU-verksamma inom välfärdsområdet i augusti 2005 diskuterades studien.

Vi har även presenterat resultat från studien i olika utbildningssammanhang.

KAPITEL 3. EN DAG I SEX ÄLDRE PERSONERS HEM

Att behöva hjälp

Att stiga upp på morgonen, gå på toaletten och klä sig obehindrat är för de allra flesta personer något som görs oreflekterat och något som är självklart. För äldre personer med ett stort omsorgs- och omvårdnadsbehov är detta inte självklart, utan de kan behöva mer eller mindre hjälp för att klara av det.

Resultatet från denna delstudie inriktas mot att ge svar på frågorna Vad gör de som hjälper den äldre? Vilka är det som hjälper den äldre? Det vill säga med fokus på vad som görs, inte på hur det görs. Observationer utfördes i hemmen hos sex äldre personer under november och december år 2002. Observatören deltog inte i vård- och omsorgsarbetet men hjälpte till då det kändes naturligt. Det kunde handla om att hjälpa till med att ringa samtal, sätta på teven eller att hjälpa till med förflyttningar¹⁵ med rullstol. De äldre verkade uppskatta att ha någon med sig under en dag¹⁶.

Konsekvensen av att inte klara sig själv innebär att många äldre personer är i beroendeförhållande till informella hjälpare och formella hjälpare. Det var under observationsstudiens gång som vi fann och definierade de tre kategorierna av formella hjälpare inom äldreomsorgen: bashjälpare, experthjälpare och resurshjälpare som vi tidigare redogjort för.

Bashjälparna, som arbetar under två lagstiftningar, var den kategori av hjälpare som var mest synlig under observationstillfällena. Detta utgör ett viktigt resultat i studien att de som hjälper kan vara synliga hjälpare eller bakgrundshjälpare, ja rent av ganska osynliga sett från de äldre. Experthjälparna anser sig själva inte vara bakgrundshjälpare då de besöker flera äldre varje dag. Resurshjälparna däremot kunde se sig själva i rollen som bakgrundshjälpare då de inte är närvarande hos de äldre på samma sätt som bashjälparna, även om de också besöker flera äldre varje dag. I denna begränsade pilotstudie var de dock både experthjälpare och resurshjälpare relativt osynliga.

¹⁵ Ett av resultaten i denna delstudie visade att förflyttningar var ett centralt tema.

¹⁶ En mer ingående metodbeskrivning finner den intresserade i kapitel 2.

De äldre som valdes ut av biståndshandläggarna hade både insatser från SoL och HSL och fördelades enligt matrisen nedan¹⁷. De uppgivna HSL-timmarna motsvarar hjälp från bashjälparna. Detta innebär att de äldre i praktiken kan ha mer hjälptimmar, hjälp från experthjälparna, än de nedan uppgivna. HSL/rehab innefattar hjälp i form av träning och rehabiliterande karaktär från både bashjälpare och experthjälpare. Matdistribution ingår inte heller i de uppgivna SoL timmarna utan kommer utöver.

Tabell 4: Några uppgifter om de personer hos vilka observationerna skedde

Observation hos	SoL timmar/månad	HSL timmar/månad	HSL/rehab timmar/månad	Övrigt
Man f. 1925 service boende	114 tim dagtid	12 tim	30 tim	
Man f. 1918 eget boende	58 tim dagtid	3 tim	11 tim	Matdistribution
Man f. 1924 omvårdnadsboende	58 tim dagtid 5 tim nattid	9 tim	6 tim	
Kvinna f. 1923 omvårdnadsboende	119 tim dagtid 15 tim nattid	28 tim	6 tim	
Kvinna f. 1916 Eget boende	48 tim dagtid	12 tim	29 tim	Matdistribution
Man f. 1914 Servicelägenhet	145 tim dagtid 30 tim nattid	55 tim	4 tim	

Matrisen visar antalet timmar/månad, dag och natt, fördelat mellan olika insats utifrån SoL, HSL, HSL/rehab för de äldre personer som ingick i observationsstudien. Det är således personer med omfattande hjälpinsatser som ingått i studien, helt i enlighet med våra önskemål.

¹⁷ Matrisen kan ge en objektiviserande och teknisk bild av de äldre, som naturligtvis inte ger rättvisa åt de äldre och deras behov av hjälp. De fältanteckningarna som förekommer i detta kapitel kan dock ge en vink om de äldres hjälpbehov. Dessutom utformades vinjetter från observationsstudien som underlag för en enkätundersökning där de äldre tillsammans får en gestaltning genom de fiktiva personerna Klara och Kalle (se kapitel 4).

Resultat

De mönster och tydliga strukturer som framkom under observationerna, gruppintervjun och återföringseminarierna har tematiserats enligt följande:

- Bashjälp.
- Från en plats till en annan och träning.
- Arbetsfördelning mellan formella hjälpare.
- Informella hjälpare och hjälpsatser.

Bashjälp

Bashjälp handlar om att få hjälp med de mest basala behoven som till exempel påklädning, toalettbesök och hjälp med intag av föda och mediciner. Hjälparen är i de flest förekommande fallen bashjälpare och hjälpen består till största delen av personlig omvårdnad/omsorg (personlig hygien, påklädning, förflyttning etc.) och av praktisk hjälp (inköp, tvätt etc.). Samtidigt som hjälparen hjälper den äldre sker oftast också något ytterligare, den sociala samvaron. Man pratar med varandra medan hjälpen sker. Det handlar till största delen om sociala mellanmänskliga samtal. Att prata med varandra är ett verktyg till att diskutera hjälpens utformning men också ett sätt att skapa en relation/en social samvaro på. Nedanstående fältanteckningar speglar hur den personliga omvårdnaden/omsorgen, den praktiska hjälpen och den sociala samvaron kan ta sig i uttryck¹⁸.

Exempel.

Den äldre befinner sig i badrummet och har fått hjälp med att duscha. Bashjälpare C är på plats och hjälper till med diverse toalettbestyr

¹⁸ Här har vi delat in bashjälpen i tre kategorier som 1) den personliga omvårdnaden/omsorgen, 2) den praktiska hjälpen och 3) den sociala samvaron. Jmf med t.ex. Blomdahl Frejs (1998) indelningar; praktisk hjälp, social hjälp samt existentiell hjälp. Andra som Tuulik-Larsson (1994) diskuterar även omsorgsaspekten i den praktiska hjälpen.

och morgongöromål som att smörja kroppen, plocka fram kläder och hjälp med påklädning. Bashjälpare C och den äldre småpratar under tiden. Den äldre har rakat sig själv och C säger *"Vill du att jag godkänner rakningen?"* Konversationen fortsätter i samma anda *"Det behövs köpas ny tvål", "Ska vi smörja huvudet?"* Den äldre blir smörjd och säger *"Det känns bra"*. (fältanteckning)

Exempel.

Bashjälpare A och bashjälpare B ropar *"Hej"*, då de kommer innanför dörren hos den äldre som ligger vaken i sängen. Bashjälpare A frågar om den äldre vill ha kaffe, vilket han vill ha. Hon går ut i köket och gör i ordning frukost medan bashjälpare B stannar hos den äldre och gör en såromläggning, hjälper den äldre med sin personliga hygien och med påklädning samtidigt som de småpratar med varandra. Nu är frukosten klar och den äldre går ut i köket och äter. Bashjälpare B hjälper den äldre med medicinintag, kamning av håret och ställer i ordning rakmaskinen. Medan den äldre äter, bäddar personalen sängen och letar efter ett par byxor. Därefter kommer de in i köket, där bashjälpare B sätter sig vid köksbordet och diskuterar aktuella händelser från dagens tidning. Bashjälpare A håller upp en påtår. Taxin har nu kommit för att föra den äldre till sjukgymnastikträningen och den äldre hastar i sig den sista kaffeslurken. Den äldre har nu kommit fram till träningslokalen där några andra äldre redan är i full gång med träning av olika slag. En bashjälpare och en experthjälpare¹⁹ finns närvarande i lokalen. Den äldre tränar på motionscykel, ribbstol, trappträning, gör gångövningar samt benträning på brits. Den äldre får instruktioner från bashjälparen som även småpratar med den äldre och frågar bl.a. *"Hur går det?"*. (fältanteckning)

¹⁹ I detta förekommande fall var det en sjukgymnast.

I analysen av bashjälpen framkom som sagts tidigare följande teman, den personliga omvårdnaden/omsorgen, den praktiska hjälpen och den sociala samvaron. Fördelen med att göra tematiseringar är att olika fenomen tydliggörs. Dock har teman alltid sina begränsningar då de är abstraktioner. I verkligheten går olika teman in i varandra och kan vara svåra att särskilja.

Ett annat sätt att indela hjälpen på är insatser i form av vård, omsorg och rehabilitering vilka vi inledningsvis presenterade. Vi återkommer till dessa två olika sätt att tematisera när vi redogör för slutsatserna från denna observationsstudie.

Från en plats till en annan och träning

Den äldres självständighet påverkas naturligtvis av att vara beroende av andra för att kunna ta sig från en plats till en annan. När den äldre behöver hjälp är hon/han tvungen att invänta att hjälparen kommer samt har tid och möjlighet att hjälpa.

Att hjälpa de äldre *från en plats till en annan* visade sig vara så centralt i studien, att det förtjänar ett eget tema. Med mera tekniska ord kan dessa olika aktiviteter beskrivas som *överflyttning* som är ett begrepp som innebär en aktivitet från t.ex. en rullstol till en säng eller t.ex. från en säng till en duschstol. *Förflyttning* innebär att ta sig mellan två punkter t.ex. att köra rullstol eller att gå med rollator. Hjälpmedel (rollator, rullstol) kan vara ordinerade som hjälp för den äldre eller som hjälp för hjälparen t.ex. personlyft. Förflyttningarna kan ske i syfte att vara en kompensatorisk åtgärd i betydelsen att den äldre har ett funktionshinder som omöjliggör förflyttning på egen hand. Det kan också ses som en träningsituation i en vardagssituation i ett rehabiliterande syfte. Nedan ges ett. ex. exempel på temat *från en plats till en annan och träning*.

Exempel.

...Den äldre får ögondroppar medan de väntar på bashjälpare D, då de behöver vara två personal för att hjälpa den äldre med en *överflyttning* och i detta fall *från duschstolen till rullstolen*. Då det tar en stund innan bashjälpare D kommer, börjar bashjälpare C att plocka

och städa (tvättar bl.a. av toalettstolen). Bashjälpare D kommer och de hjälper den äldre med *lyft* till rullstol. Därefter följer de den äldre med *rullstolen upp i hissen till matsalen*. Den äldre befinner sig vid ett bord i restaurangen tillsammans med ytterligare några äldre som samspråkar. Bashjälpare C hjälper den äldre med att plocka fram frukost samt att ge den äldre mediciner. Ytterligare en bashjälpare som befinner sig i matsalen kommer fram och småpratar med den äldre. Senare kommer bashjälpare C fram och säger att de (hjälparna) ska fika. Den äldre sitter kvar i matsalen tills bashjälpare D kommer och säger att nu ska de *träna*. *Hon kör den äldre till träningen i rullstolen* till en del av huset. *Träningen* består av *ett solitärspel (handträning; ta, greppa etc.)*. Bashjälpare D ger den äldre instruktioner under träningen. Bashjälpare C kommer förbi och undrar om de ska köpa tvål åt honom. *Träningen fortsätter i en annan lokal*, dit de har *förflyttat sig med rullstolen*. Här sker träning genom *ståövningar* mot *ribbstol*. Därefter sker åter *förflyttning till lägenheten med rullstol*. Bashjälparna C och D hjälper den äldre *med en lift från rullstol till toaletten*. När den äldre är klar med sina toalettbestyr larmar han på bashjälparna för att få *hjälp från toaletten tillbaka till rullstol*. *På väg upp till terapin i rullstolen* görs en titt i postfacket för att se om det kommit någon post. Flera äldre samlas kring bordet i terapin för att dricka kaffe och prata. Här finns ytterligare bashjälpare för att hjälpa till. Bashjälpare C hjälper den äldre till restaurangen i *rullstolen för lunch*. Bashjälparna C och E hjälper sedan den äldre med *rullstolen åter till sin lägenhet*. På vägen kollas postfacket igen. Den äldre får *hjälp till sängen med lyft* för att vila. Efter vilostunden hjälper bashjälparna F och G den äldre *åter upp ur sängen till rullstol med lyft*. Därefter hjälper de honom med *rullstolen till terapin* för eftermiddagsfika. (*fältanteckning*)

Under detta observationstillfälle som får stå som exempel, skedde ett antal *förflyttningar, överflyttningar* och *övningar* som ger en tydlig bild av temat *från en plats till en annan och träning*.

Tabell 5: Från en plats till en annan under ett observationstillfälle

Förflyttningar	Överflyttningar	Övningar	Hjälpmedel
	duschstol till rullstol		lyft
upp i hissen till matsalen			rullstol
till träningen			rullstol
		handträning	solitärspel
	träningen fortsätter i en annan lokal		rullstol
		ståövningar	ribbstol
till lägenheten			rullstol
	rullstol till toalett		lyft
	toalett till rullstol		lyft
till terapin			rullstol
till restaurangen			rullstol
till lägenhet			rullstol
	från rullstol till säng		lyft
	från säng till rullstol		lyft
till terapin			rullstol

Tabell 5 visar att under detta enstaka observationstillfälle utfördes sju förflyttningar, sex överflyttningar och två träningstillfällen. Övningarna bestod av handträning och ståövningar. Hjälpmedlen bestod av lyft, rullstol, solitärspel och ribbstol.

Återigen är det baspersonalen som utför den mesta hjälpen²⁰. Detta för oss över till temat formella hjälpare och arbetsfördelning.

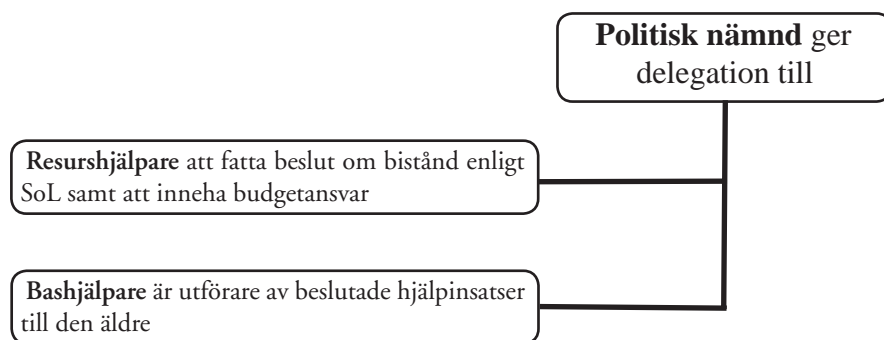
²⁰ En sjukgymnast har varit närvarande då det har gällt organiserad träning i en bestämd lokal, dag och datum (se även observationen under punkt 1).

Arbetsfördelning mellan formella hjälpare

Hjälpen som de äldre får utgår från HSL eller som en verkställighet av biståndsbeslut enligt SoL. Båda lagstiftningarna är ramlagar men utgår som påpekat från två olika ansvarsområden (se kapitel 1). Dessa två olika lagstiftningar organiseras dessutom utifrån två olika nivågrunder, se figur 3 och 4. Bashjälparna är som konstaterat den grupp av hjälpare som är mest synliga hos de äldre. Hur hänger då detta ihop, hur ser arbetsfördelningen ut och vad anser de olika hjälparna om det? Nedan presenteras resultatet från gruppintervjun och återföringsseminarierna som ger delvis svar på detta.

Resurshjälparna har ingen legitimationsgrundande profession att fatta sina beslut utifrån utan är hänvisade till att den politiska nämnden som ger dem delegation till att besluta om bistånd eller som ger dem budgetansvar. Resurshjälparna kan se sig i rollen som bakgrundshjälpare då de inte är synliga hos de äldre på samma sätt som bashjälparna.

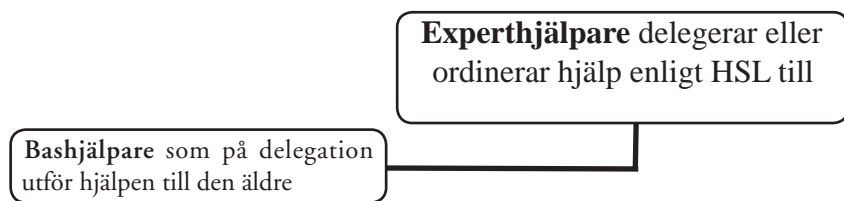
Resurshjälparna ansåg i övrigt att de har för stora geografiska områden som de ansvarar för då de även har hand om färdtjänstävändanden och debiteringar. Det som anses positivt med yrkesrollen är att de därutöver enbart arbetar med biståndshandläggning. Arbetsfördelningen ser ut enligt följande modell. Hjälpen organiseras således utifrån tre nivåer.



Figur 3. Delegation enligt SoL

Experthjälparna är både utförare av egna fattade beslut utifrån sin legitimationsgrundande profession och har samtidigt möjlighet att delegera uppgifter till bashjälpare. Experthjälparna ska försäkra sig om att bashjälparen har den

kunskap och erfarenhet som krävs för att utföra uppgiften. Experthjälparna (arbetsterapeut och sjukgymnast) kan även ordinera träningsprogram till den äldre som bashjälparna får hjälpa den äldre med att utföra. Hjälpens organiseras här utifrån två nivåer. Naturligtvis finns även den politiska nämnden här men inte i egenskap av att ge experthjälparna delegation på att utföra medicinska/sjukvårdande arbetsuppgifter.



Figur 4: Delegation enligt HSL

Sjukgymnasten ville gärna se att hon hade ansvar för ett mindre antal vårdtagare, för att hinna med genomgångar och omprovningar. Det samma gällde för arbetsterapeuten, som även åker ut till de äldre som bor i eget boende. Hon har även hand om bedömningar som gäller bostadsanpassningar.

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten arbetar ofta tillsammans med sina bedömningar. Sjukgymnasten ansvarar för sjukgymnastikträning medan arbetsterapeuten ansvarar för finmotorikträning samt har ansvar för olika hjälpmedel. Sjuksköterskorna anser att arbetsordningen fungerar väl och litar på bashjälparna. Experthjälparna anser sig inte vara *bakgrundshjälpare* då de besöker flera äldre varje dag.

Bashjälparna är som framgått de som är synligast bland de äldre. Hur upplever bashjälparna kontakten med resurshjälparna och hur får de veta vad som ska göras? Så här sa de vid ett återföringsseminarium;

- *Det fungerar väl ganska bra emellanåt. Ibland är hon lätt att nå, ibland är hon lite svårare att nå.*
- *Hon brukar komma hit med rätt så jämna mellanrum.*

– *Ja, hon kommer på vårt personalmöte och så går vi igenom alla våra vårdtagare som vi har då och om vi tycker att det är någon som behöver mer hjälp och så där.*

– *Och är de något som kommer emellan så ringer vi henne.*

Bashjälparna ser behov hos de äldre som de inte alltid har tillåtelse att hjälpa till med då det inte är beslutat som ett bistånd. De upplever också att det finns hårda kriterier för beslut.

– *Vi får ju inte ens vattna blommorna hos dem, vi får inte ta in tidningen om det inte är beviljat. Vi får inte rätta till några mattor, vi får inte sopa bort snö från trappan, det är ju så tight med tid nu.*

– *Man får använda mycket sunt förnuft utan att hålla på och diskutera*

Bashjälparna tycker om att bli delegerade uppgifter från experthjälparna men att bli delegerad medicinskt ansvar innebär även blandade känslor.

– *Jag tycker att det var ganska intressant att lära lite om sådana saker med omläggningar*

– *Man saknar kanske lite, man kanske skulle vilja göra lite mer än vad vi får göra.*

– *...vi får ofta hem pensionärer på väldigt kort varsel. Eftersom de är delegerade till att kunna dela medicin till alla och ibland är det dåligt med aktuella medicinlistor så man kan läsa sig till vad man ska ge och det kan vara lite frustrerande ibland faktiskt. Men när de väl är på plats och det väl fungerar så är det inga problem.*

Studien visar att bashjälparna är involverade i många och olika hjälpinsatser för de äldre. De är som en av dem uttryckte vid ett återföringsseminarium.

- *Jaa... ”allt i allo” på något sätt.*
- *Vi behövs. Vi är uppskattade. Många gånger kan det vara en liten sak man gör, som man tycker själv då, men som de tycker är hur mycket som helst, så dom vet inte hur dom ska visa sin tacksamhet.*
- *Och just veta det att man gör någonting som är bra*

Resultatet visar en arbetsfördelning utifrån olika nivåer som resulterar i att bashjälparna är de mest synliga hos de äldre. Att diskutera de formella hjälparnas funktioner utifrån att vara synliga hjälpare eller att agera som bakgrundshjälpare, ja i vissa fall osynliga finner vi vara relevant utifrån denna delstudie.

Informella hjälpare och hjälpinsatser

Det förtjänar även här framhållas att stor del av hjälpen ges av informella hjälpare.

Nedanstående situationer visar på att vänner, frivilligarbetare och präster hjälper till och interagerar i sociala situationer som består i att fika, läsa och diskutera. Anhöriga hjälper till med mer handfasta och praktiska göromål som att följa till tandläkare och hjälpa till med toalettbesök.

Exempel: Tre personer kommer och hälsar på den äldre. Det visar sig vara gamla vänner och grannar som har fika med sig i en korg. De dukar upp sin kaffekorg på ett bord och fikar tillsammans.
(fältanteckning)

Exempel: Vid ett större bord intill pågår för fullt tidningsläsning med en ledare. Ledaren som är frivilligarbetare hittar en artikel från dagens tidning som varit publicerad 25 år tidigare och vänder sig

till den äldre. Artikeln rör den äldres dotter som var luciakandidat för 25 år sedan. Ledaren kommer över med tidningen till den äldre. *(fältanteckning)*

Exempel: Dottern och hustrun kommer för att köra den äldre till tandläkaren. Den äldre och hans två anhöriga går till lägenheten för att ta på sig ytterkläder. Därefter sker resan till tandläkare. Dottern kör bilen och lyfter i och ur rollatorn. Hustrun hjälper den äldre med ett toalettbesök inne på tandläkarmottagningen. Dottern har fått ett formulär av tandsköterskan som ska fyllas i. Dottern ringer upp äldreboendet för att få aktuella uppgifter om mediciner. Efter tandläkarbesöket kör dottern den äldre och hans hustru tillbaka till boendet. Dottern åker vidare då vi anländer till boendet och hustrun följer med den äldre till lägenheten. *(fältanteckning)*

Exempel: Bibelläsning sker vid ett långbord i restaurangen. Prästen ber och läser ur bibeln, diskuterar och avslutar åter med en bön. *(fältanteckning)*

De informella hjälparna synes hjälpa till med det som ger lite mer guldkant på tillvaron, fika och tidningsläsning, med undantag från anhöriga som följer med till och från tandläkaren. Bashjälparnas syn på anhöriga beskrivs i positiva ordalag:

- *Vi har väldigt bra kontakt med anhöriga. Vi kan samarbeta.*
- *Ja, det tycker vi att det är, en resurs.*
- *Ja, verkligen (återföringsseminarium)*

Det finns tillfällen då bashjälparna vill hjälpa den äldre med något men som de inte har möjlighet att göra, då kan anhöriga vara någon som bashjälparna kommer att tänka på.

– *Många gånger känner man att man gör någonting till hälften av vad man skulle vilja göra. Det finns inte tid. Sedan kan de be om saker som vi inte får lov att göra, man känner sig väldigt kluven. Man vill ju hjälpa när de inte kan själva.*

– *Ja, det är många gånger ens eget samvete. Det är jättesvårt, man vill inte göra dem ledsna heller. Man vill att de ska vara glada. Sen ibland går det bara inte att hjälpa dem, då får vi försöka få tag på anhöriga som kanske kan hjälpa till, men alla har ju inte det heller. (återföringsseminarium)*

Resultatet visar på att det ofta sker en fördelning av arbetet mellan de informella hjälparna och bashjälparna.

Slutsatser

Bashjälp handlar om att få hjälp med de mest basala behoven som till exempel påklädning, toalettbesök och hjälp med intag av föda och mediciner. Hjälparen är i de flest förekommande fallen bashjälpare. Samtidigt som hjälparen hjälper den äldre sker oftast också något ytterligare, den sociala samvaron.

Temat *från en plats till en annan och träning* visade sig vara centralt. Ett antal förflyttningar, överflyttningar, ofta till träningar och övningar ger en tydlig bild av temat.

Arbetsfördelning är ett tema där vi får ta del av de formella hjälparnas syn på arbetsfördelningen.

Informella hjälpare kan bestå av anhöriga, vänner och frivilligarbetare. De synes hjälpa till med det som ger lite mer guldkant på tillvaron. Bashjälparnas syn på anhöriga beskrivs i positiva ordalag.

Sammanfattningsvis för att ge svar på frågorna *Vad gör de som hjälper den äldre?* och *Vilka är det som hjälper den äldre?* kan följande matriser ge en sammanfattande överblick. Den första matrisen belyser temana *bashjälp* och *från en plats till en annan* och *träning* som var de tydligaste resultaten från studien.

Tabell 6: Hjälparkategorier och två typer av hjälp

Hjälp	Bas-hjälpare	Resurs-hjälpare	Expert-hjälpare ²¹	Anhöriga, Frivilliga, vänner
Bashjälp	×			×
Från en plats till en annan och träning	×		×	×

Den andra matrisen är komponerad utifrån begreppen vård, omsorg samt rehabilitering som rapporten i sin helhet utgår från.

Tabell 7: Matris beträffande förekommande hjälparkategorier och hjälpkategorier

Hjälp	Bas-hjälpare	Resurs-hjälpare	Expert-hjälpare ²²	Anhöriga, Frivilliga, vänner
Omsorg	×			×
Vård	×			
Rehabilitering	×		×	

Matriserna visar att de hjälpare som oftast fanns hos de äldre under observationerna var bashjälpare och att dessa ofta gav basal hjälp för att klara vardagen, vilket inkluderar att hjälpa den äldre från en plats till en annan.

²¹ Sjukgymnast.

²² Sjukgymnast.

KAPITEL 4. VEM BÖR HJÄLPA KLARA OCH KALLE? – EN ENKÄTUNDERSÖKNING OM HJÄLPSITUATIONER

Utifrån observationsstudien utformades vinjetter som underlag för enkätundersökningen om de fiktiva personerna Klara och Kalle. Som exempel på de vinjetter som presenterades återges här den som inledde enkäten:

Klara, 78 år, är rullstolsburen och bor ensam i en väl anpassad lägenhet i närheten av ett särskilt boende för äldre. Under dagen har Klara hjälp med olika saker. Vi beskriver här hur en vardag för Klara kan se ut.

För att Klara skall komma upp på morgonen behöver hon hjälp av två personer som använder en personlyft för att flytta Klara från sängen till duschstol på hjul.

De tillfrågade hade att ta ställning till tretton olika situationer under dagen där Klara/Kalle behöver hjälp.

Enkätstudien hade som *syfte* att besvara frågeställningarna:

- Vilken/vilka grupper bör ge/utföra hjälpen,
- vilken/vilka grupper bör ha ansvar för att hjälpen ges
- vilken/vilka grupper bör ha ansvar för att personalen som ger hjälpen har rätt kompetens.

Studien var dessutom tänkt att ge underlag för det kompetensutvecklingsmaterial som skulle prövas senare i projektet.

Studiens resultat presenteras och analyseras utifrån ovanstående frågor. En analys följer därefter om skillnader finns beroende på om hjälptagaren är kvinna eller man (Klara – Kalle). Uppfattningar om frivilliga ska ge hjälp redovisas särskilt. Undersökningen summeras utifrån några hjälpsituationer av olika karaktär. En sammanfattning om hjälpen till Klara och Kalle avslutar kapitlet.

Vem bör hjälpa Klara och Kalle i olika hjälpsituationer

Först följer frågor där de svarande är i stort sett eniga om vilken grupp som bör ge och praktiskt utföra hjälpen till Klara/Kalle: **enighet i uppfattning**. Sedan följer frågor där de svarande anser att det främst är två grupper som bör ge hjälpen: **tudelad uppfattning**. Därefter följer frågor där inga klara grupper framträder som bör ge hjälpen: **splittrad uppfattning**. Därefter följer en analys om det råder skillnader i uppfattning mellan personal och äldre/närstående om vem som bör ge hjälpen, liksom om den funktionella arbetsfördelningen av personal spelar roll för uppfattningen.

Enighet i uppfattning

Tabell 8: Hjälpssituationer där enighet råder om att det främst är en grups uppgift att ge hjälpen. (svaren anges i procent)²³

	Äldre	Närstående	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbets terapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	"Personal"	Genomsnitt
Hjälp att komma upp Undersköterska/ vårdbiträde	94	99	100	100	100	100	100	100	98	100	99
Hjälp att duscha/ klä sig Undersköterska/ vårdbiträde	94	96	100	100	100	97	100	100	100	95	100
Hjälp med läsning Aktiverings- personal	78	91	95	94	97	93	91	90	86	86	90

²³ Tabellinstruktion till tabell 8-16: Denna tabellkonstruktion återkommer flera gånger i redovisningen. Ovanför tabellen finns de olika svarsgrupperna (äldre, närstående o s v). Till vänster de olika frågorna (i komprimerad form) liksom vilket/vilka svarsalternativ som är mest framträdande i svaren, d v s vilka grupper man ansett ska utföra hjälpen.

Tabellen ska läsas som att av de äldre som besvarat enkäten anser 94 procent att det är undersköterska/vårdbiträde som ska hjälpa Kalle respektive Klara att komma upp ur sängen. Av de svarande närstående har 99 procent gett samma svar, o s v. Som tidigare påpekats uppgav bland personalen några inte vilket yrke de hade. Svar från dessa redovisas under "personal". Längst till höger i tabellen anges den genomsnittliga relativa svarsandelen för samtliga svarsgrupper för att det är undersköterskan som ska ge hjälpen att komma upp.

Vad gäller hjälp att komma upp liksom hjälp att duscha/klä sig råder stor enighet om att det främst anses som undersköterskans/vårdbiträdets uppgift. När det gäller hjälp med läsning är det återigen främst en yrkesgrupp som anges som den som bör ge hjälpen. I detta fall handlar det om att det är aktiveringspersonal som bör läsa för den äldre. Dock med en något lägre relativ frekvens jämfört med föregående.

Tudelad uppfattning

Tabell 9: Hjälpssituationer där uppfattningen råder att främst två grupper bör ge hjälpen (procent)

	Äldre	Närstående	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbets terapeut	Sjulgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbitråde	"Personal"	Genomsnitt
Hjälp med omläggning											
Undersköterska/ vårdbitråde/	63	76	100	100	84	97	97	97	87	91	90
Sjuksköterska	78	77	87	82	92	83	82	80	87	86	82
Hjälp med medicin											
Undersköterska/ vårdbitråde/	68	86	100	98	100	93	98	58	98	95	94
Sjuksköterska	60	45	68	37	61	66	46	50	57	48	52
Någon som följer med till tandläkare											
Närstående											
Undersköterska/ vårdbitråde	60	71	92	92	90	79	91	94	80	91	86
	75	77	89	92	90	93	84	76	78	76	81
Samordning av kontakter inför tandläkarbesök											
Undersköterska/ vårdbitråde	77	76	95	89	89	79	87	85	85	91	85
Närstående	45	60	81	70	62	72	62	69	53	62	64

Tabell 9 (forts): Hjälpssituationer där uppfattningen råder att främst två grupper bör ge hjälpen (procent)

	Äldre	Närstående	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbetssterapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbitråde	"Personal"	Genomsnitt
Finnas till hands för samtal											
Undersköterska/vårdbitråde	62	61	97	87	95	79	89	88	90	71	83
Närstående	49	73	77	79	69	83	79	78	79	81	75
Hålla rent och i ordning											
Undersköterska/vårdbitråde	84	75	100	98	97	79	78	79	90	81	84
Närstående	30	42	57	55	41	52	49	62	49	57	51
Laga och ändra kläder											
Närstående	56	77	95	96	97	96	97	94	86	86	88
Undersköterska/vårdbitråde	52	54	76	70	57	61	58	48	58	62	56
Inköp av toalettartiklar (ex tvål)											
Närstående	64	81	86	86	79	71	80	88	75	85	81
Undersköterska/vårdbitråde	57	52	78	76	79	71	69	74	77	80	71

Här är det två yrkesgrupper som angetts vara de som bör hjälpa till. Vissa variationer finns dock om vilka det är, men undersköterskor/vårdbiträden finns alltid med. Vad gäller *hjälp med omläggning* finns det en stor enighet om att detta bör utföras av antingen undersköterska/vårdbitråde eller sjuksköterska. Äldre och närstående anser i första hand att det är sjuksköterskan

som skall utföra uppgiften medan personalen oftast anger undersköterska/vårdbiträde i högst omfattning. Även beträffande *hjälp med medicin* råder stor enighet bland personalen att det främst är undersköterska/vårdbiträde följt av sjuksköterska som bör ge medicinen. De äldre och närstående ser det främst som en uppgift för undersköterska/vårdbiträde, men de har en något mer jämn fördelning mellan dessa båda grupper. I några situationer kommer även närstående med: *följa med till tandläkare, samordning av kontakter inför tandläkarbesök, finnas till hands för samtal* vid sidan av undersköterska/vårdbiträde. Vad gäller *följa med till tandläkaren* anges främst närstående. *Hålla rent och i ordning* anges i första hand att undersköterska/vårdbiträde bör utföra, men det framkommer även synpunkter om att det bör göras av närstående. Detta var den hjälpsituation där det är flest som angett att hjälpen bör utföras av annan, t. ex. städbolag.

Beträffande *laga och ändra kläder* och *inköp av toalettartiklar* anges däremot närstående före undersköterska/vårdbiträde som den som bör ge hjälpen. Här visar resultatet att personalen i högre grad anser att det är de närstående som bör ge hjälpen.

Splittrad uppfattning

Tabell 10: Hjälpssituationer där splittrad uppfattning råder om vilka grupper som bör ge hjälpen (procent)

	Äldre	Närstående	Biståndsbedömare	Enhetschef	Arbets terapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbitråde	"Personal"	Genomsnitt
Hjälp med träning (hand)											
Aktiveringspersonal	34	39	72	75	86	75	74	67	48	50	58
Sjukgymnast	48	50	42	42	3	39	31	58	57	35	46
Arbets terapeut	52	60	39	32	64	68	31	36	38	45	42
Undersköterska/vårdbitråde	28	16	64	60	64	57	51	40	36	35	42
Rengöring och vardagskontroll av hjälpmedel											
Undersköterska/vårdbitråde	48	52	97	96	100	100	86	86	71	86	80
Arbets terapeut	44	46	38	28	0	10	34	40	58	24	37
Närstående	13	19	5	13	45	48	15	21	8	14	19
Hjälp med byte av glödlampa											
Undersköterska/vårdbitråde	53	42	61	59	65	66	46	57	63	48	55
Närstående	31	46	53	59	76	76	64	53	48	67	54
Sjuksköterska	27	33	56	29	24	41	47	48	39	57	41

Här är det situationer där tre eller fler grupper anges vara de som bör ge hjälpen men där ingen klart dominerar. Undersköterskor/vårdbiträden finns dock med vid samtliga situationer. Enigheten är här betydligt mindre. Resultatet visar på att det är oklart vem som bör *hjälpa den äldre med trä-*

ningen (hand). Fyra olika yrkesgrupper anges i högre grad. Dock får ingen av yrkesgrupperna en genomsnittlig relativ frekvens över 60 procent. Vad gäller *rengöring och vardagskontroll av hjälpmedel* visar resultatet att det finns splittrade uppfattningar om i vilken omfattning detta är hjälp som arbetsterapeuten och närstående bör ge. Vissa anser att de senare i hög grad bör ge hjälpen medan övriga inte anger dem alls (eller knappast). I vinjetten till frågan *hjälp med byte av glödlampa* var sjuksköterskan närvarande då lampan gick sönder. Detta påverkar naturligtvis svaren, men i första hand anges att denna hjälp bör ges av undersköterska/vårdbiträde följda av närstående och sjuksköterskan.

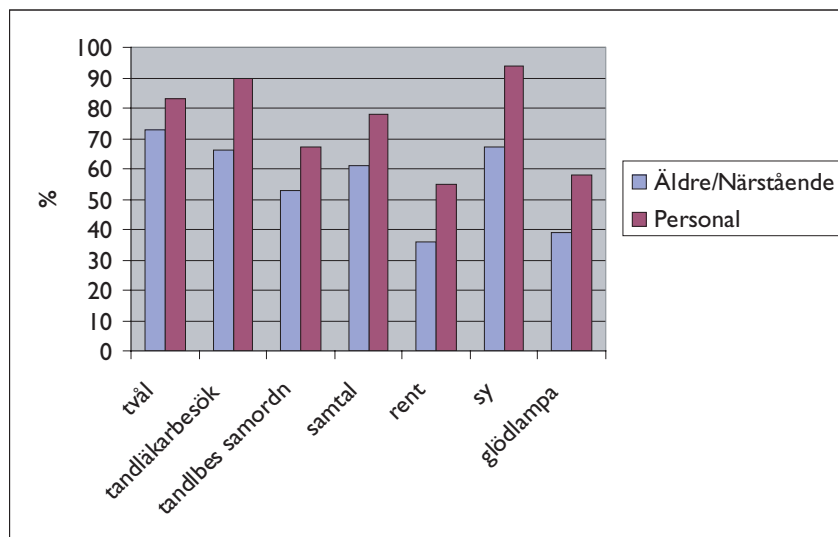
Finns skillnader i uppfattning mellan äldre - närstående och personal?

I den fördjupade analysen har svaren från äldre och närstående jämförts med personalens samlade svar.

I många avseenden råder likartade uppfattningar mellan äldre–närstående och personal om vem/vilka som bör ge hjälpen. Det är baspersonalen dvs vårdbiträden och undersköterskor som bör ge hjälpen i första hand. I några fall, där situationen handlar om hemmets skötsel, anser de svarande att även närstående bör ge hjälpen. Dock finns i några avseenden skillnader i uppfattningar:²⁴

²⁴ För en detaljerad presentation i tabell av signifikanta skillnader hänvisas här och i följande presentationer till bilaga 3. Med skillnader menas här och i följande framställning, där rubriken börjar ”Finns skillnader i uppfattning...”, att statistiskt signifikanta skillnader (prövade med Chi-2 test eller Fishers exakt test) råder i uppfattningar mellan olika svarsgrupper.

Personalen har i många hjälpsituationer högre förväntningar på att anhöriga och närstående bör ge hjälpen. Detta illustreras i följande grafiska sammanställning:



Figur 5: Jämförelse mellan äldre/närstående och personal om förväntningar på att anhöriga och närstående ska ge hjälp

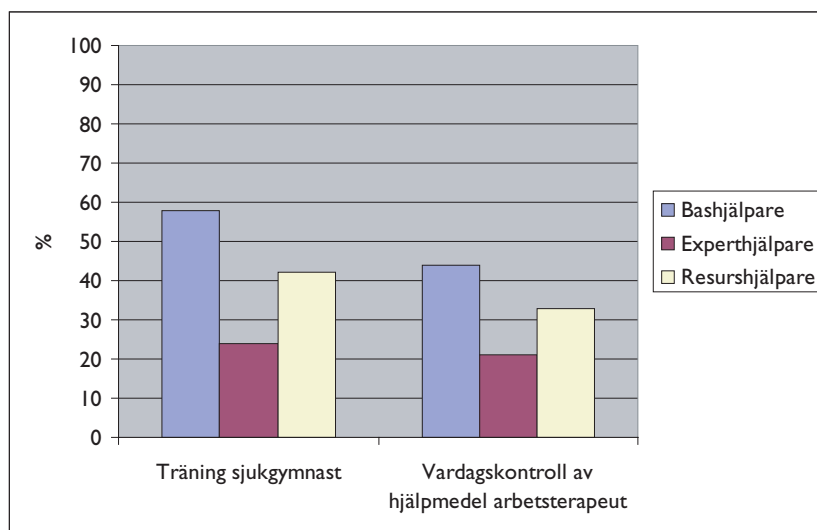
Av figuren framgår att personal genomgående uttrycker högre förväntningar än äldre/närstående på att närstående bör ge hjälpen i olika situationer som beskrivs i enkäten; se till att tvål finns tillhands, följa med samt samordna kontakter vid tandläkarbesök, samtala vid oro, hålla rent i bostaden, sy i lösa knappar samt byta trasig glödlampa.

Ytterligare en skillnad som visar sig mellan äldre/närstående och personalen är att i några hjälpsituationer uttrycker äldre/närstående högre förväntningar än personalen på att två grupper bland *experthjälparna* bör ge hjälpen. Det handlar då om att arbetsterapeuter bör hjälpa till vid läsning och träning samt om att sjuksköterskor bör hjälpa till att utföra medicinska uppgifter. Personalgrupperna är genomgående tydligare i sin uppfattning att det är baspersonalen som bör utföra hjälpen.

Finns skillnader i uppfattning bland personalen om vem som bör ge hjälpen utifrån arbetsfördelning?

Här har de olika svarsgrupperna av personal slagits samman i de tidigare beskrivna funktionerna (se kap 2 och 3) *bashjälpare*, *experthjälpare* och *resurshjälpare*.

Även vid en sådan jämförelse framstår som huvudsakligt resultat relativ *enighet om att det är bashjälparna som bör utföra hjälpen*. Några skillnader mellan de olika svarsgrupperna finns dock. Bashjälparna anser i högre utsträckning än övriga att sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska utföra hjälpen vid träningsituationer och vardagskontroll av hjälpmedel. Detta illustreras med följande graf.



Figur 6: Jämförelse mellan bas- expert och resurshjälpare vad avser om sjukgymnast och arbetsterapeut ska ge hjälp vid träning resp utföra vardagskontroll av hjälpmedel.

När det gäller situationen med att samtala med Klara/Kalle (vid den oro som Kalle/Klara visar i anslutning till besöket hos tandläkaren) menar experthjälparna i högre utsträckning än övriga att detta är en uppgift som sjuksköterskan bör utföra.

Sammanfattning och slutsatser om vem som bör ge hjälpen

Ett tydligt resultat är att *bashjälpare*, dvs vårdbiträden och undersköterskor samt i några fall aktiveringspersonal, bör utföra hjälpen enligt de som besvarat enkäterna. I några hjälpsituationer är enigheten närmast total om detta; hjälpa till med att komma upp, hjälp med dusch och påklädning. Det vill säga i situationer som kan karaktäriseras som *personlig omvårdnad* och som i observationsstudien benämns bashjälp.

I några situationer lyfts två grupper fram; Detta gäller situationer av *medicinsk karaktär* (såromläggning och medicinering) där sjuksköterskan lyfts fram tillsammans med undersköterska/vårdbiträde. Vid några situationer av *social och samordnande karaktär* (följa med till tandläkare, samordna kontakter samt finnas till hands för samtal) lyfts närstående fram tillsammans med vårdbiträde/undersköterska. Närstående tillskrivs även en roll där det gäller att ge sådan hjälp som handlar om *hemmets skötsel*.

Vad gäller träningsituationer av *rehabiliteringskaraktär* är svarsbilden mer splittrad. Här finns inga dominerande svar vad gäller hjälpare, utan här delas det mellan aktiveringspersonal, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och undersköterska/vårdbiträde. Även för skötsel av hjälpmedel är bilden splittrad.

I en situation (vem som skall hjälpa till genom att byta en trasig glödlampa) provoceras situationen genom att sjuksköterskan finns närvarande. Detta gör, som förväntat, att en ganska stor andel anger sjuksköterskan som hjälpare. Dock kommer även här undersköterskan/vårdbiträdet högst, tätt följd av närstående.

Vid jämförelser mellan äldre–närstående och personal framträder som en skillnad att personalen har högre förväntningar på att närstående ska utföra hjälp i flera situationer av *praktisk karaktär för främst hemmet/boendet*.

Bland *experthjälparna* är arbetsterapeuterna den personalgrupp som

de svarande på enkäten anser bör ge hjälp i konkreta träningssituationer. Bland experthjälparna är sjuksköterskan den personalgrupp som lyfts fram (vid sidan av baspersonal och närstående) för medicinska insatser liksom för att finnas till hands för samtal.

Vem bör ansvara för hjälpen till Klara och Kalle i olika hjälpsituationer

Uppläggningsen av presentationen är densamma som i föregående avsnitt. De äldre och närstående tillfrågades inte om ansvar vilket innebär att här redovisas enbart personalens uppfattning. Ytterligare några analyser, jämfört med i förra avsnittet, har gjorts av personalens uppfattningar, genom att se på eventuella skillnader sammanhängande med utbildningens längd och skillnader sammanhängande med utbildningens inriktning.

Enighet i uppfattning

Tabell 11: Hjälpssituationer där enighet råder om att det är en grupps uppgift att ansvara för hjälpen. (procent)

	Biståndsbedömare	Enhetschef	Arbetssterapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	"Personal"	Genomsnitt
Rätt hjälpmedel för den äldre (rullstol) Arbetssterapeut	92	92	100	100	85	90	90	81	90
Hjälp med omläggning Sjuksköterska	97	94	95	97	95	93	94	95	94
Rätt medicin finns på plats Sjuksköterska	97	98	100	93	99	100	95	95	98

Olika yrkesgrupper bland experthjälparna bör vara ansvarshavare. Angående rätt hjälpmedel för den äldre (rullstol) finns enighet om att arbetsterapeuten bör ansvara för detta. I stort sett samtliga anser att det i första hand är sjuksköterskan som bör ha ansvar för *hjälp med omläggning* liksom för att *rätt medicin finns på plats*.

Tudelad uppfattning

Tabell 12: Hjälpssituationer där uppfattningen råder om att det främst är två gruppers uppgift att ansvara för hjälpen (procent)

	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbetsterapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	"Personal"	Genomsnitt
Rätt omläggningsmaterial på plats									
Sjuksköterska	100	92	95	97	98	95	95	95	96
Undersköterska/vårdbiträde	60	55	42	31	59	67	55	48	58
Hjälp med medicin									
Sjuksköterska	94	84	92	97	93	86	84	91	88
Undersköterska	53	61	38	38	28	68	61	62	55
Hjälp med läsning									
Aktiveringspersonal	50	61	54	59	47	62	53	50	57
Undersköterska/vårdbiträde	42	56	32	24	38	55	52	35	47
Hjälp med träning (hand)									
Sjukgymnast	69	53	14	46	64	62	68	45	58
Arbetsterapeut	58	55	97	86	46	38	40	60	50

Där tudelad uppfattning råder uppges oftast undersköterska – vårdbiträde tillsammans med experthjälpare. Att *rätt omlägningsmaterial* finns på plats anser nästan alla bör vara sjuksköterskans ansvar. Dock finns det här en stor andel som anger att även undersköterska/vårdbiträde bör ha ansvar för detta. Tendensen i svaren är liknande även beträffande *hjälp med medicin*. Det framträder ingen riktigt tydlig ansvarshavare för att den äldre får *hjälp med läsning*. De yrkesgrupper som trots allt anges av flertalet är aktiveringspersonal följda av undersköterska/vårdbiträde. För *hjälp med träning*²⁵ anges främst sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Svarsfördelningen ger inte någon tydlig bild av vem som bör ha ansvaret. Arbetsterapeut och sjukgymnast anger arbetsterapeuten i klart större omfattning än övriga personalgrupper. Arbetsterapeuten anger sjukgymnasten i klart lägre omfattning än de övriga yrkesgrupperna.

²⁵ Här avses en handträningssituation.

Splittrad uppfattning

Tabell 13: Hjälpssituationer där splittrad uppfattning råder om vilka grupper som bör ansvara för hjälpen (procent)

	Biståndsbedömare	Enhetschef	Arbets terapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	"Personal"	Genomsnitt
Hjälp att komma upp									
Biståndsbedömare	75	57	92	66	70	73	68	62	71
Enhetschef	86	89	71	66	64	50	48	57	61
Undersköterska/vårdbiträde	58	57	42	45	31	66	60	48	55
Hjälp att duscha/klä sig									
Biståndsbedömare	69	55	87	76	70	67	61	60	68
Enhetschef	89	86	71	62	66	47	49	70	60
Undersköterska/vårdbiträde	58	59	34	28	35	70	59	70	56
Rätt hjälpmedel (för personal) finns att tillgå									
Arbets terapeut	89	77	76	80	89	88	87	67	85
Sjukgymnast	44	28	55	72	34	35	43	43	40
Enhetschef	67	77	61	48	39	18	20	43	36
Följe till tandläkaren									
Undersköterska/vårdbiträde	54	60	42	28	45	68	64	52	47
Närstående	43	44	45	52	41	49	36	52	45
Enhetschef	57	48	61	52	45	23	20	38	36
Finns till hands för samtal									
Undersköterska/vårdbiträde	64	60	35	25	51	70	66	60	60
Närstående	42	42	24	50	42	39	46	20	40
Enhetschef	49	51	57	32	38	22	23	45	33
Hålla rent och i ordning									
Biståndsbedömare	74	70	84	86	90	77	74	76	79
Undersköterska/vårdbiträde	51	50	74	83	86	61	69	67	67
Enhetschef	74	72	55	56	45	39	36	62	48

Det anses i första hand vara biståndsbedömare följd av enhetschef och undersköterska / vårdbiträde som bör ta ansvar för att den äldre *får hjälpen att komma upp* på morgonen. Det finns dock skillnader mellan svarsgrupperna angående vem de i första hand anser bör ha ansvaret. Samma tre grupper anges mest vad gäller *hjälp att duscha/klä sig*. Även här är det biståndsbedömare följd av enhetschef och undersköterska/vårdbiträde som de flesta angivit som de som bör ha ansvaret för att den äldre får hjälpen. Det finns klara variationer mellan svarsgrupperna angående i vilken omfattning de angivit de olika yrkesgrupperna. Alla svarsgrupperna utom enhetscheferna anser att det i första hand är arbetsterapeuten som bör ha ansvaret för att *rätt hjälpmedel (för personal) finns att tillgå*. Enhetschefer anger enhetschef och arbetsterapeut i lika hög omfattning. Enhetschef och sjukgymnast är yrkesgrupper som av vissa (biståndsbedömare, enhetschefer och arbetsterapeuter) anses bör ta ansvaret medan övriga ej anger dem i lika hög omfattning.

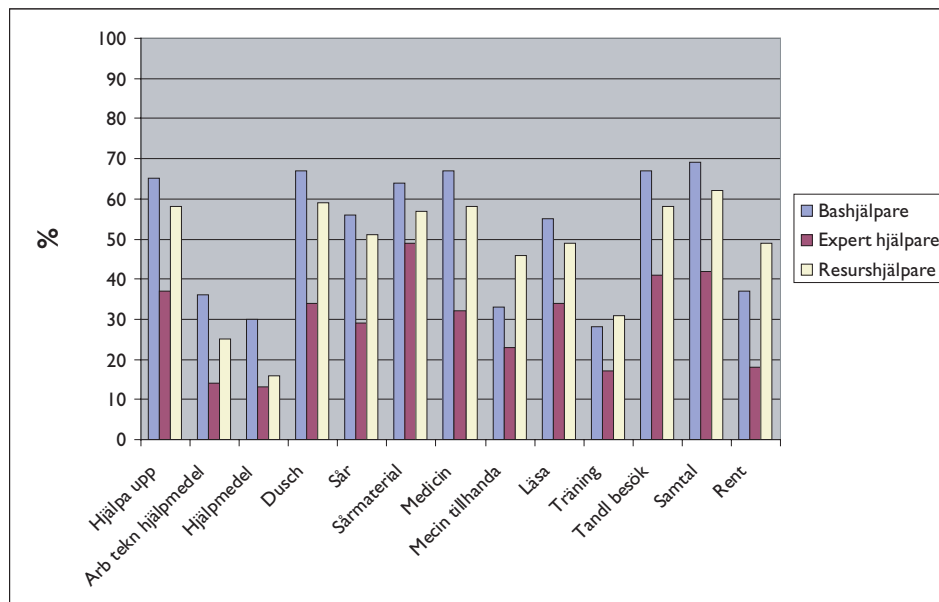
Det skiftar mycket mellan svarsgrupperna angående vem de anser bör ha ansvaret för att den äldre får hjälpen att *någon som följer med till tandläkare*. De yrkesgrupper som anges mest är enhetschef, undersköterska/vårdbiträde och närstående. Beträffande *finnas till hands för samtal* råder en splittrad uppfattning angående vem som bör ha ansvaret. Flertalet, men inte alla, anger främst att det bör vara undersköterska/vårdbiträde följt av närstående och enhetschef som har ansvaret. Vad gäller ansvaret för *hålla rent och i ordning* visar svarsfördelningen att uppfattningen är att det bör vara biståndsbedömaren, men även enhetschef och undersköterska/vårdbiträde anges av vissa i hög grad.

Finns skillnader i uppfattning utifrån arbetsfördelning?

Som framgått ovan kopplas *ansvar* för att hjälpen ges generellt till *expert- och/eller resurshjälpare*. Även vid uppdelning av svarsgrupperna på bas-expert- och resurshjälpare består detta grundmönster i svaren. Några skillnader mellan grupperna förtjänar dock att lyftas fram (för detaljsiffror hänvisas även här till bilaga 3).

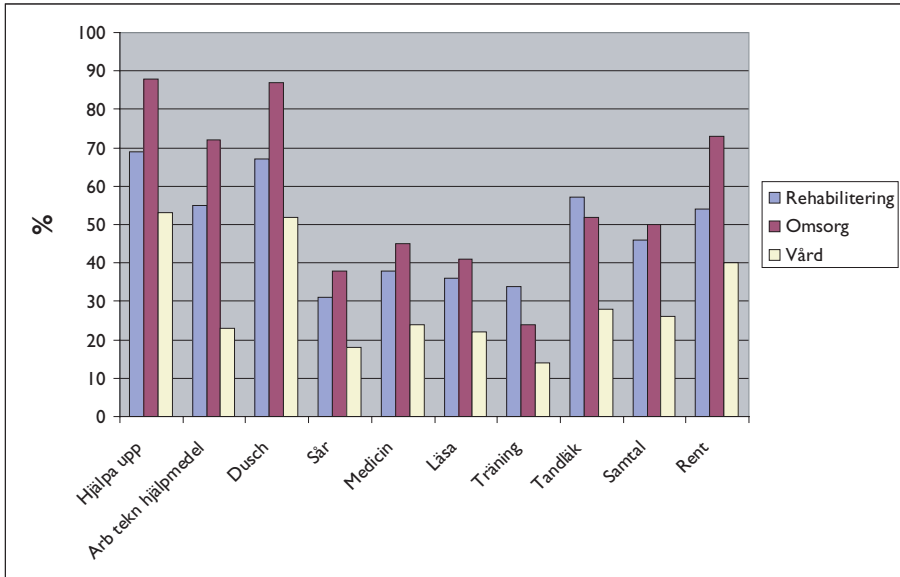
En viss tendens finns att lyfta fram personal som tillhör den egna gruppen som ansvarshavare, exempelvis lyfter i några sammanhang baspersonal fram undersköterskor och vårdbiträden som ansvars-

havare i högre grad än vad övriga (expert- och resurshjälpare) gör; t. ex. ansvar för att hjälpa upp ur sängen, för hjälpmedel till personalen, för dusch, för såromläggning, för medicin m m. Givetvis råder även det omvända förhållandet; särskilt att. ex. perthjälparna ”tonar ner” ansvaret hos undersköterskor – vårdbiträden, vilket åskådliggörs av figur 7.



Figur 7: Jämförelse mellan bas-, expert och resurshjälpare vad gäller undersköterska/vårdbiträdes ansvar i olika situationer

I många situationer betonar resurshjälparna sitt ansvar, men här har baspersonalen i betydligt lägre omfattning uppfattningen att enhetschefen är ansvarshavare. Man kan sammanfatta att enhetschefens roll i ansvarsfrågor tycks oklar för baspersonalen. Detta illustreras av figur 8 (på nästa sida):



Figur 8: Jämförelse mellan bas-, expert och resurshjälpare vad gäller enhetschefens ansvar i olika situationer

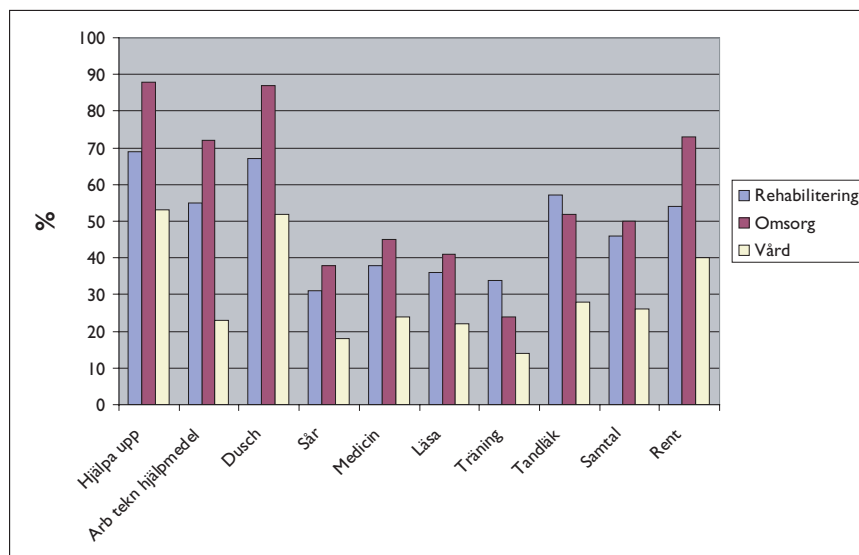
Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens inriktning?

Indelningen i svarsgrupper har här ändrats beroende på inriktningen av den grundutbildning som de olika svarsgrupperna förväntas ha: Till inriktning rehabilitering räknas här arbetsterapeuter och sjukgymnaster, till omsorg räknas här biståndsbedömare och enhetschefer och till vård räknas här sjuksköterska, undersköterska och vårdbiträde.²⁶ En del intressanta skillnader framträder här.

De vårdinriktade lägger genomgående lägre ansvar på enhetscheferna i de olika exemplifierade hjälpsituationerna: exempelvis för att hjälpa upp, för

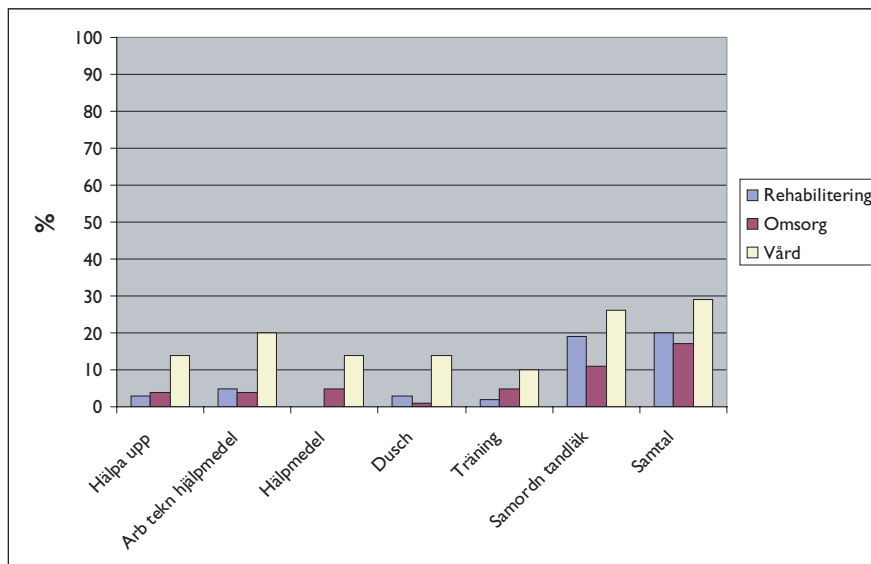
²⁶ Givetvis kan enskilda personer i de olika svarsgrupperingarna ha annan grundläggande utbildning. Omfattningen varierar givetvis, främst inom "vård" dit vi räknat utbildningar såväl på gymnasie- (omvårdnadsprogrammet) som på högskolenivå (sjuksköterskeprogrammet).

arbetstekniska hjälpmedel, för dusch, för läsning, runt tandläkarbesök, för att hålla rent. Å andra sidan betonar för nästan lika många situationer de omsorgsinriktade enhetschefens ansvar i högre utsträckning än vad övriga gör. Se figur 9.



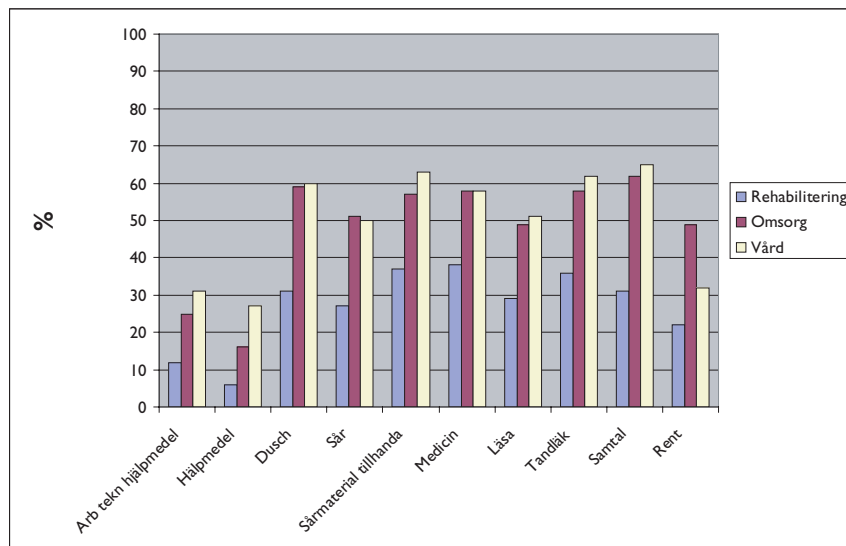
Figur 9: Olika utbildningsinriktningar om enhetschefens ansvar i olika situationer

I några avseenden betonar personer med vårdinriktade utbildningar sjuksköterskans ansvar mer än vad övriga gör. Detta gäller även situationer som inte självklart är av sjukvårds-/medicinsk karaktär: beträffande arbetstekniska hjälpmedel, hjälpmedel för den äldre, för duschning, för träning, för samtal, vid tandläkarbesöket. Se figur 10.



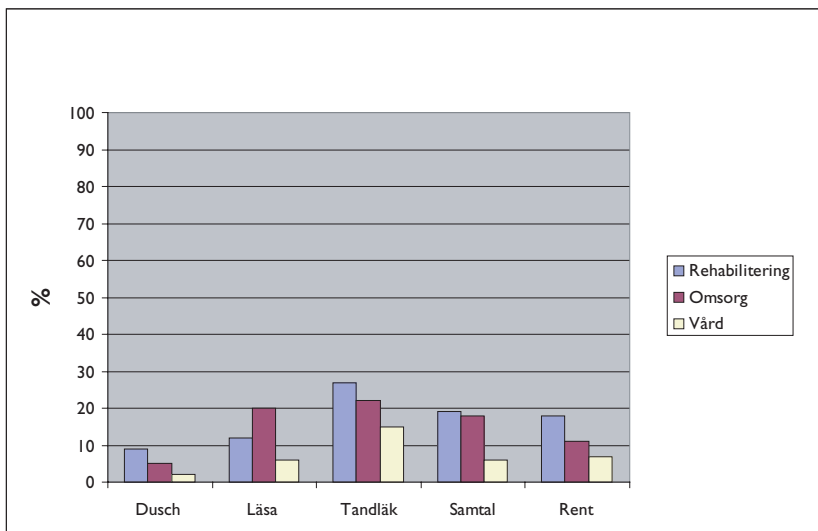
Figur 10: Olika utbildningsinriktningar och sjuksköterskans ansvar i olika situationer.

På nästan motsvarande sätt tonar rehabiliteringsinriktade yrkesgrupper ner undersköterskans/vårdbiträdets ansvar mer än övriga: beträffande arbetstekniska hjälpmedel, personliga hjälpmedel för den äldre, vid duschning, att omläggningsmaterial och medicin finns på plats, vid läsning, tandläkarbesök och för samtal, liksom för att hålla rent. Se figur 11.



Figur 11: Olika utbildningsinriktningar om undersköterskas/vårdbiträdets ansvar vid olika situationer

Även beträffande den äldres (Kalles respektive Klaras) eget ansvar finns några skillnader värda att notera. Där skillnader finns betonar genomgående vårdinriktade i lägre utsträckning än såväl rehabiliteringsinriktade och omsorgsinriktade den äldres ansvar; vid läsning, vid tandläkarbesök, för samtal, för att hålla rent. Se figur 12.

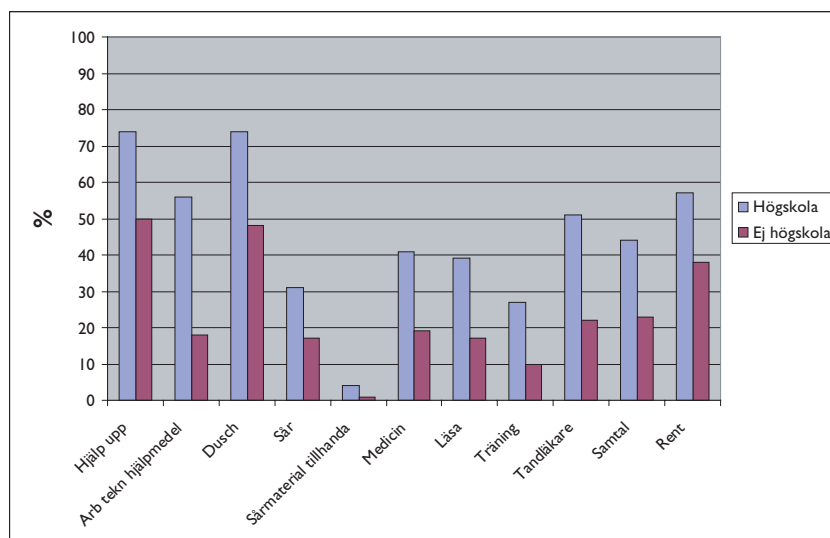


Figur 12: Olika utbildningsinriktningar om deb äldres eget ansvar i olika situationer

Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens längd?

Här har svarsgrupperna slagits samman till två beroende på om yrkesgruppen förväntas ha högskoleutbildning eller inte: Till gruppen ej högskoleutbildning räknas undersköterska och vårdbiträde medan övriga räknas till högskoleutbildning. Några signifikanta skillnader finns mellan grupperna.

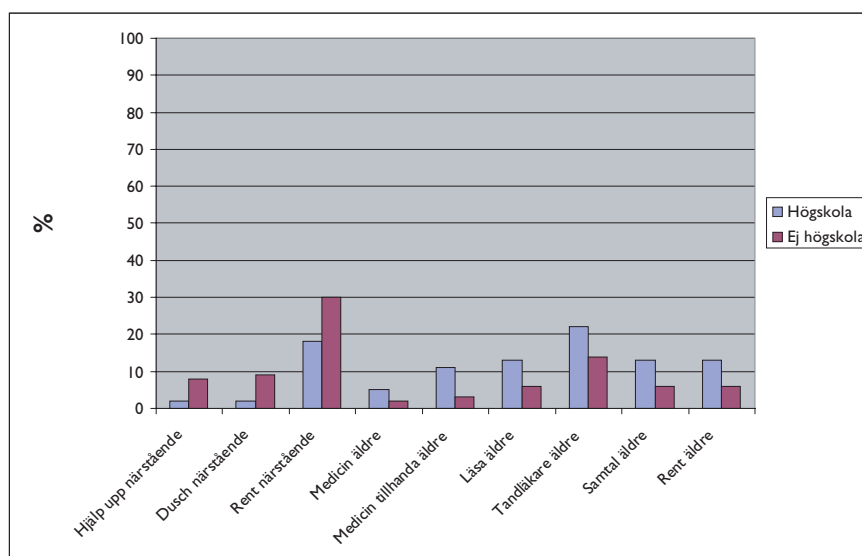
Nästan genomgående betonar högskoleutbildade enhetschefens ansvar i högre utsträckning än ej högskoleutbildade gör. Det gäller i de flesta exemplifierade situationerna. I nästan alla dessa situationer betonar å andra sidan ej högskoleutbildade, dvs undersköterskan och vårdbiträdet sitt eget ansvar i högre utsträckning. Se figur 13.



Figur 13: Högskole- respektive ej högskoleutbildades syn på enhetschefens ansvar i olika situationer

I ett par situationer betonar ej högskoleutbildade sjuksköterskans ansvar för hjälpen något mer än vad högskoleutbildade gör. Detta gäller beträffande hjälpmedel såväl för den äldre som för personalen och träning.

Beträffande den äldres eget och de närståendes ansvar finns några skillnader att notera. Vid de tillfällen då signifikanta skillnader finns i uppfattningen om närståendes ansvar betonar genomgående ej högskoleutbildade de närståendes ansvar högre än övriga: för att hjälpa upp ur sängen, för duschning, för att hålla rent. Vid de tillfällen då skillnader finns i uppfattningen om den äldres ansvar betonar högskoleutbildade den äldres ansvar högre: för att medicin ges/tas, för att medicin finns, vid tandläkarbesök och för att hålla rent. Se figur 14.



Figur 14: Högskole- resp ej högskoleutbildades uppfattning om närståendes och äldres ansvar i olika situationer

Sammanfattning och slutsatser om vem som bör ansvara för hjälpen

Om görandet – det praktiska utförandet av hjälpen – kan betecknas som främst bashjälparnas område så kan ansvaret på samma sätt betecknas som vila främst på expert- och resurshjälparna med en del undantag.

I tolkningen av resultatet beträffande ansvar måste hänsyn tas till de formella bestämmelser som finns om möjligheter att delegera sjukvårdsansvar: framförallt från sjuksköterskor till undersköterskor och vårdbiträden för medicinska uppgifter, i realiteten oftast till undersköterskor, men även för rehabiliteringsuppgifter från arbetsterapeuter och sjukgymnaster till undersköterskor och vårdbiträden. Detta kan vara en viktig förklaring till att undersköterskan vid några situationer lyfts fram, bredvid sjuksköterskan, som ansvarig.

En genomgående tendens finns att betona den egna yrkesgruppens ansvar: Undersköterskor och vårdbiträden betonar i något högre utsträckning sitt ansvar i olika situationer, rehabiliteringspersonal betonar i något högre utsträckning sitt ansvar o s v. Expert- och resurshjälpare tonar ner undersköterskors och vårdbiträdens ansvar. Högskoleutbildade betonar generellt mer enhetschefen som ansvarshavare.

En tolkning av likheter och skillnader i uppfattning är att för medicinska uppgifter enligt HSL är sjuksköterskan den självklara ansvarshavaren enligt lagstiftningen, som ibland delar (delegerar) ansvaret till främst undersköterskor. För SoL-uppgifter, sociala omsorgsuppgifter, finns ingen lika självklar ansvarshavare. Här åvilar ansvaret främst enhetschef och i viss mån biståndsbedömare som ansvarig via biståndsbeslutet. Träning i rehabiliterande syfte ansvarar såväl sjukgymnaster som arbetsterapeuter för. Ansvarsfördelningen dem emellan framstår emellertid inte som självklar.

En intressant och signifikant skillnad framträder mellan svar från personal med vårdinriktning och rehabiliteringsinriktning i sin utbildning angående den äldres eget ansvar i några situationer (läsning, tandläkarbesök, hålla rent m m) där den förstnämnda i lägre grad framhåller den äldre eget ansvar. En tolkning av detta skulle kunna vara en mer omvårdande och omhändertagande uppfattning hos den förra gruppen medan rehabiliteringspersonalen mer lyfter fram aktiverande aspekter och betonar egenansvar.

Vid några situationer framträder närstående som ansvarshavare, vid sidan av personalen. Detta vid situationer som inte så klart är reglerade enligt lag, t ex för att någon finns till hands för samtal, och dessutom vid situationer som ligger utanför boendet, t ex vid tandläkarbesök.

Vem bör ta ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens?

Resultaten presenteras utifrån samma indelning som tidigare. Observera att kompetensfrågorna var betydligt färre till antalet än görafrågorna och ansvarsfrågorna.

Enighet i uppfattning

Tabell 14: Hjälpssituationer där enighet råder om att det främst är en grups uppgift att ansvara för att den som ger hjälpen har rätt kompetens (procent).

	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbets terapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	"Personal"	Genomsnitt
<i>Hjälp att komma upp</i> Enhetschef	100	94	95	93	91	85	92	90	90
<i>Hjälp att duscha/klä sig</i> Enhetschef	100	98	97	100	94	87	89	100	92
<i>Hjälp med medicin</i> Sjuksköterska	97	88	87	83	91	91	95	91	91
<i>Hålla rent och i ordning</i> Enhetschef	97	96	87	90	82	76	82	86	83

Det råder enighet om att ansvaret för hjälparens kompetens att *hjälpa den äldre upp* liksom för *hjälpa att duscha och klä sig* ligger på enhetschefen. Det anses främst vara sjuksköterskans ansvar att *den som ger medicinen* har rätt kompetens. Samtidigt finns det ett antal svarsgrupper som i högre omfatt-

ning än de övriga anser att enhetschefen bör ha ansvar i detta. Det finns en klar enighet bland personalgrupperna om att det bör vara enhetschefens ansvar att den som hjälper till med att *hålla rent och i ordning* har rätt kompetens.

Tudelad uppfattning

Tabell 15: Hjälpssituationer där uppfattningen råder att det är två grupper som främst bör ansvara för att den som ger hjälpen har rätt kompetens (procent)

	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbetsterapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbiträde	"Personal"	Genomsnitt
<i>Hjälp med omläggning</i>									
Sjuksköterska	97	90	84	86	93	89	88	81	89
Enhetschef	46	65	71	76	40	44	42	48	49

Sjuksköterskan anses vara den som bör ha ansvaret för att den som gör *omläggningen* har rätt kompetens. Vissa svarsgrupper anger även i hög grad att enhetschefen bör ha ansvar i detta.

Splittrad uppfattning

Tabell 16: Hjälpssituationer där splittrad uppfattning råder om vilka grupper som bör ansvara för att den som ger hjälpen har rätt kompetens (procent)

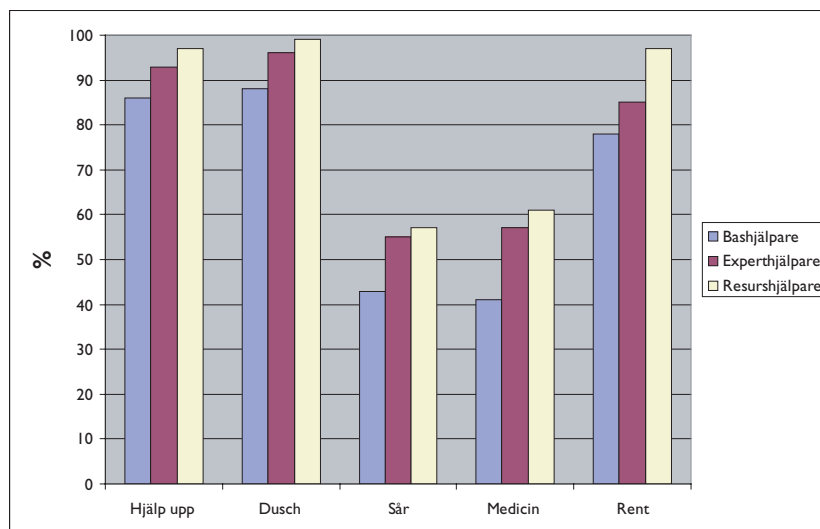
	Bistånsbedömare	Enhetschef	Arbets terapeut	Sjukgymnast	Sjuksköterska	Undersköterska	Vårdbitråde	”Personal”	Genomsnitt
<i>Hjälp med träning (hand)</i>									
Sjukgymnast	56	53	13	55	58	58	42	20	51
Arbets terapeut	58	51	95	79	45	33	25	55	45
Enhetschef	42	53	53	55	46	37	48	50	44

Det finns en splittrad uppfattning mellan de olika svarsgrupperna om vem som bör ha ansvar för hjälpens kompetens till att hjälpa den äldre med *träningen*. Tre yrkesgrupper anges i högre omfattning än övriga som de som bör ha ansvaret; sjukgymnast, arbets terapeut och enhetschef.

Finns skillnader i uppfattning utifrån arbetsfördelning?

Grundmönstret är som framgått att enhetschefen uppfattas ha ansvar för att utföraren har kompetens för uppgiften. Dock finns några skillnader att notera vid en analys utifrån arbetsfördelning.

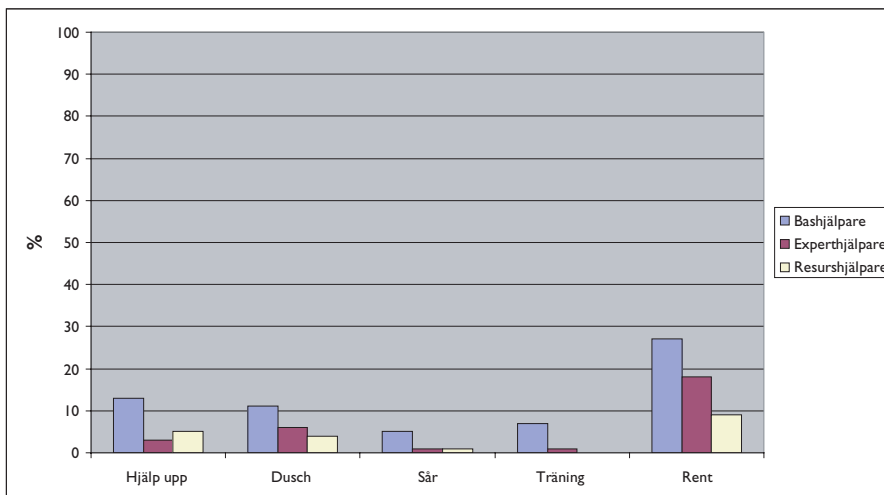
Bashjälpare tillmäter nästan genomgående (hjälpa upp, duscha, såromläggning och medicin, hålla rent) enhetschefen mindre ansvar för kompetens än vad resurs- och experthjälpare gör, se figur 15. Bashjälparna lyfter vid dessa situationer och för träning istället fram sjuksköterskan. Bashjälparna tillmäter nästan genomgående arbetsterapeut och sjukgymnast ett lägre ansvar för kompetens än vad övriga gör. Det gäller även för tränings-situationer, där man då å andra sidan lyfter fram sjuksköterskan.



Figur 15: Uppfattningar om enhetschefens ansvar för kompetens sammanhängande med funktionell arbetsdelning

En möjligen mer överraskande skillnad är att bashjälparna genomgående i de olika situationerna mer än övriga grupper lyfter fram biståndsbedömaren som ansvariga för kompetens. Dock ska tilläggas att procentsiffrorna

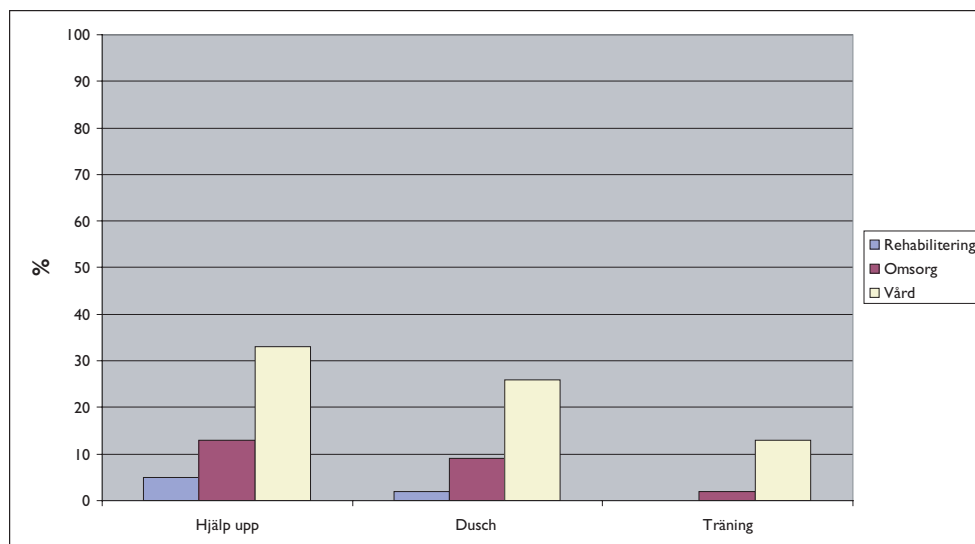
här genomgående är tämligen låga. En möjlig förklaring kan vara att biståndsbedömarna befinner sig på ”långt avstånd” från baspersonalen och att uppfattningen om biståndsbedömarnas roll och ansvar kan vara diffus, se figur 16.



Figur 16: Uppfattning om biståndsbedömarens ansvar för hjälparens kompetens sammanhängande med funktionell arbetsdelning

Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens inriktning?

Skillnaderna här pekar i samma riktning som redovisats ovan. Men vissa skillnader förstärks och kan tänkas bidra till förklaringar. De vårdinriktade lyfter således nästan genomgående fram sjuksköterskan som kompetensansvarig mer än övriga gör, se figur 17.

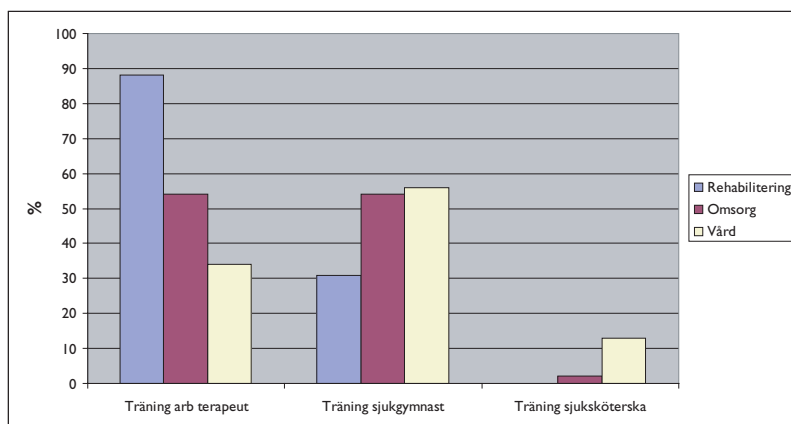


Figur 17: Olika utbildningsinriktningar om sjuksköterskans ansvar för kompetens i några situationer

Vid träningsituationen blir några skillnader tydliga, se ovan. De rehabiliteringsinriktade yrkesgrupperna tillmäter inte sjuksköterskan något ansvar för kompetens här medan vårdinriktade tillmäter sjuksköterskan åtminstone visst ansvar härför.

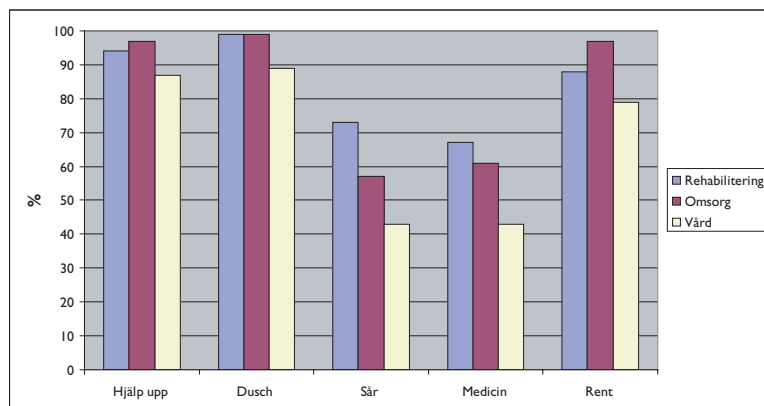
Även beträffande ansvarsfördelningen för kompetens mellan arbetsterapeut och sjukgymnast ger resultatet intressanta indikationer: De rehabiliteringsinriktade personalgrupperna ger arbetsterapeuten stort ansvar för kompetensen i den aktuella träningsituationen (handträning) och sjukgymnasten ett visst ansvar. Omsorgsinriktade personalgrupper delar ansvaret mellan de båda yrkesgrupperna, medan de vårdinriktade perso-

nalgrupperna tillmäter sjukgymnasten högre ansvar än arbetsterapeuten. En tolkning är att ansvars- och arbetsfördelning mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster framstår som oklar för de vårdinriktade, och däri främst för undersköterskor och vårdbiträden, se figur 18.



Figur 18: Olika utbildningsinriktningar om arbetsterapeuters, sjukgymnasters respektive sjuksköterskas ansvar för hjälparens kompetens vid träning.

För medicinskt inriktade hjälpsituationer, såromläggning och medicingivning, tonar också vårdiriktade ner enhetschefens kompetensansvar jämfört med vad övriga grupper gör, se figur 19.



Figur 19: Olika utbildningsinriktningar om enhetschefens ansvar för kompetens i några situationer

Finns skillnader i uppfattning utifrån utbildningens längd?

Analysen enligt denna uppdelning pekar i samma riktning som föregående och återges därför i korta punkter utan illustrationer:

- Högskoleutbildade lyfter i högre utsträckning fram enhetschefen som ansvarig för att personalen har rätt kompetens.
- Ej högskoleutbildade lyfter i högre utsträckning fram sjuksköterskan, även vid situationer som att hjälpa upp, dusch samt för träningsituationer som kan betecknas som personlig omvårdnad och rehabilitering.
- För träningsituationen lyfter högskoleutbildade fram arbetsterapeuten betydligt mer än vad icke högskoleutbildade gör.
- Vid flera situationer finns skillnader där ej högskoleutbildade tillmäter biståndsbedömaren större ansvar än vad högskoleutbildade gör.

Sammanfattning och slutsatser om vem som har ansvar för att personalen har rätt kompetens

I de exemplifierade hjälpsituationerna anses *enhetschefen* nästan genomgående ha ett stort ansvar för att rätt *kompetens* finns hos de som utför uppgifterna. Experthjälparna lyfts inte oväntat fram vid vård- och tränings-situationer. Bashjälparna lyfter fram sjuksköterskan som ansvarshavare för flera hjälpsituationer även vid sidan av de medicinska insatserna, såsom för personlig omvårdnad och för tränings-situationer.

En möjlig tolkning av resultaten här kan vara att sjuksköterskan uppfattas som en mer ”närvarande arbetsledare” än enhetschefen i det dagliga arbetet. Enhetschefen kan uppfattas befinna sig längre från det dagliga arbetet med de äldre. I förhållande till sjuksköterskorna är arbetsterapeuter och sjukgymnaster betydligt färre och arbets- och ansvarsfördelningen dem emellan framstår inte heller så klar för baspersonalen. Biståndsbedömarna är ”längst bort” från vardagsarbetet med de äldre och deras ansvar, i kompetenshänseende, kan framstå som än mer oklart sett från de som arbetar nära de äldre dagligen och ofta under lång tid.

Finns skillnader utifrån om hjälpen avser Klara eller Kalle?

Exakt hälften av de besvarade enkäterna avsåg Klara och hälften Kalle. Avsikten med att låta enkäterna exemplifiera båda könen var givetvis att utröna om skilda uppfattningar finns bland de svarande beroende av om hjälpen avser kvinna eller man.

Analyserna har bestått i:

- Jämförelser mellan närstående - äldre och personal vad gäller hjälpen till Klara respektive Kalle.
- Jämförelser mellan svarande med olika utbildningsinriktning (vård, rehabilitering, omsorg) vad gäller hjälpen till Klara respektive Kalle.
- Jämförelser mellan högskoleutbildad och icke högskoleutbildad personal, dvs utbildningarnas omfattning, vad gäller hjälpen till Klara och Kalle.

Så gott som inga signifikanta skillnader har kunnat identifieras vid någon av analyserna.

Vi har således inte kunnat finna nämnvärda skillnader i uppfattning om hjälpen avser kvinna eller man. Detta innebär inte att sådana skillnader inte finns mellan om hjälpen avser män eller kvinnor inom äldreomsorgen. Om de finns har de i varje fall inte kunnat upptäckas i vår undersökning. Utifrån undersökningens resultat kan slutsatsen dras att i praktiska hjälpsituationer görs sällan skillnader mellan män och kvinnor, åtminstone inte om uppfattningarna är lika med det praktiska handlandet.

Bör frivilliga hjälpa till och med vad?

Vid situationen där Klara och Kalle får hjälp med att läsa tidningen ställdes frågan om detta är en lämplig aktivitet att involvera frivilliga personer i. Andelen som svarade ja på frågan var:

Äldre	83 procent
Närstående	83 procent
Personal	95 procent

Skillnaden mellan äldre/närstående och personalen är signifikant. Bland de olika yrkesgrupperna varierar andelen ja-svar från 100 procent (arbetsterapeuter och enhetschefer) ner till 85 procent från vårdbiträden. Såväl äldre och närstående liksom vårdbiträden är således något mindre entusiastiska till frivilliga i sådana här situationer. Följande personalkommentar ger en möjlig förklaring till detta förhållande: *”Jag tror att vårdpersonal trivs och utvecklas samt orkar med arbetet om de även kan göra denna uppgift och inte bara de jättetunga.”*

De tillfrågade uppmanades också ge förslag på andra aktiviteter, som kan vara lämpliga för Klara/Kalle och som även kan vara lämpliga att engagera frivilliga för. Många förslag gavs på sådana aktiviteter från såväl personal, äldre och närstående. Ofta förekommande var *förslag om att Kalle/Klara bör få hjälpa till utevistelser* att komma ut från bostaden, komma ut för olika ändamål som att få frisk luft, kunna uträtta ärenden m m.

En tematisering av förslagen till lämpliga aktiviteter för frivilliginsatser har gjorts i analysen av svaren på de öppna frågorna: Många förslag handlar om *sociala aktiviteter* såsom hjälp till kursverksamhet, kyrkobesök, besök i sta'n. Att ge hjälp att komma ut på *nöjen och kultur* såsom teater, dans och musik är ett annat tema för frivilliginsatser. Att ge hjälp *med praktiska göromål* såsom inköp och skriva brev är andra förslag där frivilliga kan spela en viktig roll. Att någon *följer med* till myndigheter, optiker, frisör m m är ett ytterligare tema.

Bland personalen finns i kommentarer olika reservationer till om ovanstående är lämpliga aktiviteter för frivilliga. Till de mer kritiska hör:

”Jag tror att frivilligarbete är fel därför att det nästan bara är kvinnor som ska göra oavlönade arbetsuppgifter. Alla aktiviteter ska avlönas, de är viktiga insatser för den som behöver dessa!”

“Nej! Jag anser att kommunen ska ha tillräckligt stor personaltäthet så att även tidningsläsning m m ska kunna utföras av personal. Det är kommunens ansvar. Frivilligverksamhet är ett sätt att spara in på personal.”

”I vissa fall promenader och inköp, men mer lämpligt är nog underhållning, musik, tipspromenad som är mer allmänt inriktat. Integriteten är viktig, ingen ska behöva köras över mot sin vilja av frivilliga personer.”

Från äldre och närstående kommer även kommentarer om vikten av att tillgodose andliga behov genom besök i från kristna samfund, hjälp med att komma till kyrkan m m, och där frivilliga krafter kan spela en viktig roll.

Sammanfattande diskussion utifrån enkätundersökningen

Summering utifrån hjälpsituationer av olika karaktär

Vi summerar i följande tabell de huvudsakliga resultaten utifrån att hjälpsituationerna är av olika karaktär (se kapitel 1). Vissa hjälpsituationer kan betecknas vara av *vårdkaraktär*: Exempelen i enkäten handlar här om medicingivning, såromläggning samt om att tillse att medicin och material finns

på plats. Som hjälpsituationer av *rehabiliteringskaraktär* betecknas träning av handfunktion, hjälpmedel för den äldre och för personalen samt skötsel och kontroll av hjälpmedel. Som hjälp av *omsorgskaraktär* har betecknats situationerna där Klara/Kalle får hjälp upp ur sängen och hjälp med duschning (kan givetvis även benämnas personlig omvårdnad), hjälp för tandläkarbesöket, hjälp med att läsa och beredskap för att samtala vid oron.

Tabellen bygger på en komprimering av tidigare redovisade resultat om hjälpsituationer där enighet, tudelad eller splittrad uppfattning råder bland de svarande om vilken/vilka grupper som bör *göra* (utföra), *ansvara* för samt ansvara för att den som ger hjälpen har rätt *kompetens*.

Tabell 17: Uppfattningar utifrån hjälpsituationer av olika karaktär

Hjälpens karaktär	Vem/vilka ska hjälpa			Slutsats
Vård	Göra	Ansvar	Kompetens	<i>Tydligt</i> vad gäller såväl göra, ansvar som kompetens
Mediceringivning	tudelad	tudelad	enhetlig	
Sårömläggning	tudelad	enhetlig	enhetlig	
Medicin på plats		enhetlig		
Omlägningsmaterial på plats		tudelad		
Rehabilitering	Göra	Ansvar	Kompetens	<i>Otydligt</i> vad gäller såväl göra, ansvar som kompetens
Träning	splittrad	tudelad	splittrad	
Vardagskontroll av hjälpmedel	splittrad			
Hjälpmedel för den äldre		enhetlig		
Hjälpmedel för personalen		splittrad		
Omsorg	Göra	Ansvar	Kompetens	<i>Tydligt</i> vem/vilka som bör göra och vem som bör ha ansvar för hjälparens kompetens. Dock <i>otydligt</i> vem som bör ta ansvar för att hjälpen erhålls.
Hjälp upp	enhetlig	splittrad	enhetlig	
Dusch	enhetlig	splittrad	enhetlig	
Tandläkarbesök	tudelad	splittrad		
Samordning inför tandläkarbesök	tudelad			
Läsa	enhetlig	tudelad		
Samtal	tudelad	splittrad		
Städ	tudelad	splittrad	enhetlig	
Knapp	tudelad			

Beträffande hjälp av *vårdkaraktär* råder tämligen enhetlig uppfattning vad gäller såväl göra som ansvar och kompetens. Här framhålls, som framgått av tidigare redovisning, bashjälpare (främst undersköterskan) för görandet/utförandet och bland experthjälparna framhålls sjuksköterskan som ansvarig för att hjälpen ges och för att den ges av kompetent personal, till och med före enhetschefen som i vissa avseenden kan ses som formellt ansvarig för att det finns kompetent personal. För delegerade uppgifter har sjuksköterskan givetvis enligt lag ett ansvar för att utföraren har tillräcklig kompetens. Kort sagt råder här *tydlighet och entydighet*.

För hjälp av *rehabiliteringskaraktär* är bilden mer splittrad, såväl vad gäller göra/utföra som beträffande ansvar och kompetens. Bashjälparna framhålls visserligen som de som ska utföra hjälpen men här framhålls även arbetsterapeuten bland experthjälparna. Ansvar delat och splittras mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster, men även sjuksköterskor lyfts fram av baspersonalen och av de med vårdinriktad utbildning. Kompetensansvaret är splittrat mellan olika expert- och resurshjälpare. Kort sagt råder här *otydighet och tvetydighet*.

För hjälp av *omsorgskaraktär* är bilden motsägelsefull. Vad gäller att göra/utföra är bilden entydig vad gäller hjälp för att komma upp ur sängen och duscha. Detta är baspersonalens uppgift. Även för övriga göra-situationer är baspersonalen viktig, dock i kombination med närstående (vid tandläkarbesök, städ och sy i knapp, samtal). Ansvar uppfattas nästan genomgående som splittrat; här mellan enhetschef, i vissa fall biståndsbedömare och bashjälpare. I de fall kompetensansvar efterfrågats är detta entydigt enhetschefens. Kort sagt här råder *såväl tydlighet som otydlighet*.

Slutsatser om hjälpen till Klara och Kalle

I detta avsnitt diskuteras enkätens resultat vad gäller hjälpen till de fiktiva personerna Klara och Kalle. Svarsfrekvensen är tillfredsställande för att kunna uttala sig om resultaten är representativa för personalen inom äldreomsorgen i Sjuhäradsbygdens kommuner. Dock ska observeras att urvalet är för litet och bortfallet av svarande för stort bland äldre och närstående för att resultaten ska vara statistiskt representativa för dessa grupper.

Vad gäller att *göra*, utföra/ge hjälpen, framstår detta som *bashjälparnas*

uppgift, främst vårdbiträdet och undersköterskan, för vissa uppgifter (av sjukvårds- och rehabiliteringskaraktär) kompletterade med experter, såsom sjuksköterska och arbetsterapeut. När det gäller *ansvaret* framträder i stället, ex. pert- och resurshjälpare, men även bashjälparna anses ha stort ansvar. När det gäller ansvaret för *kompetens* framträder enhetschefen. Men detta är dock inte helt entydigt. I flera situationer tilldelas sjuksköterskan ett stort ansvar för personalens kompetens.

Betraktat utifrån olika *hjälp-situationers karaktär* framträder en bild av tydliga och entydiga uppfattningar vad gäller hjälp av *vårdkaraktär*. Bilden blir däremot mer otydlig och flertydig vad gäller uppgifter av *rehabiliteringskaraktär*. För hjälp-situationer av *omsorgskaraktär* finns såväl inslag av otydlighet som tydlighet. Möjligen kan dessa skillnader kopplas till att den numerärt största professionen, i bemärkelsen legitimerad personal, är sjuksköterskan som tilldelats sjukvårdsansvar inom äldreomsorgen. Inom rehabilitering finns såväl arbetsterapeuter som sjukgymnaster, och som dessutom är betydligt färre till antalet. Inom omsorg finns ingen självklar professionsföreträdare. Såväl enhetschefer och biståndsbedömare finns i bakgrunden och framstår främst som fördelare av resurser till såväl äldre (i form av bistånd av olika slag) som till personalen (lokala chefer med arbetsgivaransvar).

Resultaten kan även diskuteras utifrån hur den mest förekommande personalen, dvs *baspersonalen*, orienterar sig i sin uppfattning i olika avseenden. Det är också dessa som är de synliga för äldre och deras närstående/de som ger mest hjälp i vardagliga situationer. För baspersonalen framstår sjuksköterskan som den man lättast kan identifiera sig med. Sjuksköterskan framstår som den närmaste arbetsledaren – ibland till följd av en formell roll vid delegationer – men även informellt, måhända till följd av att hon är den synligaste på golvet för personalen. Man har måhända lättast att identifiera sig med sjuksköterskan i äldrevården. Rehabiliteringspersonalen, experterna i form av arbetsterapeuter och sjukgymnaster, finns mer för sig själv och har en mer oklar roll och oklar intern arbetsfördelning, sett utifrån baspersonalen. I bakgrunden, ja nästan osynliga i det dagliga arbetet, finns enhetschefer och biståndsbedömare. Biståndsbedömare finns någon annanstans, ofta på ett kontor någonstans. Enhetscheferna har det formella

arbetsgivaransvaret, men tycks ofta befinna sig långt från de äldres vardag, och har dessutom ofta många personer att vara chef för. Givetvis finns skillnader även här, t. ex. mellan hjälpen i särskilda boenden respektive ordinära boenden.

Det kan vara skäl att något kommentera resultaten om den grupp som i vissa fall tilldelas göra-uppgifter; *aktiveringspersonalen*. Från såväl äldre, närstående som personal tillskrivs denna grupp viktiga aktiveringsuppgifter av social och vardagsstimulerande karaktär. Men inom många verksamheter finns inte denna personalgrupp då dessa ofta är bortrationaliserade. I många kommentarer i enkäterna efterfrågas just stimulans och aktivering. En kommentar från en enkät får illustrera: *Finns det fortfarande verksamheter med högläsning och träningslokaler? Då är Klara att gratulera!*”

I vissa situationer knyts istället förhoppningar till att *frivilliga* av olika slag ska utföra sådana uppgifter, som att läsa, följa med ut, göra ärenden, aktivera. Ibland tilldelas även närstående dessa uppgifter. Vad gäller frivilliga finns i stort en positiv inställning, dock med mindre entusiasm från vårdbiträden och undersköterskor. Måhända kan reservationen förstås mot bakgrunden av ängslan för att förlora stimulerande arbetsuppgifter eller förlora arbetstillfällen.

Den *äldres eget ansvar* i sin situation lyfts fram i någon mån i olika situationer samt olika mycket av olika svarsgrupper. Intressanta skillnader framträder där vårdinriktad personal i betydligt mindre utsträckning än övriga lyfter fram den enskildes eget ansvar. Möjligen kan detta kopplas till olika traditioner och syn på sin uppgift, där främst rehabiliteringspersonal tycks framhålla aktivering och eget ansvar som viktiga principer.

Närstående och anhöriga förväntas utföra en del praktiska göromål och ta ansvar för vissa praktiska uppgifter. Det handlar här främst om hemmets skötsel och att ta ansvar för att utföra uppgifter som ligger utanför boendet, t. ex. ledsagning, inköp. Dock är det i första hand anställda som förväntas ge hjälp till äldre som har ett stort hjälpbehov.

Slutligen ska noteras att det för äldre med stort hjälpbehov inte framträder skillnader mellan om det är en *man eller en kvinna* som ska ha hjälpen. Våra data är här inte särskilt djupgående, men givet att de åtminstone i någon mån avspeglar verkliga förhållanden kan ju detta ges en positiv tolkning.

KAPITEL 5. SAMTAL I GRUPPER – EN INTERVENTIONSSTUDIE FÖR KOMPETENSUTVECKLING

Utifrån resultaten från observationsstudien och enkätundersökningen formulerades påståenden om problematiska förhållanden inom äldreomsorgen. Även här använde vi oss av indelningen vem/vilka som *bör göra - utföra* olika uppgifter, vem/vilka som *bör ha ansvar* för att olika uppgifter blir utförda samt vem/vilka som *bör ansvara* för att utföraren har rätt *kompetens*. Avsikten var att pröva dessa empirigrundade påståenden på olika grupper bestående av personal inom äldreomsorgen, liksom grupper av äldre/närstående inom Sjuhäradsbygden. På så sätt skulle också en utveckling av deltagarnas kunskaper och kompetens kunna ske.

Ett arbetsmaterial med påståenden, åsiktskort samt en manual utarbetades och prövades i fem grupper under april och maj 2004. Utifrån de erfarenheter som framkom vidareutvecklades under hösten 2004 utbildningsmaterialet *"Hjälp på gamla dar - samtal i grupp"*.

Syftet med interventionsstudien var:

- Att pröva användbarheten av en arbetsmodell som utvecklats i projektet för kompetensutveckling i grupper inom äldreomsorgen.
- Att utifrån erfarenheter från prövningen vidareutveckla en modell för kompetensutveckling.

Följande frågor skulle besvaras:

- Är arbetsmodellen användbar i grupper bestående av olika aktörer inom äldreomsorgen?
- Hur fungerar de påståenden som utvecklats ur projektets tidigare empiri i modellen?
- Bidrar arbetssättet till ökad förståelse mellan och ökad kunskap om olika kategorier av hjälpare?

Här beskrivs först prövningen av materialet i de olika grupperna och sedan kort det utbildningsmaterial, *"Hjälp på gamla dar - samtal i grupp"*, som vidareutvecklades utifrån erfarenheter från provet.

Interventionens genomförande och utfall

Grupperna träffades tre gånger á tre timmar. Efter presentation av deltagarna behandlades vid första mötet påståenden kring att utföra/ge hjälpen, så kallade göra-påståenden. Vid andra mötet behandlades påståenden om att ansvara för att hjälpen ges, så kallade ansvars-påståenden. Vid tredje mötet behandlades påståenden om kompetens för att utföra hjälpen, så kallade kompetens-påståenden. Ett relativt stort antal påståenden hade arbetats fram – se bilaga 4.

Omkring 50 personer, inklusive projektgruppens medlemmar, deltog i de fem grupperna. Samtalen i grupperna spelades in på band. Dokumentationen blev tämligen omfattande i form av protokoll från grupperna, utskrifter av bandinspelningar²⁸ samt deltagarnas skriftliga utvärderingar. Nedan återges och kommenteras struktur och innehåll i gruppernas arbete och något av de resultat som framkom.

Påståenden – uppfattningar – motivering

Den manual som utarbetats gav en struktur för hur grupperna skulle arbeta: Gruppledaren introducerade ett påstående. Deltagarna visade åsikts-/uppfattningskort och motiverade sin uppfattning. Deltagarna diskuterade varandras uppfattningar och kom fram till om problem förelåg utifrån vad som diskuterats. Eventuellt gavs förslag till åtgärder för att komma till rätta med problemet. Ett nytt påstående introducerades, o s v. Den ordning i vilka påståendena introducerades var given i materialet, men hur många påståenden gruppen behandlade varierade. Ofta blev diskussionerna omfattande²⁹ och grupperna hann som mest med tio påståenden inom ett temaområde vid varje tillfälle.

Påståendena var samlade i en särskilt utformad pärm. Denna kunde vikas så att påståendena blev synliga samtidigt för gruppen. Behandlingen

²⁸ De utskrivna banden uppgår till ca 380 sidor text som återger gruppernas diskussion.

²⁹ Omfattande diskussioner upptar ibland drygt 10 utskrivna sidor text.

av ett påstående inleddes således med att gruppledaren visade påståendet för deltagarna och läste upp påståendet. Efter en betänketid bad gruppledaren deltagarna visa korten och redovisa sina uppfattningar/åsikter. Protokollföraren noterade deltagarnas uppfattningar. Därefter ombads deltagarna att var och en motivera sina uppfattningar. Vid några tillfällen ville någon deltagare avstå från att redovisa sin uppfattning. Det kunde föranleda en kort diskussion:

- *Kan man låta bli att visa sin uppfattning om man är tveksam?*
- *Nej, i detta spelet kan man inte passa, men man kan ju säga varför man är tveksam (gruppledare)³⁰.*

Ibland uppstod diskussion om vad påståendet betydde och en del tid fick ägnas åt att tolka och förklara påståendet³¹. Diskussionen där deltagarna motiverade sin uppfattning kunde ibland bli tämligen omfattande³². För andra påståenden blev diskussionen kortfattad. Ofta övergick denna motiveringsrunda i en mer allmän diskussion där påståendet och uppfattningarna i gruppen kopplades till deltagarnas erfarenheter.

Exempel på diskussioner utifrån några påståenden

För att ge inblick i gruppernas arbete citerar vi här från diskussionerna hur några påståenden behandlades och där uppfattningarna motiverades av deltagarna. Först kommer diskussionen om ett göra-påstående, sedan följer ett ansvars-påstående och slutligen ett kompetens-påstående.

³⁰ Parenteserna är förtydliganden från oss.

³¹ För att minimera den typen av diskussioner har vi arbetat vidare med påståendenas formulering. Mer om detta senare.

³² Med omfattande diskussioner menas här diskussioner som uppgår till 7 – 10 sidor utskrivna text. Med korta diskussioner menas här diskussioner som uppgår till 1 – 2 sidor utskrivna text.

Påstående om att göra:

Det är alldeles för många personer (personal och närstående) inblandade kring den äldre.

...

– Men det är ju många gånger olika känner jag, ibland kan man uppleva att det kanske inte behövde vara så här runt den här vårdtagaren, och ibland så tycker man att det är viktigt att vi är med allihopa.

– Så känner jag också.

...

– Det beror ju (också) på hur mycket hjälp personen har. Jag menar har du städ var 14:e dag då räcker det med en person. Men har du matdistribution då har du alltså tre helger med åtminstone ett par tre stycken turer som gör att det blir lika mycket personer som kör maten och sedan har du kvällstillsyn, du har morgontillsyn, du har nattpatrull ... För det beror alldeles på hur mycket hjälp du har.

– Nu pratar vi (väl) inte om social träning?

– Du menar ju fler folk ju mer social träning.

– Ja, precis.

– Då har vissa väldigt bra social träning.

...

Diskussionen utifrån detta påstående blev inte så omfattande och gruppdeltagarna var ganska eniga i sin uppfattning, mestadels visades kortet stämmer till stor del (blått kort), med siffran tre. Man kom fram till att detta kunde vara ett problem i det praktiska arbetet om man inte är uppmärksam på det. Något särskilt förslag till åtgärd formulerades inte av gruppen i detta exempel. Meningsutbytet kring antalet inblandade och social träning kan även få illustrera den ganska humoristiska stämning som ofta rådde.

Påstående om ansvar:

Det är ett hinder inom äldreomsorgen att vi har olika syn i ansvarsfrågor.

...

– Ja det är väl så mellan sjuksköterskan och vårdpersonalen ibland. Var går gränserna och kan sjuksköterskan verkligen delegera ner det och det när vi har så mycket annat att göra.

– Det var det jag tänkte på också då, det är ett hinder. För har man delegerat ut till någon arbetsgrupp en viss sak då tycker man att de ska fixa detta. Men så kan de ringa och säga att nu får ni komma och ta era mediciner, vi hinna inte med detta, han vägrar eller typ. Så säger man att det är ju delegerat och ni har delegation. Ja men det är ju så ibland, det blir sånt här tjafs. Är en arbetsuppgift delegerad till folket så förväntar man sig att det. (sjuksköterska)

– Då ska de inte ringa till dig egentligen. Då ska de ringa till sin chef.

– Ja precis.

– Och säga att vi inte hinna med.

– Hinna de inte så är det chefens ansvar. Det är ansvarsfrågor.

...

– Men egentligen så tycker de att de vill göra de delegerade uppgifterna men de har inte tid och det kör ihop sig.

– Det är likadant med träning som vi delegerar också, det är samma sak. (sjukgymnast)

– Och då går det ut över den som råkar tjänstgöra just då.

...

De flesta deltagarna instämde till viss del med påståendet. Diskussionerna kom i stor utsträckning att kretsa kring delegationer, främst sjuksköterskans och även rehabiliteringspersonalens möjligheter att delegera uppgifter till omvårdnadspersonal. Det tycks handla om problematik med att såväl ge som att ta emot delegation. Man kom fram till, efter en ganska omfattande

diskussion, att detta är ett problem i äldreomsorgen. Förslag till åtgärd formulerades: riktlinjer och rutiner måste formuleras, t. ex. för kontroll av läkemedelsdosetter och för signeringslistor, för utförd delegation. Det är viktigt att återkommande diskutera ansvarsfrågor och ansvarsfördelning i smågrupper, t. ex. på arbetsplatsträffar.

Påstående om kompetens:

De olika yrkesgrupperna känner inte till varandras kunskaper och kompetens.

...

– Givetvis finns det saker man inte känner till, det vore väl konstigt annars. ...

– Ja, då får du börja med att säga vad du tänker.

– Men samtidigt, rent professionellt, så borde vi verkligen känna till det här. Det är därför det är (viktigt att känna till varandras kompetens)

...

– Du tycker att vi borde?

– Vi borde veta väldigt. ex. akt eller så långt som möjligt vem som gör vad och var ansvaret ligger och var kunskaper finns i de olika frågorna. Det är ju kvalitet att kunna det.

– Det som kan vara svårt är med arbetsterapeut och sjukgymnast tycker jag ibland, (vill veta) mer var era gränser går.

– Och hur tänker du då?

– Är du medveten om rullstolar, vem är det som har rollator eller ja, så där, att det är lite (oklart), men ni hjälps ju åt också en del ibland. Ni går väl in i varandras områden lite va, gör ni inte det? Eller är det bara jag som tycker så?

– Nej, men just vad gäller de sakerna som du tog upp så har vi ju gjort en ganska klar avgränsning här så att sjukgymnasterna får ta hand om gånghjälpmedel. De provar ut rollator och gåbord och sådana saker... Men jag kan förstå att det kan vara svårt ibland.

...

Samtliga deltagare menade att detta stämmer till viss del och att bristen på kännedom om varandras kunskaper och kompetens kan vara ett problem inom äldreomsorgen. Främst kom diskussionen att kretsa kring att arbetsterapeuters och sjukgymnasters respektive ansvarsområde och kompetens ibland är okända för övriga³³.

Problem och förslag till åtgärder

Efter ett tag i diskussionen ställde gruppledaren frågan om det som diskuterats belyste ett problematiskt förhållande. Ibland enades gruppen om att så var fallet medan i andra fall det inte sågs som något problem. Ofta, men inte alltid, när problem identifierades kom gruppen fram till förslag till hur problemet skulle lösas eller hanteras där ingen klar lösning kunde identifieras. (Se mer nedan under Vilka påståenden behandlades och hur?)

Meningsutbytet i grupperna tog ibland vida svängar. De olika påståendena och inläggen kunde leda till olika associationer som i sin tur kunde leda till olika förslag. Så föranledde påståendet om att man dåligt känner varandras kunskaper och kompetens i en personalgrupp till ett förslag om att man borde prya på varandras arbetsplatser för att lära känna varandra och få stimulans. Men förslaget stannade inte inom äldreomsorgen, utan

³³ Den minnesgode läsaren erinrar sig att detta var ett framträdande resultat från enkätundersökningen.

möjligheten att praktisera borde kunna utsträckas till hela kommunens verksamhetsområde, för att ge impulser och stimulans:

...

– *Men jag är för att kommunens anställda inom äldrevarlden...och förresten hela kommunens anställda skulle på något vis kunna få vara på till exempel dagis, kanske en vecka. Tänk om dagispersonalen kanske kom till oss med nytt blod och nytt seende... Just bara för att få ändra och byta lite och få glädje, arbetsglädje.*

– *Jag tror inte heller det är fel.*

– *Jag tror, det går att röra mycket i den grytan.*

...

Erfarenhetsutbyte, delaktighet och roller

Diskussionerna kryddades oftast med exempel från egna erfarenheter. Beträffande personalgrupperna gällde exemplen främst arbetssituationer. Exempelvis beskrevs hur man formaliserat eller inte formaliserat kontakten med anhöriga vid ankomstsamtal på särskilda boenden, hur biståndsprövningen kan variera mellan olika biståndsbedömare. Beträffande äldre- och närståendegruppen gällde exemplen oftast enskilda äldre som man visste befann sig i besvärliga situationer och där man var undrande över hur hjälp skulle kunna ges. Ibland refererades i äldregruppen till egna erfarenheter:

– *Jag har ju tänkt på det här med hemhjälp. Jag har lyssnat när de varit hemma och det är ju så att med olika hjälpmedel och sådant då ska ju rehabiliteringen kontaktas. ... Jag tycker inte de har insikt riktigt i vad det handlar om när de pratar om det där, utan det är som om det vore någon sorts rivalitet mellan dem på något vis...*

– *De vet kanske mer som är där varje dag (från hemtjänsten) än de andra som kommer någon gång (sjukgymnast).*

– *Så du kan se lite revir dem emellan?*

– *Ja, jag tycker så. Så har jag upplevt det i alla fall.*

Genom att *deltagarna* inte fick passa utan förväntades visa sina kort och motivera sin uppfattning blev deltagandet högt och relativt jämt spritt

bland deltagarna. Många uttryckte såväl under träffarna som efteråt sin uppskattning av att alla fick komma till tals och framföra sina erfarenheter och uppfattningarna. Vår uppfattning är att atmosfären för det mesta var sådan att öppenhet och fritt meningsutbyte främjades. Givetvis tog det en stund innan deltagarna i gruppen lärt känna varandra och samtalen blev mer avspända.

Gruppledarna, vi från projektgruppen, utformade som vi redan antytt, rollen med variationer. Ibland framstod gruppledaren som mer aktiv och pådrivande, till exempel genom att söka driva diskussionen framåt mot probleminventering och eventuellt förslag. Till exempel genom att fråga: ... *Är ni överens om att detta är ett problem? ... Vad vill ni göra åt detta? Vad finns det för några förslag? ...* Emellanåt bidrog gruppledaren med egna exempel och inlägg, t. ex. erfarenheter från andra kommuner och forskning. Ibland var gruppledaren främst mån om att understödja deltagarna i att framträda med sina uppfattningar. Ganska vanligt var också att gruppledaren bad deltagarna utveckla och motivera sina uppfattningar. Till exempel genom understödjande kommentarer som: *Vad menar du med detta?... Kan du utveckla...?*

Även *protokollförarnas* roller varierade något utifrån hur aktivt man deltog i diskussionerna. Oftast höll protokollföraren en relativt låg profil och fokuserade på dokumentationen³⁴. Vid några tillfällen blev dock protokollförarna mer aktiva och bidrog till diskussionen utifrån egna erfarenheter. I grupperna bestående av personal var ju protokollförarna anställda inom kommunen, som utvecklare eller enhetschefer, och hade ofta kompletterande erfarenheter att bidra med på övergripande kommunnivå.

Fokus på gruppprocess eller gruppresultat

Vid en analys av samtalen kan en sorts pendling mellan två fokus skönjas i gruppernas diskussioner. Å ena sidan fanns ett fokus kring gruppens *process*. Tyngdpunkten låg då på diskussionen, eller samtalet i sig, hur den utvecklades, hur inläggen kom och fördelades mellan deltagarna och en fokusering

³⁴ Vilket de också hade uppmanats till i de instruktioner som utformats.

var på att lära av och lyssna på varandra i en dialog hur diskussionen fördes. Gruppledaren såg där till att främst lyfta fram samtliga deltagares synpunkter, understödja deltagarna i att motivera och utveckla sina uppfattningar samt understödde och bekräftade med korta inlägg. Vid sådana tillfällen kunde ibland resonemangen bli ganska löst knutna till det inledande påståendet.

Å andra sidan fanns ibland ett fokus kring gruppens *resultat*. Fokus låg här mer på sakfrågorna på vad som tas upp och vad man kom fram till. Här var man ivrigare i att stämma av om problem förelåg och att komma fram till förslag till åtgärd. Gruppledaren var här mer aktiv och påskyndade ibland diskussionen och försökte få gruppen att komma fram till problemdefinitioner och eventuella åtgärdsförslag.

Vilka påståenden behandlades och hur?

En mindre del av de påståenden som stod till buds hann behandlas. Detta berodde på att påståendena som regel gav upphov till ganska omfattande diskussioner. Här ska återges några centrala mönster i hur påståendena behandlades och hur variationerna såg ut. Följande tabell visar nummer på de påståenden som behandlades under respektive område, hur deltagarnas uppfattning fördelade sig, huruvida grupperna uppfattade att påståenden och diskussionen pekade på ett problem, om handlingsplan/åtgärd formulerades samt antal grupper som diskuterade påståendet.

Tabell 18: Sammanställning av uppfattningar, problem, handlingsplaner utifrån de påståenden som grupperna behandlade

Göra							
Påstående nr ³⁵	Deltagarnas uppfattning huruvida påståendet stämmer				Problem, antal grupper	Handlingsplan, antal grupper	Antal grupper som diskuterat påståendet
	inte	till viss del	till stor del	helt			
1	1	15	11	2	2	2	5
2	0	6	6	17	0	0	5
3	0	6	10	7	1	1	4
4	9	8	3	9	4	4	5
5	2	19	3	0	2	2	4
6	2	18	7	1	4	4	5
7	5	8	6	10	3	1	4
8	3	21	4	1	0	1	4
9	2	16	4	2	0	0	3
10	2	7	4	1	2	0	2

³⁵ Påståendena finns i bilaga 4. I bilaga 5 finns en förteckning över de olika problem och handlingsplaner/åtgärdsförslag som grupperna dokumenterade.

Tabell 18: Sammanställning av uppfattningar, problem, handlingsplaner utifrån de påståenden som grupperna behandlade (forts.)

Ansvar							
Påstående nr	Deltagarnas uppfattning huruvida påståendet stämmer				Problem, antal grupper	Handlingsplan, antal grupper	Antal grupper som diskuterat påståendet
	inte	till viss del	till stor del	helt			
1	2	21	5	0	2	2	5
2	11	5	3	1	0	0	4
3	2	3	8	8	2	2	4
4	0	0	9	19	1	1	5
5	0	6	9	6	1	1	4
6	6	8	9	5	0	0	5
7	3	16	9	0	4	4	5
8	1	15	4	1	2	1	4
9	1	4	5	11	0	0	4
10	1	3	9	0	3	3	3
11	0	6	2	0	1	1	2
12	1	5	2	0	0	0	1
13	0	3	5	0	0	0	1
14	1	6	1	0	0	0	1
15	0	4	3	1	0	0	1
16	0	0	0	8	0	0	1

Kompetens							
Påstående nr	Deltagarnas uppfattning huruvida påståendet stämmer				Problem, antal grupper	Handlingsplan, antal grupper	Antal grupper som diskuterat påståendet
	inte	till viss del	till stor del	helt			
1	4	27	2	0	3	3	5
2	1	15	6	0	1	0	4
3	9	4	7	7	1	1	4
4	2	14	5	9	0	0	3
5	4	9	5	1	1	2	3
6	5	7	1	0	0	0	2
7	1	8	2	2	0	0	2
8	1	3	3	0	0	0	1
9	0	7	0	0	0	0	1
10	5	2	0	0	0	0	1

Som tidigare beskrivits fanns en fast struktur för i vilken ordning och hur påståendena skulle behandlas. Detta innebar följaktligen att påståenden i början av pärmen – under såväl göra, ansvar som kompetens – kom att behandlas av flest antal grupper. Mest samlat är behandlandet av göra-påståendena. Här behandlades de tio första påståendena i pärmen. Grupperna var väl samlade i vilka påståenden som behandlades, vilket kan illustreras med att även de två sista påståendena behandlades av tre respektive två grupper. För ansvars-påståendena gäller att ett större antal påståenden behandlades, totalt 16 stycken. Tio kompetens-påståenden hann behandlas. Bilden är för ansvars- och kompetenspåståenden mer splittrad mellan vilka påståenden som behandlades i de olika grupperna, vilket visar sig genom att enbart en grupp behandlade de sista fem respektive tre påståendena inom respektive område. Varför blev det så olika antal påståenden som behandlades inom respektive område? En förklaring är att en del av första mötet gick åt till introduktion och presentation av deltagarna liksom att en del av sista mötet gick åt till att utvärdera arbetsmodellen. Möjligen kan det också vara så att gruppledarna i början i större utsträckning kände sig bundna av att följa manualen.

Oftast förelåg skilda uppfattningar bland deltagarna om de olika påståendena. Mest frekvent instämde i att påståendet stämmer till viss del. Därefter följer att påståendet stämmer till stor del. Således framträder en tendens att placera sig mot mitten. Detta kan tolkas som att man ville uttrycka sin uppfattning nyanserat, vilket ofta underströks i den följande motiveringsrundan efter att korten visats. Men stora variationer mellan de olika påståendena fanns som framgår.

Som exempel på ett påstående där deltagarna i de olika grupperna överlag var tämligen eniga kan tas påstående nummer 2 under göra – i hjälpsituationer görs sällan skillnad på män och kvinnor . Här menade 17 av de 29 som i de fem grupperna redovisade sin uppfattning att påståendet stämmer helt. Diskussionen blev också ganska kortfattad i samtliga grupper. Ingen av grupperna menade att detta var något problem och följaktligen formulerades heller ingen handlingsplan³⁶.

Grovt sett gäller att ju mer delade gruppdeltagarna var i sin uppfattning desto oftare uppfattades att problem förelåg. Oftast, men inte alltid, ledde ett identifierat problem till att förslag formulerades. Som exempel här kan ges påstående 4 under göra: Det är oklart vem som skall hjälpa den äldre med träning, som behandlades av samtliga grupper. Här var deltagarnas uppfattning delad från att *påståendet stämmer helt*, nio personer, till *stämmer inte alls*, också nio personer. Här menade fyra grupper att detta var ett problem och dessa fyra grupper formulerade förslag till åtgärder.

Diskussionerna och probleminentifieringarna ledde till att ett ganska stort antal handlingsplaner formulerades: Utifrån göra-påståendena formulerades 15 förslag till handlingsplaner, utifrån ansvars-påståendena formulerades 15 förslag samt utifrån kompetens-påståendena formulerades sex (eventuellt sju) förslag. Förslaget till handling/åtgärder var tämligen varierande innehållsmässigt: Från mer allmänna formuleringar om att skapa större nätverkskontakter till mer avgränsade och tydliga formuleringar om utarbeta information om vad vi gör och inte gör (på det särskilda boendet) som tas upp vid ankomstsamtal. Gemensamt för de olika förslagen är att de är kortfattade i omfattning, oftast på tre till fem rader text. En förklaring till det kan givetvis vara att i det förslag till protokollsutformning som varje grupp fick var endast ett relativt litet utrymme var avdelat för handlingsplan/åtgärd att genomföra.³⁷

³⁶ I kapitel 3 har vi redovisat att det från enkäten inte gick att urskilja att Klara och Kalle skulle få olika behandling.

³⁷ En förteckning över vilka handlingsplaner/åtgärdsförslag som gjordes utifrån samtalen kring de olika påståendena finns i bilaga 5.

Deltagarnas uppfattning om modellen

Hur fungerade arbetsmodellen? Vilka erfarenheter kan redovisas och värderas? För att få underlag för en samlad utvärdering av modellen fick deltagarna vid den tredje och avslutande träffen fylla i ett utvärderingsforumlär uppbyggt kring påståenden om modellen och försöket. Totalt besvarade 33 deltagare från de fem grupperna enkäten³⁸. Här sammanfattas de huvudsakliga resultaten.

Arbetsmodellens utformning: Majoriteten av de svarande menade att arbetsmodellen är bra utformad. De flesta menade att uppläggningsen med påståenden och svars-/åsiktskort är ett bra sätt att starta en diskussion liksom i att ha påståenden i en blädderbar pärm är bra. Även några kritiska synpunkter framkom om påståendena, att det ibland varit svårt att förstå innebörden i dem. De svarande instämde i att det är bra att det finns en utsedd protokollförare som för anteckningar. Att låta gruppen ta fram åtgärdsförslag/handlingsplaner är ett bra inslag i modellen. Gruppstorleken ansågs också bra liksom uppläggningsen med att behandla olika teman/områden (göra, ansvar, kompetens) vid de olika träffarna. I betydligt mindre utsträckning menade man att det behöver vara en extern gruppleddare. Detta kan tolkas positivt utifrån projektgruppens tankar om att söka vidareutveckla arbetsmodellen så att den, med viss information, kan användas utan extern medverkan. Omfattningen med tre träffar menade man varit lagom. Men synpunkter framkom om att det möjligen varit bättre med lite kortare träffar och ytterligare en träff. Deltagarna i grupperna sammansatta av personal menade att den tvärprofessionella sammansättningen varit värdefull med representanter från olika yrkesgrupper.

³⁸ Utformningen av enkäten hade således likheter med arbetsmaterialet. I enkäten gjordes påståenden utifrån ett antal aspekter på arbetsmodellen. Deltagarna hade att ta ställning till i vilken grad man instämde i påståendet: Helt, till stor del, till viss del eller inte alls. En sammanställning av svaren i tabellform med de kommentarer som gjordes återfinns i bilaga 6.

Modellen som kompetenshöjande insats: De flesta menade att man fått nya kunskaper, ökad kunskap om olika yrkesgrupper, förändrad syn på äldres och närståendes roll inom äldreomsorgen. Träffarna hade också gett värdefull erfarenhet av att reflektera över sitt eget arbete. Däremot hade det som tagits upp i gruppen inte i någon större omfattning lett till fortsatta diskussioner på arbetsplatsen. I en kommentar kopplades detta till tidsbrist: Det är svårt att få arbetskamraterna intresserade, när ska man hinna diskutera. Huruvida deltagandet i grupperna lett till kompetenshöjning var man således mer avvaktande till.

Deltagarnas delaktighet: Majoriteten menade att delaktigheten varit hög i samtalen vid träffarna. De flesta instämde till fullo i att man kunnat framföra sin uppfattning, känt sig delaktiga liksom man uppfattat att övriga deltagare varit delaktiga. Flera kommenterade att modellen är lätt att ta till sig och använda. Alla kan komma till tals! Alla vågar prata om allt. Instämmandet är dock något lägre i om träffarna lett fram till synpunkter och förslag som man står bakom.

Kan modellen rekommenderas? Samtliga 32 som svarat på den frågan menade att modellen lämpar sig väl för utvecklingsarbete inom äldreomsorgen och nästan lika många, 31 personer, menade att arbetsmodellen i sin helhet varit bra. Den är ett bra sätt för diskussioner inom och mellan grupper kring värderingar, synsätt och förhållningssätt. 23 personer svarade i att man gärna skulle använda sig av modellen igen. Tolv personer svarade ja på frågan om att kunna tänka sig vara ledare i en sådan här grupp. Flera förslag på sammanhang där modellen kan användas framkom såsom arbetsplatsträffar, studiecirklar, konferenser om äldrefrågor, anhörigträffar, vid förändringsarbete, personalutvecklingsgrupper, i pensionärsorganisationer och pensionärsråd, vid utbildningsdagar.

Deltagarnas värdering kan kort sammanfattas som att modellen uppskattas i flera avseenden. Uppbyggnaden med påståenden och svarskort och hur arbetet enligt modellen ska gå till är mycket bra. Särskilt bör noteras att många menar att det mycket väl går att använda modellen i många sammanhang och utan extern ledare. Flera uttrycker även att de kan tänka sig vara gruppledare.

Efter att alla grupper avslutat sitt arbete inbjöds de till ett gemensamt

återföringsmöte för att *dels* återföra till ansvariga chefer vad man diskuterat och kommit fram till och *dels* för att gemensamt dryfta erfarenheter från arbetet i grupperna.

Avsikten var att närmaste ansvarig chef skulle vara närvarande och ge feedback på eventuella förslag. Tyvärr var inte samtliga gruppers chefer representerade. Vårt intryck är att förslagen mottogs väl, men det har legat utanför projektets uppgift att följa upp förslagens vidare öden i de olika kommunerna och kommundelarna.

Sammanfattande slutsatser

En modell för kompetensökning genom samtal i grupper har således med framgång prövats i fem olika grupper. Modellen har visat sig vara användbar i grupper sammansatta av flera yrkeskategorier inom äldreomsorgen. Även i gruppen med äldre och närstående fungerade modellen väl, med de modifieringar som gjordes. Många deltagare uttryckte entusiasm, särskilt beträffande modellens demokratiska drag; den är ett sätt att säkerställa att alla i gruppen kommer till tals och får framföra sina uppfattningar.

Deltagarnas erfarenheter visar att arbetssättet kan bidra till ökad förståelse mellan olika yrkesgrupper, vilket man menar är viktigt. I viss mån bidrar deltagande i grupperna till ökade kunskaper. Främst betonar deltagarna att man fått ökad förståelse för olika aktörer och yrkesgrupper inom äldreomsorgen. Dock ska noteras att ingen grupp bestod av både äldre/närstående och personal, vilket vore intressant att pröva.

Många av de påståenden som utvecklats ur projektets empiri fungerade väl som startpunkter för diskussioner och meningsutbyten. Men det framkom även behov av att utveckla och förfina formuleringar. Enbart ett mindre antal av de påståenden som utarbetats hann behandlas. I många fall framkom förslag för att åtgärda problem som grupperna identifierade.

Den arbetsmodell som användes gav en relativt fast struktur för träffarna och diskussionen. Dock framkom att arbetssättet kunde variera beroende på olika gruppledare och på påståenden som behandlades. Ibland kom fokus att ligga på process, på själva meningsutbytet, och där gruppledaren ofta främst bidrog genom att söka underlätta för deltagarna att utveckla sin uppfattning. Ibland kom fokus att ligga på att söka nå fram

till ett resultat i gruppen, och där gruppledaren ofta var mer aktiv i att söka leda fram gruppen mot att identifiera eventuellt problem och komma med förslag till åtgärder.

Arbetsmodellen har prövats i några situationer och i ett relativt litet antal grupper. Från gruppdeltagarna har framkommit förslag på sammanhang där modellen skulle kunna användas. Arbetssättet framstår som såpass enkelt att det efter viss introduktion och med stöd av manual kan användas utan extern ledare.

I projektet låg betoningen främst på att pröva modellen, om det är en möjlig form för kompetensutveckling. I mindre grad har fokus legat på innehållet i diskussioner och på förslagen, dokumenterade i åtgärds-/handlingsplaner vad som kommit fram ur gruppernas arbeten. För framtida användning av modellen framstår det som viktigt att skapa former för att förankra och återföra vad som framkommer i de aktuella verksamheterna.

Utbildningsmaterial ”Hjälp på gamla dar – samtal i grupp”

Utifrån erfarenheterna från prövningen av materialet i grupperna utvecklades under hösten 2004 utbildningsmaterialet ”Hjälp på gamla dar – samtal i grupp”.

Syftet i detta andra steg av interventionsstudien var att utveckla material och metod för att enkelt vara användbart till olika grupper med intresse av hjälpen till äldre; antingen som informella eller formella hjälpare eller att som äldre vara mottagare av hjälp.

Utveckling av material och metod

Påståendena var, utifrån erfarenheter från interventionsstudien, det som var i störst behov av utveckling. Dessa genomgick en förändring i tre moment:

- Prövning inklusive viss omformulering och gallring.
- Sortering.
- Design.

Prövningen innebar att påståendena prövades, omformulerades och gall-

rades utifrån sex olika kriterier som projektgruppen satt upp. Påståendena skulle:

- bygga på resultat från de första studierna, dvs vara *empiri-grundade*.
- vara *tydligt formulerade* för att undvika att diskussionen kretsar kring vad som menas med påståendet.
- vid testet ha visat på att deltagarna hade *olika uppfattningar*.
- ha givit *upphov till dialog* bland deltagarna.
- ha bedömts ge *uttryck för problem* samt
- ha lett till formulering av *åtgärdsförslag/plan*.

Det var inte möjligt att gallra alla påståenden utifrån alla kriterier då de inte använts i prov/testgrupperna. Beträffande de ”göra”-påståenden som testades var det tio påståenden som testades av minst en grupp och har därmed kunnat stämmas av mot samtliga kriterier. För ”ansvar” respektive ”kompetens” var motsvarande siffra 16 respektive tio påståenden. Övriga påståenden har således enbart prövats, omformulerats och utvecklats utifrån att de är empirigrundade och entydigt formulerade.

Sorteringen av kvarstående påståenden genomfördes utifrån erfarenheter från prov/testgrupperna. Erfarenheterna visade att grupperingen av påståenden utifrån tema (göra, ansvar och kompetens) var användbar och behölls. Inom respektive tema genomfördes en sortering så att påståenden med olika inriktning av hjälp (omsorg, rehabilitering och vård) varvades. Detta för att grupperna i sina diskussioner ska komma in på de olika inriktningar av hjälp till äldre som förekommer. Påståenden vilka ansågs mer lämpliga (utifrån projektgruppens bedömning) för äldre och närstående att diskutera märktes och placerades främst.

Antalet *påståenden* i det slutliga materialet blev 46 stycken fördelade enligt följande; *göra* 17 stycken, *ansvar* 17 stycken samt *kompetens* 12 stycken. Antalet som ansågs mer lämpliga för äldre och närstående och därmed märkta Å/N är; *göra* 15 stycken, *ansvar* 13 stycken samt *kompetens* 5 stycken. Respektive påstående skrevs ut med svart text i teckenstorlek 40.

Manualen som användes till test/provgrupperna delades nu upp i två delar:

- informationsblad om bakgrunden, användningsområde och syftet med metoden.
- studiehandledning med syfte att beskriva vad som ingår i metoden och hur metoden ska genomföras.

Dessa bearbetades till form och innehåll med målet att ge tydlig information och instruktion om och till metoden.

Informationsbladet om bakgrunden skapades dels för att ge en bakgrund till metoden dels för att intresserade snabbt ska få en idé om vad metoden innebär, hur den kan användas och spegla erfarenheter av att använda den. Det ansågs dessutom viktigt att separera detta från studiehandledningen för att denna i sin tur skulle bli tydlig.

Studiehandledningen arbetades fram utifrån manualen som använts i test/provgrupperna. All bakgrundsinformation plockades bort. Utvärderingar och erfarenheter från testgrupperna medförde vissa tillägg och justeringar. Ett tillägg i studiehandledningen blev frågor som man bör ta ställning till innan man beslutar sig för att använda metoden. Dessutom gjordes ett tillägg med önskemål om att de som använder metoden delger ÄldreVäst Sjuhärad oidentifierade utvärderingar och protokoll. Detta för möjlighet till fortsatt utvärdering och utveckling av metod samt sammanställning av problem, idéer och åtgärder som framkommer.

Antalet sammankomster som rekommenderas ökades (från tre till fyra) samtidigt som tiden vid respektive sammankomst minskades från tre till två timmar. Tema *göra* var det område som gav upphov till mest diskussion och förslag medan *kompetens* varken hade lika många påståenden med empirisk grund eller gav upphov till samma diskussion eller frekvens av förslag. Detta innebar att *göra* ges större utrymme än *ansvar* och *kompetens* minst utrymme i förslag till innehållsplanering.

Protokollformuläret uppskattades som enkelt och tydligt. Justeringar genomfördes för att höja säkerheten så att användare fyller i det likadant. Detta genom att information om hur det ska fyllas i fördes in på protokollet.

Utvärderingsformuläret med påståenden som använts i interventionsstudien fungerade bra för studien. Dock ansåg projektgruppen att det var för omfattande för att anses lämpligt att använda till arbetsmetoden. Utifrån detta skapades ett kortare utvärderingsformulär. Vissa påståenden togs bort och de påståenden som behölls fick inte ta mer utrymme än att de fick plats på ett blad (fram och baksida). Formatet ändrades från stående till liggande. För att få plats ändrades även svarsskalan från text till siffror. Plats för kommentarer behölls. Förtydliganden om hur formuläret fylls i fördes in på formuläret.

Tanken är att protokoll och utvärderingsformulär skall sammanställas och oidentifieras för att därefter sändas till ÄldreVäst Sjuhärad. Detta för att ge möjlighet till fortsatt utvärdering av material och metod. Samtidigt erhålls möjlighet till en bredare sammanställning av de uppfattningar, problemområden och förslag på åtgärder om hjälp till de äldre som olika grupper tar fram.

Åsiktskorten som arbetsmaterial uppskattades av deltagarna i interventionsstudien. Utifrån kontakter med SISU idrottsböcker valde vi att även fortsättningsvis använda deras åsiktskort.

Ett utbildningsmaterial för utveckling av kompetens och samverkan

Material- och metodutvecklingen resulterade i det slutgiltiga utbildningsmaterialet *"Hjälp på gamla dar – samtal i grupp"*. Materialet samlades i en pärm³⁹ innehållande:

- Informationsblad om bakgrunden.
- Studiehandedning.
- Påståenden utifrån teman; göra, ansvar och kompetens.
- Åsiktskort.
- Protokoll.
- Utvärderingsformulär.

³⁹ Pärmen med materialet *"Hjälp på gamla dar – samtal i grupp"*- samtal i grupp kan beställas från ÄldreVäst Sjuhärad.

Metoden och materialet är som sagt tänkt att användas för kompetensutveckling inom äldreomsorgen med fokus på att utveckla samverkan. Den är tänkt att användas av grupper med olika sammansättningar ex personal alternativt äldre och/eller närstående. Den kan även användas av grupper bestående av såväl personal som äldre och närstående.

Utbildningsmaterialet erbjuds nu till samtliga ÄldreVäst Sjuhärads kommuner/kommundelar att låna kostnadsfritt medan andra kan köpa det. Tills nu har 20 parmar färdigställts med materialet, men utifrån efterfrågan kommer sannolikt fler parmar att göras i ordning. Vår förhoppning är att detta material ska komma till användning såväl ute i äldreomsorgsverksamheter som bland äldre och närstående och skapa goda samtal och diskussioner. Allt för att skapa en ännu bättre fungerande hjälp till de gamla, däribland Kalle och Klara vilka följt med oss på vår resa genom detta projekt.

KAPITEL 6. HJÄLPEN, HJÄLPARNA OCH DE ÄLDRE

Äldreomsorgen är, som inledningsvis beskrivits i rapporten, en komplex verksamhet. Arbetet regleras av olika lagstiftningar, främst Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Personalen har olika utbildningsbakgrund och är bärare av olika yrkestraditioner och kunskapsbaser. Till detta kommer att resurstilldelningen varierar mellan olika typer av äldreomsorgsverksamheter och mellan Sveriges kommuner. De äldre som behöver hjälp har ofta stora och komplexa behov av skiftande karaktär och de som hjälper är vanligtvis både anhöriga och offentligt anställda, det vill säga både informella och formella hjälpare. Att olika uppfattningar kan råda om vem som skall utföra hjälpen, vem som är bäst skickad att ge hjälpen samt vem som bör ha ansvaret för att hjälpen ges är sålunda inte att förvåna. Resultaten i vår studie pekar på att det i vissa situationer råder likartade uppfattningar mellan de informella och formella hjälparna men att det i andra situationer råder olikartade uppfattningar. Detta gäller också mellan de olika yrkesgrupperna som finns representerade inom den formella hjälpen.

Närmast kommer vi att kort diskutera vårt tillvägagångssätt i studien. I huvuddelen av detta avslutande kapitel kommer vi sedan att, utifrån ett arbetsorganisatoriskt perspektiv, sammanfatta och diskutera de huvudsakliga resultaten om *vari hjälpen består* och hur *arbetsuppgifterna fördelas* mellan de olika hjälparna. Vi kommer också att redogöra för hjälparnas uppfattning om vem som bör ha *ansvar* för att arbetet blir utfört samt för den *kompetens* som krävs för att arbetet skall bli utfört på ett bra sätt.

Ett forsknings- och utvecklingsprojekt

Den studie som här redovisats utifrån dess olika steg har varit ett projekt inom ÄldreVäst Sjuhärad – en FoU-enhet inom äldreområdet. I arbetet har vi med vetenskapliga metoder sökt bidra till kunskapsutveckling inom området. Vi har också sökt bidra till utveckling genom den pedagogiska modell som prövats och som sedan utvecklades till utbildningsmaterialet ”*Hjälp på gamla dar – samtal i grupp*”. Projektet har således beskrivit en rörelse från F(orskning) mot U(utvecklingsarbete).

Vårt tillvägagångssätt har inneburit en strävan efter komplementa-

ritet genom att kombinera olika metoder. Projektet har bedrivits i flera steg som byggt på varandra: Genom observationer har vi beskrivit vilken hjälp som faktiskt ges till äldre med omfattande behov av hjälp för att de skall klara vardagen. Genom enkäter, uppbyggda kring vinjetter om fiktiva personer, har vi undersökt vilka uppfattningar som finns hos olika aktörer vad gäller hjälpens utförande (*göra*), *ansvaret* för att hjälpen erhålls samt ansvaret för att den som utför hjälpen har rätt *kompetens*. I tredje steget, interventionen, har vi prövat ett ur empirin utvecklat arbetsmaterial på olika grupper inom äldreomsorgen, representerande formella och informella hjälpare. På detta sätt har vi successivt använt den rikliga empiri som uppläggnings genererat. Vi hävdar att denna uppläggning har varit lyckosam samt innovativ för ett projekt som söker kombinera forskning och utveckling.

Hjälpen

Vilken hjälp ges till äldre i hemmet?

Den hjälp som ges till äldre i hemmet handlar i stor utsträckning om att bistå för att vardagen ska blir så bra som möjligt. Det handlar om hjälp vid påklädning, toalettbesök, hjälp med hygien, inköp, medicinering samt att få hjälp med att flytta sig när man inte klarar det själv. Dessa arbetsuppgifter har vi benämnt *bashjälp*. Bashjälp innebär förutom dessa praktiska uppgifter också social samvaro och den interaktion som sker mellan den som ger hjälpen och de äldre som får hjälp. Grunden för de arbetsuppgifter/insatser som utförs inom äldreomsorgen har en omsorgskaraktär men också en vård- och en rehabiliterande karaktär då de äldres sjukdomsbild ofta är komplex och kronisk. Syftet är att äldre med omfattande behov av hjälp skall få en så bra och meningsfull vardag som möjligt.

Hjälpen som ges regleras således både av Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. För de äldre med omfattande och sammansatta behov är det troligen inte så viktig vilken lag som styr den hjälp de behöver eller om det är SoL-insatser eller HSL-insatser. Vad som är det ena respektive den andra insatsen är svårt att urskilja för den enskilde äldre. Men för de olika yrkesgrupperna som arbetar inom äldreomsorgen är gränsdragningen

mellan de lagligt reglerade och arbetsorganisatorisk uppdelade insatserna centrala. I andra undersökningar som gjorts (Socialstyrelsen 2001, Hansson och Engström 2005) har man funnit att tidsmässigt dominerar insatser som utförs med stöd av SoL.

Hjälparna

Vilka är det som hjälper?

Vi har som framgått gjort åtskillnad mellan *formella* och *informella* hjälpare. Detta för att tydliggöra att dessa grupper tillsammans utför arbetsuppgifter inom äldreomsorgen. Genom att inkludera de informella hjälparna i äldreomsorgens arbetsorganisationen blir deras arbetsuppgifter och hur ansvaret mellan dem och de formella hjälparna fördelas synliga.

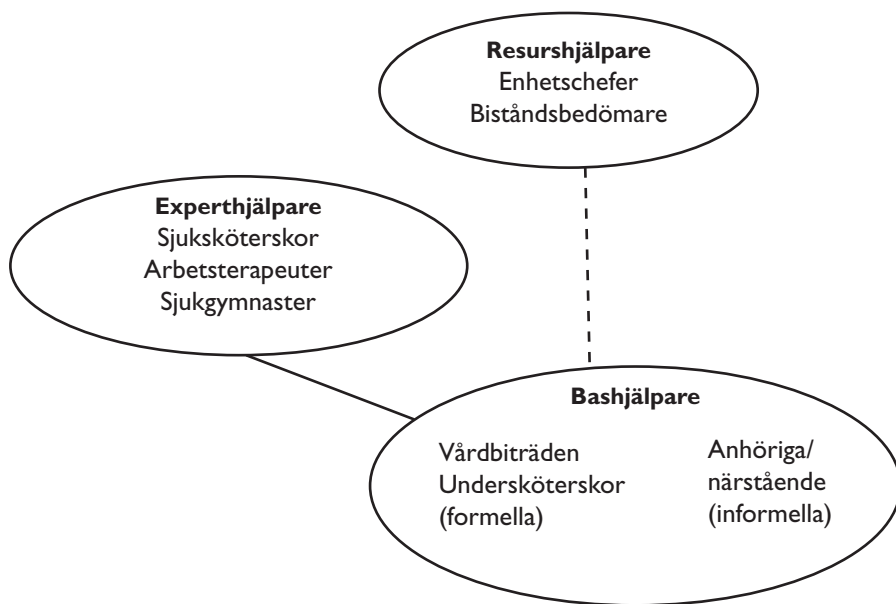
Den hjälp som ges av de formella hjälparna har vi kategoriserat i vård, omsorg och rehabilitering. En indelning som överensstämmer med de vanligast förekommande yrkesgrupperna inom äldreomsorgen. Den personal som utför det praktiska vård-, omsorgs- och rehabiliteringsarbetet är vanligtvis undersköterskor och vårdbiträden. Tillsammans med anhöriga och närstående utför de den vardagliga bashjälpen i de äldres boende. Följdriktigt benämner vi som tidigare framkommit dessa grupper för *bashjälpare*.

Under observationerna förekom att endast en av *experthjälpare* sjukgymnast sporadiskt deltog i det praktiska arbetet. Resurshjälparna syntes inte till under observationsperioden. Utifrån våra data är alltså bashjälpare mest synliga för de äldre bland de formella hjälparna. Experthjälparna finns främst i bakgrunden som ansvarshavare för hjälpen. Sjuksköterskorna förväntas till exempel utföra en del av det praktiska vårdarbetet men i huvudsak delegeras medicinska arbetsuppgifter till bashjälparna. Även arbetsterapeuter och sjukgymnaster förväntas utföra vissa praktiska insatser även om bashjälparna utför större delen av arbetsuppgifterna av rehabiliterande och tränande karaktär. *Resurshjälparna* arbetar på delegation av den politiska nämnden och deras beslut, enligt socialtjänstlagen, blir uppdrag att verkställas av bashjälparna. *Sett utifrån de äldres perspektiv kan bashjälparna karaktäriseras som "synliga", experthjälparna som "delvis synliga" och resurshjälparna som "osynliga"*.

Anhöriga och närstående förväntas även de utföra viss praktisk hjälp i hemmet till de äldre, exempelvis att utföra ärenden utanför hemmet, följa med till läkare och liknande. De är *informella hjälpare* som kompletterar den formella hjälpen med arbetsuppgifter som kan sätta lite guldkant på tillvaron för de äldre. Anhörigas omfattande insatser, som är väl dokumenterad (t. ex. Johansson 1991, Szebehely 2000, Socialstyrelsen 2004) framgår inte så väl i våra data. Detta beror sannolikt på att studiens avgränsning och på att urvalet var äldre med omfattande hjälpbehov och omfattande insatser från äldreomsorgen.

Hur ser fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar ut mellan olika yrkesgrupper, de äldre och deras närstående?

Nedanstående figur visar hur arbetsuppgifter fördelas mellan olika formella och informella hjälpare samt hjälparens fysiska avstånd i de faktiska hjälpsituationerna. Bashjälparna befinner sig således närmast de äldres i deras vardag och resurshjälparna längst bort. Den heldragna linjen visar på en viss grad av fysisk närvaro i de äldres vardag och den streckade linjen en svagare grad av fysisk närvaro.



Figur 20. Bashjälparnas relation till expert- och resurshjälparna.

Den konkreta hjälpen i de äldres vardag utförs alltså av bashjälpare, och här räknar vi in både formella och informella. De formella hjälparna styrs av SoL och HSL medan de informella hjälparnas mandat utgår från en moralisk grund, att hjälpa sin nästa. För att hjälpen till de äldre ska fungera väl behövs stöd till bashjälparna och de äldre och deras anhöriga av såväl experthjälpare som resurshjälpare. Vår diskussion koncentreras fortsättningsvis på de formella hjälparna och deras inbördes relationer.

De experter som bashjälparna har mest kontakt med är sjuksköterskorna. En anledning är att denna yrkesgrupp till antalet är flest bland experthjälparna. En annan anledning är den omfattande reglering som finns av medicinska uppgifter, där sjuksköterskorna är de självklara experterna och ansvarshavarna. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna är färre till antalet och kan därför uppfattas som mer frånvarande ur bashjälparnas perspektiv. Även arbets- och ansvarsfördelningen mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster framstår som något oklar sett utifrån bashjälparna synvinkel. Ansvarsfördelningen mellan enhetschefer och sjuksköterskor förefaller

inte heller helt självklar, sett utifrån bashjälparna. Dessa tillskriver oftare sjuksköterskan mer ansvar för arbetsuppgifter av omsorgskaraktär än vad resurshjälparna gör, resurshjälparna som oftast har en social omsorgsutbildning och har ansvar för arbetsuppgifter av omsorgskaraktär.

På längst fysiskt, och troligen också upplevt, avstånd från de äldre och bashjälparna befinner sig således resurshjälparna, biståndsbedömarna och enhetscheferna. Ofta befinner de sig på kontoret, upptagna med administrativa arbetsuppgifter.

Avsaknaden av linje mellan resurs- och experthjälpare indikerar att vi funnit att samordningen dem emellan är bristfällig. Detta kan leda till att bashjälparna tvingas prioritera mellan olika arbetsuppgifter mer än vad som är önskvärt. Det kan leda till prioriteringar av konkreta och praktiska uppgifter på ett sätt som inte alltid är det bästa för de äldre.

Finns likheter och skillnader i uppfattningar om hur arbetsuppgifter och ansvar bör fördelas mellan olika yrkesgrupper, de äldre och deras närstående?

I många fall råder enighet bland hjälparna om hur arbetsuppgifter och ansvar bör fördelas. Några skilda uppfattningar förtjänar dock att lyftas fram. De formella hjälparna har generellt högre förväntningar på att de informella hjälparna ska hjälpa till med praktiskt arbetsuppgifter i hemmet än vad de äldre och deras närstående själva har. Det råder också oklarheter främst bland bashjälparna om hur ansvaret för arbetsuppgifterna skall fördelas mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Såväl de formella som de informella hjälparna anser att frivilliga personer bära komplettera hjälpen, exempelvis kan de hjälpa de äldre med att gå ut och åka på kultur- och nöjesarrangemang. Det finns dock en viss skillnad inom de formella hjälparna där bashjälparna anser detta i mindre grad. En rädsla för att det egna arbetets innehåll i så fall riskerar att utarmas kan möjligen förklara detta eller att arbetstillfällena skulle kunna försvinna.

När vi undersökte hur arbetsuppgifterna skulle fördelas utifrån om dessa var av vård, omsorgs eller rehabiliterande karaktär var uppfattning-

arna enhetliga och tydliga vad gäller ansvar och kompetens för medicinska arbetsuppgifter. Sjuksköterskan är den självklara ansvarsinnehavaren som även har ansvar för att den som utför hjälpen har god kompetens. För rehabiliterande arbetsuppgifter finns inte alls samma överensstämmelse om vem som skulle utföra arbetsuppgifter, vem som skall ha ansvar för att dessa blir utförda och att den som utförde arbetsuppgiften hade rätt kompetens. Även här framstår uppdelningen mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster som oklar.

Utförandet av arbetsuppgifter av omsorgskaraktär är entydigt uppgifter för bashjälpare (ibland tillsammans med närstående). Ett viktigt resultat är dock att det inte fanns någon självklar uppfattning om vilken yrkesgrupp som bör ha ansvaret för att dessa arbetsuppgifterna blir utförda, inte heller för att ansvaret för att de som utför omsorgsinsatser har rätt kompetens.

De äldres eget ansvar är inte så framträdande i vårt material. Olika uppfattningar framskyntar bland de olika yrkesgrupperna. Bland experthjälparna betonar arbetsterapeuter och sjukgymnaster de äldres ansvar i högre grad än vad sjuksköterskor gör. Olika utbildnings- och yrkeskulturer kan tänkas förklara dessa skillnader. De rehabiliteringsinriktade experthjälparna kan tänkas betona den äldres eget ansvar som centralt för att rehabiliteringen ska lyckas medan sjuksköterskorna kan tänkas betona det omvårdande perspektivet i högre grad.

I flera sammanhang har framförts att skillnader görs mellan kvinnor och män inom äldreomsorgen. Det har framförts att män tycks ha lättare att er hålla äldreomsorg (t. ex. Szebehely 2000). Dock har i mindre utsträckning klarlagts om skillnader görs mellan män och kvinnor i hjälpsituationer. Våra resultat tyder inte på att det görs några större skillnader mellan män och kvinnor i dessa situationer. Vi ska dock här reservera oss för att våra data inte är särskilt djupgående då vi inte ställt konkreta frågor kring detta. Närmare studier behöver därför genomföras.

Vem bör ansvara för att de som ger hjälpen har rätt kompetens?

Även i denna fråga skiljer sig uppfattningarna åt. Som resurshjälpare har enhetschefen ett generellt ansvar för att all personalen som finns inom hennes verksamhetsområde har god kompetens. Samtidigt har experthjälparna

ansvar för att bashjälparna har rätt kompetens för de arbetsuppgifter de delegerar till dem. Sjuksköterskan har ansvar för de medicinska uppgifter, arbetsterapeuter och sjukgymnaster för rehabiliterande arbetsuppgifter samt för träning av olika slag. Anmärkningsvärt är att baspersonalen i betydligt högre utsträckning än övrig lyfter fram sjuksköterskan som ansvarig för kompetens, även i arbetsuppgifter som inte är medicinska. Troligen uppfattas sjuksköterskan av baspersonalen som en mer närvarande och synlig naturlig arbetsledare inom äldreården än vad den osynliga enhetschefen gör.

Det kan här också vara värt att påpeka enhetschefens samlade ansvar för att bashjälparna inte tilldelas fler arbetsuppgifter än vad deras arbetssituation medger. Under samtalen i grupp (kapitel 3) framkom att bashjälparna av och till blev överbelastade då olika experthjälpare och resurshjälpare tilldelade dem alltför många arbetsuppgifter. Bristen på tydlighet i ansvarfrågan gjorde att prioriteringar mellan de skilda arbetsuppgifterna överlämnades åt bashjälparna trots att det är en klar arbetsledningsfråga.

Hur kan samverkan mellan olika yrkesgrupper och mellan dessa och de äldre och deras närstående utvecklas?

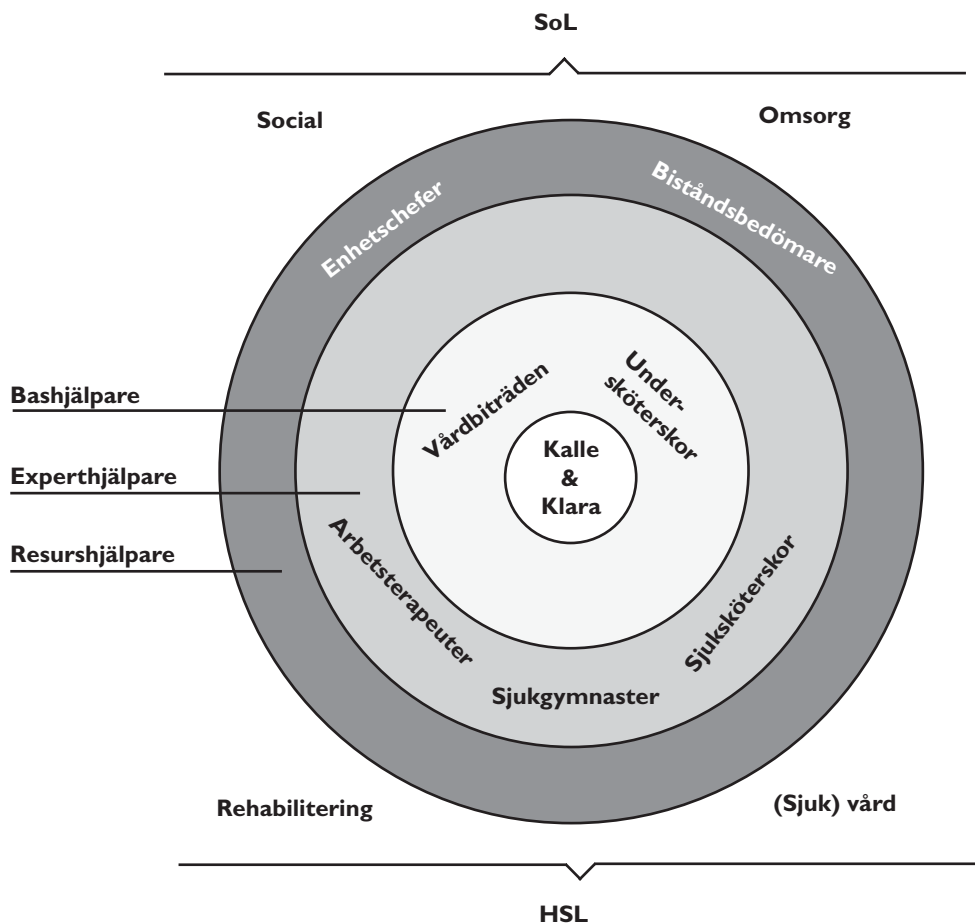
Som framkommit är kännedomen mellan de olika yrkesgrupperna arbetsuppgifter och fördelningen av arbetsuppgifter mellan de formella och informella hjälparna oklar. Konsekvenser av dessa oklarheter är att samverkan försvåras. En anledning till att samverkan brister är att, ex. perthjälpare och resurshjälpare styrs av olika lagstiftningar (se Danermark & Kullberg 1999). En annan anledning är just bristen på kännedom om varandras arbetsuppgifter och kompetens.

Utan tvekan är det så att de olika yrkesgruppernas kunskaper och kompetenser behövs och kompletterar varandra för att äldre med omfattande behov skall få den hjälp de behöver (se Socialstyrelsen 2002). Därigenom måste också samverkan inom äldreomsorgen utvecklas mellan olika yrkesgrupper och mellan dessa grupper och de äldre och deras närstående/anhöriga. Våra resultat visar på att fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar inte är tydliga och att i vissa situationer saknas en uttrycklig styrning och ansvarsfördelning av arbetsuppgifter. Resultat som också bekräftas av andra undersökningar (Gurner 2001, Riksrevisionsverket 2002).

Utveckling för bättre samverkan mellan olika yrkesgrupper och deras kompetenser kan med fördel ske i grupper och med stöd av ett strukturerat och empiribaserat material som det vi utvecklat i vår studie. Modellen som har utvecklats har också prövats och befunnits användbar för att utveckla kunskap om de olika hjälparnas arbetsuppgifter, ansvar och kompetens. Modellen som är grundad på empiriskt belagda påståenden har en fast arbetsstruktur med demokratiska kännetecken. Den är möjlig att använda för såväl formella som informella hjälpare och framstår som lämplig i detta sammanhang. Anpassning krävs givetvis till olika situationer och deltagargrupper.

De äldre

Ovan har vi belyst hur arbetsuppgifter, ansvar och kompetens fördelas inom äldreomsorgen utifrån hjälpens karaktär och hjälparnas funktion och ansvar. I detta avsnitt kommer vi utifrån följande figur diskutera hur hjälpsituationer kan tänkas uppfattas ur de äldres perspektiv, eller ur ett brukarperspektiv om man så vill.



Figur 21: Fördelning av arbetsuppgifter utifrån de äldres synvinkel, hjälparnas funktion och fysiska närhet till den äldre

I centrum har vi de äldre, i vårt fall Klara eller Kalle. Närmast de äldre finns bashjälpare, formella och informella vilkas arbetsuppgifter syftar till att få vardagen att fungera så bra som möjligt för de äldre. Bashjälparna befinner sig i den innersta cirkeln och är synliga i de äldres vardag.

I en cirkel därutån finns de experthjälpare som står för insatser av vårdande och rehabiliterande karaktär. De stöder de formella bashjälparna i vissa fall, vad gäller hälso- och sjukvårdsuppgifter (HSL). Experthjälparna är

inte lika ofta synliga i de äldres vardag. Men troligen träffar Kalle och Klara oftare sjuksköterskan än de träffar arbetsterapeuten och sjukgymnasten.

I den yttre cirkeln finner vi resurshjälparna som reglerar resurserna till Klara eller Kalle. Dessa resurser består av insatser enligt SoL samt de personal- och andra resurser som ställs till förfogande. Resurshjälparna är närmast osynliga för Kalle och Klara. Biståndsbedömarna finns ofta på kontoret och kommer in i bilden när bistånd ska omprövas. Enhetscheferna finns även de på kontoret upptagna med resursanskaffning och förmedling, inkluderande den viktiga uppgiften att tillse så kompetent personal finns på plats när Kalle och Klara behöver den. Resurshjälparna står för ett omsorgsperspektiv; dels genom att de arbetar utifrån SoL och dels genom sin utbildning och kunskapsområde, då de oftast har social omsorgsutbildning.

Prioritering av arbetsuppgifter

Om prioriteringar måste göras, vilket torde vara en realitet i dagens äldreomsorg, vad prioriteras då i det dagliga arbetet av baspersonalen gentemot de äldre? Vi vill, utifrån våra resultat, peka på några uppgifter och prioriteringsproblem.

Vad prioriteras: Uppdragen, i form av beslutade bistånd, från biståndshandläggarna på avstånd, ordinationerna om rehabiliterande träning från arbetsterapeuter och/eller sjukgymnaster eller uppdrag, kanske delegationer om att ge mediciner, givna av den mer närvarande sjuksköterskan? Sannolikt torde arbetsuppgifter av medicinsk karaktär prioriteras. Givetvis är dessa viktiga men problemet kan vara om andra uppgifter samtidigt nedprioriteras. En anledning till prioriteringen av praktiska medicinska uppgifter kan vara att dessa har en tydlig reglering i lag och författning. En annan anledning kan vara den medicinska expertisens högre status. En tredje anledning kan vara möjligheten för baspersonalen att utveckla egen expertis genom att prioritera sådana relativt tydliga och entydiga uppgifter.

Vi har pekat på att äldreomsorg i hög utsträckning handlar om att få vardagen att fungera så väl om möjligt. För en väl fungerande vardag är den sociala dimensionen central. Likaså är existentiella frågor viktiga, inte minst för äldre människor. En annan prioritering som görs i det dagliga arbetet är den mellan praktiska arbetsuppgifter och sociala uppgifter och

existensiella uppgifter. I en pressad situation framstår det som en risk att de sistnämnda ges lägre prioritet, inte minst utifrån att det inte finns någon självklar ansvarsinnehavare för dem.

EPILOG

Hur sker då en bra samverkan i denna komplexa verksamhet som ytterst ju handlar om att vardagen ska fungera så bra som möjligt för äldre med omfattande behov av hjälp? Vi har tidigare deklarerat uppfattningen, med stöd av våra och andras undersöknings- och forskningsresultat, att olika kompetenser behövs för att tillgodose de äldres hjälpbehov. En risk är att de obalanser som här redovisats och diskuterats gör att samverkan inte blir optimal. Riskerna finns att sociala och existentiella hjälpbehov nedprioriteras, då de inte har legitimerade företrädare och självklart stöd i rättslig reglering, organisatoriska regler och därmed resurstilldelningen. Ökad kännedom hos olika personalgrupper om varandras arbetsuppgifter, ansvar och kompetens torde vara den väg som står till buds. Ökad kunskap hos personalen om närståendes insatser och möjligheter är också viktigt. Ökad kunskap hos äldre och närstående om personalens uppgifter och hur ansvaret fördelas är även det en viktig komponent. Att arbeta med det utbildningsmaterial ”Hjälp på gamla dar – samtal i grupp” som är ett resultat från denna studie är ett sätt att nå sådan ökad kunskap.

Vi avslutar med några citat hämtade från enkätsvaren om Klara och Kalle:

*Det måste finnas samarbete mellan olika instanser. Dialog mellan sjuk-
sköterskan, undersköterskan, Klara och anhöriga.*

*Olika kategorier av personal kan göra olika saker och inte vara så strikt
bundna till vissa arbetsuppgifter.*

*Alla ...grupper måste samarbets/samordna sina insatser. Övergripande
mål för verksamheten måste vara kända för alla. Specifika mål för vård-
tagaren måste alla känna till och arbeta efter.*

LITTERATURLISTA

Berg, Elisabet (1995) *Hemvården. Utveckling, förändring och samverkan.* (avh) Stockholm: Liber Utbildning.

Blomberg, Staffan (2004) *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförandet av en organisationsreform och dess praktik.* (avh) Lunds universitet: Socialhögskolan.

Blomdahl Frej, Gunborg (1996) *Social omsorg och mänskliga relationer.* Lund: Studentlitteratur.

Blomdahl Frej, Gunborg & Eriksson, Bengt (red) (1998) *Social omsorg och socialpedagogik. Filosofi – teori – praktik.* Lund: Studentlitteratur.

Boklund, Ann (1995) *Olikhet som berikar.* (avh) Stockholms universitet, Socialhögskolan

Brunnberg, Elinor (1998) *I välfärdens skugga: socialt arbete med familjer i Sverige och England.* Göteborgs universitet: CEFOS.

Czarniawska- Joerges, Barbara (1992a) *Styrningens paradoxer.* Scener ur den offentliga verksamheten. Stockholm: Norstedts.

Czarniawska- Joerges, Barbara (1992b) *Exploring Complex Organizations: A cultural perspective.* London: Sage.

Danermark, Bert och Kullberg, Christian (1999) *Samverkan, välfärdsstatens nya arbetsform.* Lund: Studentlitteratur.

Dunér, Anna (2001) *Att möjliggöra omsorg. En studie om arenans betydelse vid behovsbedömningen i äldreomsorgen.* (D-uppsats) Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Dunér, Anna & Nordström, Monica (2005) *Biståndshandläggningens villkor och dilemman – inom äldre- och handikappsomsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Efrainsson, Eva m fl (2003a) Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older women on her way home. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12 707-716.

Efrainsson, Eva m fl (2003b) Discharge planning: 'fooling ourselves`-patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 13 562-570.

Ejlertsson, Jan (1992) *Grundläggande statistik: med tillämpningar inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Ellström, P-E (1992) *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica.

Ellström, P-E (2002) *Utbildning, kompetens och arbete från överutbildning till underlärande*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, Bengt & Ede, Lena (2005) *Anhörigas insatser och samhällets stöd*. Karlstads universitet: IKU-rapport 2005:1.

Evertsson Lars (2002) *Välfärdsolitik & kvinnoyrken. Organisation, välfärdsstat och professionaliseringens villkor*. (avh) Umeå universitet, Sociologiska institutionen.

Evertsson & Johansson (2004) Epilog. I *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 3-4, 2004.

Gurner, Ulla (2001) *Dirigent saknas*. Rapport 2001:6 Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Gustafsson, Gerd (1999) *En omsorgstriad Om relationer mellan omsorgstagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter.* (avh) Göteborgsuniversitet: Institutionen för socialt arbete.

Gustafsson, R Å och Szebehely, M (2001) *Arbetsvillkor och välfärsopinion inom äldreomsorgen, en enkätbaserad fallstudie bland personal och politiker.* Stockholm: Arbetslivsinstitutet , Arbetslivsrapport nr 2001:9.

Gustafsson, R Å och Szebehely, M (2005) *Arbetsvillkor och styrning i äldreomsorgens hierarki, en enkätstudie bland personal och politiker.* Stockholm: Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete.

Hansson och Engström (2005) *Kommunal hemsjukvård och social omsorg. En kartläggning i Västmanlands län.* Meddelande 2005:1. FoU Västmanland.

Hjalmarsson, Norrman och Trydegård (2004) *Om man skall vara stöttepelare är andra måste man stå stadigt själv. En studie om äldreomsorgschefer och deras förutsättningar.* Rapport 2004:2 Stockholm: Stockholms läns äldrecentrum.

Hydén, Lars-Christer m fl (1995) *Att besluta om socialbidrag.* Stockholm: Socialstyrelsen/CUS.

Jergeby, Ulla (1999) *Att bedöma en social situation: tillämpning av vinjettmetoden.* Stockholm: Socialstyrelsen/CUS.

Johansson, Lennarth (1991) *Caring for the Next of Kin. On informal Care of the Elderly in Sweden.* (avh) Uppsala universitet. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Johansson Stina (2002) *Den sociala omsorgens akademisering.* Stockholm: Liber.

Karlsson, Per-Åke (1992) *Går det att bistå med bra resultat? Slutrapport från BRA-projektet.* Göteborgs stad.

Kristiansson Ekvall A (2004) Att vara närstående till äldre personer med vård- och omsorgsbehov . I Östlind (red) *Närståendes behov. Omvårdnad som akademiskt ämne*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, Kristina (2004) *According to need? Predicting Use of Formal and Informal Care in a Swedish Urban Elderly Population*. (avh) Stockholm: Department in Social Work, Stockholm University.

Lindelöf, Margareta & Rönnbäck, Eva (1997) *Behov, bedömning och beslut i äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Lindqvist, Rafael (1998) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Loberg, Mariella m fl (2003) *Vad gör de som hjälper de gamla?* Delrapport 1. Borås: ÄldreVäst Sjuhärad.

Mallander, Ove (1998) ”Samverkan” i Denvall, Verner och Jakobson, Tord (red) *Vardagsbegrepp i socialt arbete*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB.

Magnusson L (2005) *Designing a responsive support service for family carers of frail older people using information and communication technology*. (avh) Göteborgs universitet: Pedagogiska institutionen.

Mason Jennifer (1994) “Linking qualitative and quantitative data analysis i Bryman, Alan and Burgess, Robert G (eds) (1994) *Analyzing Qualitative* Oxford : Oxford University Press.

Mossberg Sand, Ann-Britt (2000) *Ansvar, kärlek och försörjning. Om anställda anhörigvårdare i Sverige*.(avh) Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen.

Nationalencyklopedin. (1993). Höganäs: Bra Böcker.

Nolan, Lund, Grant & Keady (2003) *Partnership in Family Care: Understanding the caregiving career.* Buckingham: Open University Press.

Nordström, Monica (1998) *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation.* (avh) Göteborg: Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Nordström, Monica (2000) *Hemtjänsten. Organisering, myndighetsutövning, möten och arbete.* Lund: Studentlitteratur.

Nordström, Monica; Dunér, Anna (2003) *Bevilja och ta emot hjälp och stöd. Om äldre och biståndsbedömare i kommunal äldreomsorg.* Rapport 5:2003. Göteborg: FoU i Väst, Göteborgsregionens kommunalförbund.

Redberg, P (2005) *Olika yrkesgruppers uppfattningar om arbetsterapeutens uppgifter inom kommunal äldreomsorg till äldre med stort hjälpbehov.* (c-uppsats) Jönköping: Avdelningen för rehabilitering, Hälsohögskolan i Jönköping.

Payne, Malcolm (2000) *Teamwork in Multiprofessional Care.* London: Macmillan Press Ltd.

Regeringens proposition 1990/91:14 *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm.* Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringens proposition 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och lands-
ting inom vård- och omsorgsområdet.* Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringens proposition 2004/05:94 *Kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling av personalen.* Stockholm: Socialdepartementet.

Riksrevisionsverket (2003) *Vård och omsorg för äldre analys av problem och förslag till statliga åtgärder*. Stockholm: RRV 2002:28.

Sand, Ann-Britt (2004) Förändrad tillämpning av offentlig äldreomsorg ett hot mot målsättning om demokrati och jämställdhet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 3-4, 2004.

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. www.Lagrummet.gov.se.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. www.Lagrummet.gov.se.

SFS 1990:1404 *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*. www.Lagrummet.gov.se.

Socialstyrelsen (2000) *Äldreuppsdraget. Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar*. Rapport 2000:4. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001a). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2001) *Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2002). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2003). *Äldres rehabilitering i särskilt boende – allt faller om sista länken brister*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004). *Framtidens anhörigomsorg. Kommer de anhöriga vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden?* Stockholm: Socialstyrelsen

SOU (1991:82) *Produktivitetsdelegationen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU (1992:7) *Kompetensutveckling – en nationell strategi. Slutbetänkande från kompetensutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sundström, Johansson & Hassing (2002) The Shifting Balance of Long Term Care in Sweden. *The Gerontologist*. Vol 42, No 3, 350-355.

Svenska kommunförbundet (2003) *Kompetensutveckling för arbetsledare inom familj- och individomsorgen*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.

Svenska kommunförbundet (2004) *Vad kostar verksamheten i din kommun? Bokslut 2003*. Stockholm.

Svensson L.G (2002) Arbete och kompetens I Hansson L. och Orban P. *Arbetslivet*. Lund Studentlitteratur.

Svensson Lennart (2003) *Lärande genom organisationsutveckling* I Ledning för alla? Stockholm: SNS förlag.

Szebehely, Marta (1995) *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. (avh) Lund:Arkiv förlag.

Szebehely, Marta (1999) Omsorgsarbetets olika former: nya klasskillnader och gamla könsmonster i äldreomsorgen. I *Sociologisk forskning* 36 (1999), 7 - 32.

Szebehely, Marta (2000) Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer. I Szebehely (red) *Välfärd, vård och omsorg*. Kommittén Välfärdsbokslut. SOU2000:38. Stockholm: Fritzes.

Söderström, M (1990) *Det svårfångade kompetensbegreppet*. Uppsala: Uppsala universitet: Pedagogiska institutionen.

Thorslund, Mats & Larsson, Kristina (2002) *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stockholm: Stockholms läns Äldrecentrum.

Tuulik-Larsson, Hilja (1994) *Att bo kvar hemma: En studie om äldres upplevelser av sitt vardagsliv i samband med vård och omsorg i hemmet*. Stockholm: Liber.

Trydegård Gunborg (2000) *Tradition, change, and variation: past and present trends in public old-age care*. (avh) Stockholms universitet: Socialhögskolan.

Trydegård, G (2005) Äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor i Norden en forskningsöversikt i Szebehely (red) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, TemaNord 2005:508.

Wahlgren, Lars (2005) *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Widerberg, Karin (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Wimo, von Straus, Nordberg, Sassi & Johansson (2002) Time spent on informal and formal caregiving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy* 61. P 255-268.

Åberg, K., Öhman, A., & Lundin-Olsson, L. (2004). Disparata yrkesfunktioner och okänt team. Sjuksköterskor och boendechefers uppfattning om egen, sjukgymnastens och arbetsterapeutens yrkesfunktion i äldreomsorgen. *Nordisk Fysioterapi*, 8, (1): 3-11.

BILAGA I. OBSERVATIONSSCHEMA

OBSERVATIONSSCHEMA

20.00				
19.00				
18.00				
17.00				
16.00				
15.00				
14.00				
13.00				
12.00				
11.00				
10.00				
09.00				
08.00				
	Hjälparkategori		Vad gör den som hjälper	Interaktionen
				Övrigt

BILAGA 2. EKÄT TILL:

Personal om Kalle

Tänk på detta när du skall fylla i enkäten !

- ⇒ **Kryssa för max tre alternativ på varje fråga utifrån vad du anser riktigt/lämpligt.**
 - ⇒ Vi har valt att i svarsalternativen använda de beteckningar (uppställda i bokstavsordning) som vi tror oss veta är de vanligaste. Vi vet samtidigt att andra beteckningar finns och vill därför ge följande förtydligande.
 - Aktiveringspersonal* (terapibiträde, fritidsledare, fritidspedagog eller motsvarande)
 - Biståndshandläggare* (omsorgsutredare eller motsvarande)
 - Enhetschef* (områdesansvarig eller motsvarande)
 - Närstående* (kan vara anhörig, vän, granne etc)
 - Sjuksköterska* (även distriktssköterska)
 - Undersköterska/Vårdbiträde* (benämns även omvårdnadspersonal, sjukvårdsbiträde)
-



Vem hjälper Kalle ?

Kalle, 78 år, är rullstolsburen och bor ensam i en väl anpassad lägenhet i närheten av ett särskilt boende för äldre. Under dagen har Kalle hjälp med olika saker. Vi beskriver här hur en vardag för Kalle kan se ut.

För att Kalle skall komma upp på morgonen behöver han hjälp av två personer som använder en personlyft för att flytta Kalle från sängen till duschstol på hjul.

1. Vem/vilka anser du bör hjälpa Kalle att komma upp ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

2. Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

3. Vem/Vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Det används olika hjälpmedel. Personlyft och duschstol är ordinerade som arbetstekniska hjälpmedel (till personal) medan rullstolen är ordinerat som personligt hjälpmedel (till Kalle).

4. Vem/Vilka bör ha ansvar för att arbetstekniska hjälpmedel finns att tillgå då det behövs ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

5. Vem/Vilka bör ha ansvar för att Kalle får rätt hjälpmedel, i detta fall rullstol ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Kalle förflyttas i duschstolen till badrummet där han får hjälp med att duscha. I samband med duschen tryter tvålen. Kalle torkar sig i ansiktet, men behöver i övrigt hjälp med detta. Kalle rakar sig, men känner sig osäker på hur det ser ut och ber om ett yttrande. Därefter tar Kalle på sig skjortan, men behöver hjälp med knappar och byxor.

6. Vem/vilka anser du bör hjälpa Kalle med dusch och påklädning?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

7. *Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

8. *Vem/Vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

9. *Vem/Vilka bör ha ansvar för inköp av de toalettartiklar (tvål, schampo, salva etc) som behövs ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare

- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Kalle har ett sår på hälen som skall läggas om en gång per dag. Detta görs i samband med morgonduschen. Det används ett speciellt omläggingsmaterial för att stimulera läkningen.

10. Vem/vilka anser du bör göra omläggningen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

11. Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle

- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

12. Vem/Vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

13. Vem bör ha ansvar för att rätt material för såromläggningen finns på plats och används ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Kalle får sin insulinspruta och därefter hjälp till matbordet där frukosten serveras. I samband med frukosten får Kalle sina blodtryckssänkande mediciner.

14. Vem/vilka anser du bör ge Kalle medicinerna (insulinspruta och blodtrycksmedicin) ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

15. Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

16. Vem/vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

17. Vem/vilka bör ha ansvar för att rätt medicin finns till hands ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Efter frukosten förflyttas Kalle till det närliggande servicehuset.

Kalle har svårt för att läsa själv och deltar därför på förmiddagen i den gemensamma tidningsläsningen. En person läser högt för de övriga och de samtalar runt tidningsinnehållet.

18. Vem/vilka anser du bör läsa tidningen i gruppen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

19. Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

20. Det har framförts åsikter om att det är viktigt att använda sig av frivilliga personer och/eller frivilligorganisationer. Är detta en lämplig aktivitet att ta hjälp av dessa i ?

- Ja
- Nej

21. Har du förslag på aktiviteter, som kan vara lämpliga för Kalle och som kan vara lämpliga att ta hjälp av frivilliga personer och/eller frivilligorganisationer i ?

Efter tidningsläsningen är det gemensamt förmiddagskaffe.

Idag har Kalle träning efter fiket. Kalle tränar enligt ordinerat träningsprogram två gånger per vecka i träningslokalen. Han tränar bland annat sin handfunktion med hjälp av ett solitärspel där det går ut på att greppa och flytta pinnar mellan olika hål. Kalle behöver assistans av en person vid träningen.

22. Vem/vilka anser du bör ge stöd till Kalle vid träningen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

23. *Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

24. *Vem/vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Kalle får hjälp med toalettbesök under förmiddagen. Han äter middag i restaurangen och får efter det hjälp hem till lägenheten för att vila.

På eftermiddagen har Kalle en akuttid hos tandläkaren på grund av att han bitit av en bit av en tand. Han behöver ha någon med sig.

25. Vem/vilka anser du bör följa med Kalle till tandläkaren ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

26. Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?

- Aktiveringspersonal
 - Arbetsterapeut
 - Biståndshandläggare
 - Enhetschef
 - Kalle
 - Närstående
 - Sjukgymnast
 - Sjuksköterska
 - Undersköterska /Vårdbiträde
 - Annan_____
-

För att få allt att fungera i samband med tandläkarbesöket är det en del kontakter som behöver tas. Färdtjänst och tandläkartid ska beställas, pengar och färdtjänstkort ska med och den/de som skall åka med ska veta vad som gäller.

27. Vem/vilka anser du bör hålla ihop kontakter/information mellan Kalle, tandvård, taxi, hjälpare ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

När Kalle kommer hem från tandläkaren känner han sig orolig och ledsen och vill inte bli lämnad ensam. Han pratar om att bekantskapskretsen har minskat med åren. Flera har dött och i dagens tidning fanns det dödsannonser för ytterligare en tidigare arbetskamrat.

29. Vem/vilka anser du bör hjälpa Kalle genom att finnas till hands och ge tid till samtal ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående

- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

30. *Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Kalle klarar inte av att sköta hemmet själv utan behöver hjälp att hålla rent och i ordning.

31. *Vem/vilka anser du bör hjälpa Kalle med att hålla rent och i ordning ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

32. *Vem/vilka bör ha ansvar för att Kalle får hjälpen ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

33. *Vem/vilka bör ha ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Under denna dag händer vissa mer eller mindre oförutsägbara händelser som medför att Kalle behöver hjälp.

När Kalle byter skjorta inför resan till tandläkaren upptäcks det att en knapp saknas i skjortan.

34. Vem/Vilka anser du bör sy i knappar, laga/ändra kläder ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

I samband med att Kalle åker till tandläkaren upptäcks att bromsarna på rullstolen tar dåligt. Detta beror på för lite luft i däcken.

35. Vem/Vilka anser du bör utföra rengöring, vardagskontroll av hjälpmedel ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast

- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

När sjuksköterskan under eftermiddagen är inne hos Kalle för att göra i ordning medicinerna går glödlampan i hallen sönder.

36. *Vem/vilka anser du bör byta lampan ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Synpunkter du vill förmedla till oss vad gäller hjälp till en äldre person som Kalle

Avslutningsvis några frågor om dig som svarat

37. Vad är du anställd som ? _____

38. Var arbetar du huvudsakligen (mer än 50 % av din arbetstid)?

- Hos personer i eget (ordinärt) boende
- Hos personer i särskilt boende
- Ungefär lika mycket i ordinärt som i särskilt boende

39. Hur länge har du arbetat inom vård och omsorg om äldre människor ?

- Mindre än ett år.
- Mellan ett och tre år.
- Mer än tre år.

Ytterligare synpunkter, t ex om enkäten

TACK för att du tog dig tid att besvara enkäten!!

BILAGA 2. ENKÄT TILL:

Äldre om Klara

Vem hjälper Klara ?

Klara, 78 år, är rullstolsburen och bor ensam i en väl anpassad lägenhet i närheten av ett särskilt boende för äldre. Under dagen har Klara hjälp med olika saker. Vi beskriver här hur en vardag för Klara kan se ut.



För att Klara skall komma upp på morgonen behöver hon hjälp av två personer som använder en personlyft för att flytta Klara från sängen till duschstol på hjul.

1. *Vem/vilka anser du bör hjälpa Klara att komma upp ?*

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Klara förflyttas i duschstolen till badrummet där hon får hjälp med att duscha. Klara torkar sig i ansiktet, men behöver i övrigt hjälp med att torka sig. Klara kammar sig, men känner sig osäker på hur det ser ut och ber om ett yttrande. Därefter tar Klara på sig blusen, men behöver hjälp med knappar och byxor.

2. Vem/vilka anser du bör hjälpa Klara med dusch och påklädning ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

I samband med att Klara duschar tryter tvålen.

3. Vem/Vilka anser du bör köpa in de toalettartiklar (tvål, schampo, salva etc) som behövs ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Klara
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Klara har ett sår på hälen som skall läggas om en gång per dag. Detta görs i samband med morgonduschen. Det används ett speciellt omläggningsmaterial för att stimulera läkningen.

4. Vem/vilka anser du bör göra omläggningen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Klara får sin insulinspruta och därefter hjälp till matbordet där frukosten serveras. I samband med frukosten får Klara sina blodtryckssänkande mediciner.

5. Vem/vilka anser du bör ge Klara medicinerna (insulinspruta och blodtrycksmedicin)?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Efter frukosten förflyttas Klara till det närliggande servicehuset.

Klara har svårt för att läsa själv och deltar därför på förmiddagen vid den gemensamma tidningsläsningen. En person läser högt för de övriga och de samtalar runt tidningsinnehållet.

6. Vem/vilka anser du bör läsa tidningen i gruppen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

7. Det har framförts åsikter om att det är viktigt att använda sig av frivilliga personer och/eller frivilligorganisationer. Är detta en lämplig aktivitet att ta hjälp av dessa i ?

- Ja
- Nej

8. Har du förslag på andra aktiviteter, som kan vara lämpliga för Klara och som även kan vara lämpliga att ta hjälp av frivilliga personer och/eller frivilligorganisationer i ?

Efter tidningsläsningen är det gemensamt förmiddagskaffe.

Idag har Klara träning efter fikat. Klara tränar enligt ordinerat träningsprogram två gånger per vecka i träningslokalen. Hon tränar bland annat sin handfunktion med hjälp av ett solitärspel där det går ut på att greppa och flytta pinnar mellan olika hål. Klara behöver stöd av en person vid träningen.

9. Vem/vilka anser du bör ge stöd till Klara vid träningen ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan_____

Klara får hjälp med toalettbesök under förmiddagen. Hon äter middag i restaurangen och får efter det hjälp hem till lägenheten för att vila.

På eftermiddagen har Klara en akuttid hos tandläkaren på grund av att hon bitit av en bit av en tand. Hon behöver ha någon med sig.

10. Vem/vilka anser du bör följa med Klara till tandläkaren ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef

- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

För att få allt att fungera i samband med tandläkarbesöket är det en del kontakter som behöver tas. Färdtjänst och tandläkartid ska beställas, pengar och färdtjänstkort ska med och den/de som skall åka med ska veta vad som gäller.

11. Vem/vilka anser du bör hålla ihop kontakter/information mellan Klara, tandvård, taxi, hjälpare ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Klara
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

När Klara kommer hem från tandläkaren känner hon sig orolig och ledsen och vill inte bli lämnad ensam. Hon pratar om att bekantskapskretsen har minskat med åren. Flera har dött och i dagens tidning fanns det dödsannons för ytterligare en tidigare arbetskamrat.

12. Vem/vilka bör hjälpa Klara genom att finnas till hands och ge tid till samtal ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Klara klarar inte av att sköta hemmet själv utan behöver hjälp att hålla rent och i ordning.

13. Vem/vilka bör hjälpa Klara med att hålla rent och i ordning ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Under denna dag händer vissa mer eller mindre oförutsägbara händelser som medför att Klara behöver hjälp.

När Klara byter blus inför resan till tandläkaren upptäcks det att en knapp saknas i blusen.

14. Vem/Vilka anser du bör sy i knappar, laga/ändra kläder ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Klara
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

I samband med att Klara åker till tandläkaren upptäcks att bromsarna på rullstolen tar dåligt. Detta beror på för lite luft i däcken.

15. Vem/Vilka anser du bör utföra rengöring, vardagskontroll av hjälpmedel ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Kalle
- Närstående
- Sjukgymnast

- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

När sjuksköterskan under eftermiddagen är inne hos Klara för att göra i ordning medicinerna går glödlampan i hallen sönder.

16. Vem/vilka anser du bör byta lampan ?

- Aktiveringspersonal
- Arbetsterapeut
- Biståndshandläggare
- Enhetschef
- Klara
- Närstående
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Undersköterska /Vårdbiträde
- Annan _____

Synpunkter du vill förmedla till oss vad gäller hjälp till en äldre person som Klara

Avslutningsvis kommer här ett par frågor om dig som har svarat på enkäten.

19. Vilken sorts hjälp från kommunen har du ?

(här kan du välja mer än tre alternativ).

- Hemtjänst
- Färdtjänst
- Rehabilitering
- Sjukvård
- Trygghetslarm
- Annan hjälp _____

20. Hur bor du ?

- Ordinärt boende
- Särskilt boende för äldre

Ytterligare synpunkter, t ex om enkäten ?

TACK för att du tog dig tid att besvara enkäten!!

BILAGA 4. PÅSTÅENDEN SOM FANNS ATT TILLGÅ I INTERVENTIONSSTUDIEN

Först följer påståenden som användes av en eller flera grupper. Därefter följer påståenden som ingen grupp använde men som fanns att tillgå i pärmen.

Göra

1. Personal har högre förväntningar än äldre/närstående på att närstående bör ge hjälp tex sy, följa med, uträtta ärenden, byta lampor.
2. I hjälpsituationer görs sällan skillnad på män och kvinnor
3. Undersköterskan bör ge medicin och lägga om sår.
4. Det är oklart vem som ska hjälpa den äldre med träning.
5. Den personal som behövs för träning och social stimulering finns inte tillgänglig.
6. Det råder olika uppfattning bland såväl äldre, närstående som personal om vem som skall sköta om hjälpmedel (ex rollator, rullstol) i hemmet.
7. Hjälpen till den äldre skulle inte fungera om inte närstående/anhöriga ställde upp.
8. Det finns inte tid att låta de äldre göra allt de klarar själva.
9. Det är alldeles för många personer (personal och närstående) inblandade kring den äldre.
10. Frivilliga personer kan avlasta lite utav undersköterskans jobb, som de idag inte får tid till.

Dessutom fanns i pärmen:

11. Ej högskoleutbildad personal är mer reserverad till insatser från frivilliga än vad de högskoleutbildade är
12. Det finns inte tid för personalen till social aktivitet ex sitta och prata, gå ut, åka med till läkare.
13. Hjälpen att hålla rent kan ges av andra än personal från äldreomsorgen.
14. Frivilligorganisationer ska hjälpa till med att avlasta anhörigvårdare och anhöriggrupper.
15. Aktiveringspersonal/Rehabassistenter bör ge äldre hjälp med träning och social stimulering.
16. Undersköterska/vårdbiträde anser inte alls att de bör hjälpa till med träningen i den omfattningen som övriga yrkesgrupper anser.
17. Träning av kräver i högre utsträckning, än för kvinnor, utbildad personal.
18. Rehabpersonal (arbetsterapeut, sjukgymnast) anser inte att de bör sköta om hjälpmedel utan ser det som en uppgift för vårdtagare, närstående och baspersonal (undersköterska, vårdbiträde)
19. Det finns förväntningar från övriga yrkesgrupper på att rehabpersonal, främst arbetsterapeuter, ska sköta om hjälpmedel.
20. Äldre/närstående anser att aktiveringspersonal i många situationer bör göra jobb som idag utförs av baspersonal ex samtal, inköp, sy, följa med vid läkarbesök.

21. Den enda aktiviteten som frivilligorganisationer ska göra är att samtala.
22. Frivilliga personer skall hjälpa till med lättare städning.
23. Den äldres integritet påverkar möjligheten att ta hjälp av frivilliga.
24. Frivilliga kan gott hjälpa till med promenader och inköp.
25. Frivilliga ska hjälpa till med kioskverksamhet.
26. Frivilligorganisationer ska delta i aktiviteter som sång, musik, lösa korsord, lägga pussel, spela kort och andra spel.
27. Frivilligorganisationer ska hjälpa till så att den äldre kan delta i aktiviteter som teater, restaurangbesök, bio, dans, rullstolsdans, korvgrillning, pubkväll och hockeymatcher.
28. Isolering och ensamhet kommer att vara ett hälsobekymmer bland äldre i framtiden och frivilliga bör hjälpa till att bryta denna ensamhet.
29. Frivilliga ska hjälpa till med pensionärsmöten och informationsträffar.
30. Frivilliga personer ska följa med på ex läkarbesök, tandläkarbesök och optikerbesök.
31. Baspersonal bör hålla ihop kontakter/information i vardagens aktiviteter ex tandläkarbesök och besök hos distriktssköterskan.
32. Den som är på plats när något går sönder (ex glödlampa) i den äldre hem bör åtgärda det oberoende av yrkesgrupp.

33. Biståndsbedömare och enhetschefer har en tendens att göra skillnad på manliga och kvinnliga vård- och omsorgstagare vad gäller vem som ska ge hjälpen.
34. Biståndshandläggare och enhetschefer betonar bashjälparna (undersköterska/vårdbiträde) som utförare i högre grad än vad dessa själva gör(ex inköp, städ, sy, följa med).
35. Högskoleutbildade anser i högre grad att baspersonalen (usk/vb) bör ge hjälpen (ex träning, sy, hjälpmedel, inköp, läsa) än vad dessa själva anser.
36. Såväl personal som äldre och närstående framhåller att baspersonalen (undersköterska/vårdbiträde) är den som ska ge hjälpen.
37. Baspersonalen (usk/vb) trivs bättre med arbetet om de även får tid för att göra uppgifter som frivilliga personer kan göra, och inte bara de jättetunga uppgifterna.
38. Personalen utför bara de arbetsuppgifter som ingår i deras yrkesroll.
39. Samtliga yrkesgrupper bör utföra alla arbetsuppgifter som inte kräver delegation.
40. Särskild städpersonal skall utföra all städning inklusive att de till att hjälpmedel är rena och hela.
41. Det är alldeles för många yrkesgrupper inblandade kring en äldre.

Ansvar

1. Det är ett hinder inom äldreomsorgen att vi har olika syn i ansvarsfrågor.
2. Ansvarsfördelningen mellan biståndsbedömare och enhetschefer är oklar för övrig personal i äldreomsorgen.
3. Baspersonalen (undersköterska, vårdbiträde) står närmre sjuksköterskan än arbetsterapeut/sjukgymnast i det vardagliga arbetet.
4. Sjuksköterskan bör ha ansvar för att rätt medicin och omläggingsmaterial finns till hands.
5. Enhetschefer och biståndsbedömare finns i bakgrunden och har främst betydelse för det vardagliga omsorgs- och vårdarbetet genom att besluta om och fördela resurser.
6. Frivilligverksamhet är ett sätt för kommunerna att spara in på personal.
7. Det brister i uppföljning från resurshjälpare (biståndshandläggare och enhetschef).
8. Det är oklart vem som skall ansvara för att hjälp erhålls till aktiviteter utanför hemmet tex tandläkarbesök, komma ut och handla
9. Det är i första hand resurshjälparna (enhetschef, biståndshandläggare) som bör ta ansvar för att de äldre får praktisk vardaglig hjälp.
10. Det är enklare att avgöra vem som har ansvar för att praktisk, handgriplig hjälp erhålls än hjälp av existentiell, social karaktär.
11. Det finns genomgående låga förväntningar bland personalen på att äldre själva skall ta ansvar för att få hjälp.

12. Den äldre måste ta det största ansvaret själv.
13. Många tycker att de äldre behöver komma ut mer, tex i naturen, till affären, men ingen tar ansvar för att det sker.
14. Det är oklart vem som tar ansvar för att det vid behov finns hjälp till social kontakt och samvaro.
15. Arbetsterapeut och sjukgymnast har en arbetsfördelning mellan sig som inte övrig personal känner till.
16. Sjuksköterskan är den självklara ansvarshavaren för att hemsjukvårdsinsatser i form av medicingivning och såromläggning erhålls.

Dessutom fanns i pärmen:

17. Det är tydligare vem som ska ge hjälpen än vem som bör ta ansvar för att den ges.
18. Enhetschefens ansvar för att hemsjukvårdinsatser erhålls är oklar.
19. Undersköterskor har det mesta och tyngsta ansvaret för den äldre.
20. Det brister i uppföljning från experthjälpare (arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska).
21. Arbetsterapeuten bör i första hand ansvara för att de hjälpmedel som behövs finns tillgängliga oavsett om det är till för den äldre eller hjälparen.
22. Enhetschefen bör ta ansvar för att den som ger hjälpen har tillgång till och kunskap om hjälpmedel för uppgiften.

23. I första hand ska arbetsterapeut/sjukgymnast ansvara för att träning erhålls.
24. Närstående ska i första hand ansvara för inköp av hygienartiklar ex tvål och schampo.
25. Arbetsterapeut/sjukgymnast och biståndsbedömare förväntar sig i högre omfattning än övrig personal att de äldre själva tar ansvar för att få hjälp.
26. Anhöriga måste driva på för att den äldre ska få den hjälp han/hon behöver.
27. De äldre är inte alltid delaktiga i alla beslut.
28. Experthjälparna (arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska) anser i mindre omfattning än övrig personal att ansvaret för att någon får hjälp ligger på baspersonalnivå (undersköterska, vårdbiträde).
29. Rehabpersonal (arbetsterapeut, sjukgymnast) och omvårdnadspersonal (sjuksköterska, undersköterska, vårdbiträde) har olika uppfattning om ansvar och arbetsfördelning.
30. Högskoleutbildade anser genomgående i högre omfattning än ej högskoleutbildade att enhetschefen har ansvar för att äldre får hjälp.
31. Kommunen ska ha tillräckligt stor personaltäthet så att även tidningsläsning mm utförs av personal. Det är kommunens ansvar.
32. Högskoleutbildad personal framhåller vårdtagarens eget ansvar i högre omfattning än icke högskoleutbildad personal.

Kompetens

1. De olika yrkesgrupperna känner inte till varandras kunskaper och kompetens.
2. Arbetsterapeuten vet sitt kompetensområde, men det vet inte övrig personal.
3. Sjuksköterskan bör ansvara för hjälparens kompetens vid hemsjukvårdsuppgifter (tex medicingivning och såromläggning)
4. Det är oklart vem som bör ta ansvar för att den som hjälper till med träning har rätt kompetens.
5. Det behövs fler och välutbildade kontaktpersoner.
6. Enhetschefens ansvar för hjälparens kompetens vid hemsjukvårdsuppgifter är oklar.
7. Sjukgymnasten bör i första hand ha ansvar för att den som hjälper till vid träning har rätt kompetens. Detta oavsett vilken kroppsdel som tränas.
8. Baspersonalen (undersköterska/vårdbitråde) behöver mer utbildning och större kompetens.
9. Arbetsterapeutens kunskap för att utbilda hjälparen i tränings-situation är oklar för främst personal med omvårdnadsinriktning (sjuksköterska, undersköterska och vårdbitråde).
10. Baspersonalen (undersköterska, vårdbitråde) anser i mindre omfattning än övriga att enhetschefen har ansvar för att hjälparen i olika situationer har rätt kompetens för uppgiften.

11. Enhetschefen bör oavsett vilken hjälp som skall ges ta ansvar för att hjälparen har rätt kompetens.

15. Äldreomsorgen är så komplicerad att det krävs arbetsteam bestående av olika yrkesgrupper.

17. Det är fel med frivilligarbete därför att det nästan bara är KVINNOR som ska göra oavlönade arbetsuppgifter. ALLA aktiviteter ska avlönas.

Dessutom fanns i pärmen:

12. Baspersonal (undersköterska, vårdbiträde) anser i högre omfattning än övrig personal att sjuksköterskan har ansvar för att hjälpare har rätt kompetens.

13. Arbetsterapeut/sjukgymnast har högst förväntningar på att enhetschefen ska ta ansvar för att den som ger hjälpen har rätt kompetens.

14. Det är enhetschefens ansvar att den som hjälper den äldre med personliga och husliga uppgifter, såsom hjälp upp, städ och dusch, har rätt kompetens.

16. Högskoleutbildad personal anser i högre omfattning än ej högskoleutbildade att enhetschefen har ansvar för att den som hjälper har rätt kompetens.

BILAGA 5. I INTERVENTIONSSTUDIEN FRAMKOMNA HANDLINGSPLANER/ ÅTGÄRDSFÖRSLAG

Område göra

Utifrån följande påståenden framkom:

Personalen har högre förväntningar än äldre och närstående på att närstående bör ge hjälp:

- Information om vad vi gör och inte gör gärna vid ankomstsamtal.
- Bjuda in och göra anhöriga mer delaktiga.
- Skapa större nätverkskontakter.
- Ordna anhörigträffar med information.

Undersköterskan bör ge medicin och lägga om sår.

- Precisera befattningarna/arbetsbeskrivning, Väck frågan om städpatrull, titta på eventuella skillnader mellan ute och inne personal.
- Det behöver inte vara en usk som hanterar såret. Viktigare att det är få personer inblandade.

Det är oklart vem som skall hjälpa äldre med träning.

- Utbildning, information, arbetsbeskrivning.
- Mycket klart för personal, men oklart för vårdtagaren. Bättre information (ankomstsamtal)
- Bättre användning av signeringslistor, viktigt att även anteckna alla avvikelser dvs när träning ej utförs.
- HSL & SOL , när är det det ena och det andra ?
- Diskussion runt problemet med gränsdragning mellan huvudmän. Lasarett-primärvård-kommun, risk att hamna mellan.
- Viktigt att tydliggöra gränser. Opartisk nämnd ?

Den personal som behövs för träning och social stimulering finns inte tillgänglig.

Inställning och attityder till yrket inom vården. Resursmöjligheter.
Ordna anhörigträffar med information.
Önska om det saknas personal eller om det är personalen som ska bli bättre på att se möjligheterna.
Använda frivilligorganisationerna bättre och försöka att schemalägga tid för sociala aktiviteter.

Det råder olika uppfattning bland äldre/närstående och personal om vem som ska sköta om hjälpmedel

Gå ut med klarare riktlinjer, göra låneförbindelser till brukaren.
På servicehus: Kontaktpersonens ansvar förtydligas.
Lägga in skötselråd i datajournalssystemet.
Ta fram signeringslista och avsätta tid för utförandet.
Viktigt att tydliggöra ansvargränser mellan brukare/hjälpare/ordnare/hjälpmiddelscentral.
Önskemål om tydlig information om hur hjälpmedlet ska skötas samt kontaktperson och telefon dit man ska vända sig vid problem

Hjälpen till den äldre skulle inte fungera om inte närstående/anhöriga ställde upp.

Risk att den närstående går ned sig. Viktigt att särskilda boenden bevaras, behövs fler.
Skapa möjlighet till ”trygghetsplats” dvs veta att man vid behov snabbt kan få korttidsplats tex om närstående vill åka bort.
Ökad flexibilitet, idag upplevs det som att det behöver planeras så långt i förväg.
Värdera de närståendes möjlighet att hjälpa till högre, möjliggör deras deltagande på lämplig nivå, stöd dem att bevara hälsan.
Den psykiska belastningen värre än den fysiska.

Det finns inte tid att låta de äldre göra allt de klarar själva.

Lära sig att värdera när det är befogat att hjälpa kontra att ha händerna på ryggen. Handlar mycket om självdisciplin.

Bra med anhörigträffar där detta tas upp och diskuteras. Leder till ökad kunskap/förståelse.

Område ansvar

Utifrån följande påståenden framkom:

Det är ett hinder inom äldreomsorgen att vi har olika syn på ansvarsfrågor:

Problemområden arbetsmiljöansvaret, ansvar kommun-primärvård-landsting(region).

Ansvarsfördelning ssk/usk gällande medicinhantering (kontroll av apodos, signeringslistor o.dy.) Diskutera i smågrupper, gå igenom rutiner, ha klara riktlinjer, tydlig information och möjlighet till information och dialog.

Ofta gränsdragningsproblem kommun/region. Svårt att veta vem man skall vända sig till. En instans som kan ge upplysning om vem man ska vända sig till typ informationscentrum vore behövligt.

Baspersonalen (usk/vb) står närmre sjuksköterskan än arbetsterapeut/sjukgymnast i det vardagliga arbetet.

Vårdtyngden har ökat, de äldre ligger inte kvar lika länge på sjukhus vilket leder till ökat behov av rehabilitering och hjälpmedel.

Behov av ökade möjligheter för rehabpersonal att vara ute bland personalen för att bli öka på det reahbiliterande tänket och arbeta mer i förebyggande syfte.

Medicinsk/sjukvård har högre prioritet (omvårdnadsperspektiv) rehab prioriteras ned. Mer kontakt med ssk påverkar hus arbetet prioriteras.

Sjuksköterskan bör ha ansvar för att rätt medicin och omläggingsmaterial finns till hands.

Problem med apodossystemet. Ex har läkare ändrat i ordination på medicinen tar det tid innan det kommer in i apodossystemet.

Apodosrutinerna bör förbättras - MAS fråga

Enhetschefer och biståndshandläggare finns i bakgrunden och har främst betydelse för det vardagliga vård- och omsorgsarbetet genom att besluta om och fördela resurser.

Enhetschefer bör arbeta ut mer på enheterna för att öka förståelsen för arbetssituationerna. Personalen bör öka sin flexibilitet att arbeta mer över gränserna, fördela resurserna bättre.

Det brister i uppföljningen från resurshjälpare (enhetschefer och biståndsbedömare)

7. Det brister i uppföljning från resurshjälpare (enhetschef och biståndsbedömare)

Uttalad upplevelse över att man inte hinner med. Kanske skulle uppdelning mellan biståndsbedömare och enhetschefsskap ge tid åt uppföljning och att ha en kontinuerlig kontakt med baspersonal.

Titta över organisationen, resursutnyttjande av resurshjälpen
Fungerar bättre i hemtjänsten. Behövs bättre rapportering på äldreboendena. Snabba ändringar gör det svårt. Saknas tid.

Biståndsplanerna är viktiga måste vara aktuella. Fler biståndsbedömare.

Uppföljningen är särskilt viktig för äldre som inte har stöd från närstående utan kanske är ensamma.

Det är oklart vem som skall ansvar för att hjälp erhålls till aktiviteter och ärenden utanför hemmet tex. tandläkarbesök, komma ut och handla

Det tar tid att ringa runt och försöka samordna aktiviteterna. Det är stora problem med sjukresor och det fungerar dåligt.

Taxi från andra delar av Västra Götaland kan ha stora svårigheter med att hitta i/till våra små byar. De gamla kan få åka långa sträckor extra för att komma fram till ex. Borås Lasarett. Problem för medföljande personal att åka tillbaka om den äldre är tvungen att stanna kvar på lasarettet.

Styrs av biståndsbeslutet. Kontakten med anhöriga har blivit bra. Klart för med personalen, men kan ibland upplevas oklart framför allt för anhöriga.

Viktigt att klargöra ansvaret härför. Att äldre som behöver den här typen av hjälp får det är lika viktigt som att få hjälp med annat.

Det är enklare att avgöra vem som har ansvar för att praktisk, handgriplig hjälp erhålls än hjälp av existentiell, social karaktär.

Lyfta frågan, öka medvetenheten. Mer utbildning i sociala och existentiella frågor och behov. Större tillgång till kuratorer och psykologer för de äldre.

Söks inte kontakt/bistånd. Svårt att gå vidare med när det upptäcks, vilken "vård"form ?, kyrkan ? Svårare upptäcka behoven

Svårt att se och mäta. Oklart vem som är ansvarig

Handledningsbehov av sjuksköterska. Kuratorshjälp saknas.

Även sociala och existentiella behov måste ingå i biståndet när så behövs. Tid krävs för att tillgodose sådana behov.

Det finns genomgående låga förväntningar bland personal på att äldre själva skall ta ansvar för att få hjälp.

Kan tro att vi vet vad vårdtagaren måste ha för hjälp, finns risk för att vi ser större behov än vad som finns.

Låter inte vårdtagaren ta initiativ utan styr patienten för mycket, fokuserar på problem.

Område kompetens

Utifrån följande påståenden framkom:

De olika grupperna känner inte till varandras kunskaper och kompetens.

Upplevelse av att arbetsterapeuter och sjukgymnaster är de yrkesgrupper som är minst kända. Fördel med kunskap om varandras funktion och kompetens vilket ökar möjlighet till att kompetens utnyttjas rätt. Okunskap kan medföra svårigheter, icke förståelse och stelbenthet mellan yrkesgrupper.

Auskultation/gå bredvid. I introduktion av ny personal ska en genomgripande information om yrkesgrupper och deras områden finnas.

Arbetsrotation i kommunen

Om personal ges tillfälle att pröva på varandras arbete kan det utveckla kunskaper MEN får inte innebära att det blir fler personer kring den äldre-betänk behovet av kontinuitet som viktigt för trygghet

Utvecklingsdag

Det finns kompetens som ej används / får utlopp. Använd kompetensen rätt.

Rehabgruppen instämmer mer. Om man inte känner till kompetensen helt kan inte resursen utnyttjas.

Det behövs fler och välutbildade kontaktpersoner.

Kontaktmannaskapet är bristfälligt, man skulle titta mer på lämplighet och personkemi. Man ska aktualisera vad det innebär att vara kontaktperson regelbundet.

Det brister inte i mängden, men man ska kontinuerligt följa upp och uppgradera kontaktmannaskapet.

Utbildning kan nog behövas, men kanske viktigast är att rätt person - med intresse för den äldre personen med förmåga till empati - är kontaktpersoner.

Baspersonalen (undersköterska/vårdbiträde) behöver mer utbildning och större kompetens.

Kommentar: Betänk att kompetens och utbildning inte är samma sak. Praktisk erfarenhet och fallenhet är en viktig del av god kompetens. Utbildning kan behövas för att uppdatera sig tex för ny teknik. Men också som ”belöning” och stimulering.

TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD

Rapporter i serien Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad: 2002 - 2005

Ehrnlund L, Essedahl L, Sjövari K, Karlsson P-Å (2005) Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Karlsson P-Å, Höglund E et al (2005) Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Sennemark E, Hanson E, Magnusson L (utgivning 2005) Jag har ju barnen som kommer”... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Brovall, C., Hanson, E., Magnusson, L., et al. (2004). Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Johnsson L. (2003)Handledning av biståndsbedömare. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Nilsson M, Magnusson L. (2002) Publ. 2003. Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Andersson B-A, Hanson E, Magnusson L, Lidskog R, Holm K. (2002) Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Källman U, Andersson B-A. (2002) Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg - Kartläggning av förutsättningarna för en etablering. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Ingemansson M, Nilsson M, Sonn U (2002). Rehabilitering för äldre - guide vid val av mätinstrument. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Arbetsrapporter och delrapporter: 2002 - 2005

Sennemark E, Hanson E, Magnusson L (2005) Gemenskap på äldre dar'. En studie om äldre kinesers livssituation, behov och önskemål inför ålderdomen.

Winqvist I (2005) Utvärdering av projekt Efterlevandestöd för anhörigvårdare

Nolan M, Hanson E, Nolan J, Magnusson L, Sennemark E. (2005) Planeringsinstrument för anhörigstöd. (Utgivare: Socialstyrelsen)
Notera: Den svenska rapporten från COAT-projektet

Winqvist I, Hanson E (2005) Meningsfull dag i särskilt boende. En litteraturoversikt.
Hanson E, Nolan J, Magnusson L, Sennemark E, Johansson L, Nolan M, (utgivning 2005)
The development and pilot testing of COAT – the Comparative Outcome Assessment Technique for family carers of older people. (ÄVS rapport)
Notera: Den engelska rapporten från COAT-projektet

Dunér Anna, Nordström M et al (2005) Kollegiegranskning av biståndsbedömare inom äldreomsorgen

Lancha, M. (2005) En kartläggning av äldre finska invandrares kostvanor och hälsa i Marks kommun.

Björfjäll, A., Johansson, J. (2004) IT för lärande i vården – informations- och kommunikationsarena för kunskap inom nätverk.

Björfjäll, A., Johansson, J. (2004) Prova På Rums-verksamhet i Borås Stad – en beskrivning av språkträning för personer med afasi.

Holm K. (2003) Metoder för granskning av webbplatsers tillgänglighet med fokus på navigering.

Ehrlund L, Essedahl L, Sjövari K och Karlsson P-Å. (2003) Samrehab Mark Svenljunga - idé, verksamhet och erfarenheter hittills. Nulägesrapport 26 maj 2003.

Loberg M. (2003) Vad gör de som hjälper dom gamla i hemmet? Delrapport 1 från FoU-projektet med samma namn.

Arbetsrapporter och delrapporter: 2002 - 2005 (forts.)

Brovall C, Hanson E, Magnusson L. (2003) Brukare i samtal - utveckling av palliativ vård för äldre i Tranemo kommun.

Holm K. (2002) Informationscentrums webbplats - utvecklingen av en användbar databasdriven webbplats med användarna i fokus. Ett delprojekt i Informationscentrum för äldre och deras närstående. ÄldreVäst Sjuhärad.

Göransson K, Helgesson-Björk C, och Andersson B-A. (2002), Utvärdering av system för registrering av tid inom hemvård.

Nilsson. M. (2001). Publ. jan 2003. Den kommunbaserade rehabiliteringens effekt på livskvaliteten hos äldre. En kritisk litteraturgranskning.

Ljunggren A, Magnusson L, Andersson B-A, Apelqvist S-O, Bogsjö I, Hessel E och Hofflin B. (2002) Fokus på frivillighet med och för äldre. En kartläggning av frivilligmedverkan i omsorg och vård om äldre och deras familjer.

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom äldreområdet och området för funktionshinder som funnits sedan 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn, Västra Götalandsregionen samt Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Socialstyrelsen.

Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom områdena äldre och funktionshinder.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler (mer om högskolan på www.hb.se)

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldrevast.hb.se.

Där finns bland annat beställningsformulär för tidigare utgivna rapporter.

