

Framtidens hemtjänst?

Om valfrihet/inflytande, förenklad
biståndsbedömning och nya yrkesroller

Utvärdering av Askimsmodellen

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid FoU i Väst/GR

En FoU-rapport vid FoU i Väst/GR ska:

- vara relevant för praktiskt verksamma och politiker inom välfärdsområdet,
- sätta studien i ett vidare sammanhang och vända sig till en bredare målgrupp än de som är direkt berörda,
- vara utvecklingsorienterad,
- anknyta till relevant forskning/kunskapsutveckling inom området,
- innehålla en beskrivning av metod och tillvägagångssätt samt en genomarbetad analys,
- vara tillgänglig, välstrukturerad och kännetecknas av god språkbehandling,
- före publicering granskas av forskare och anställda inom Göteborgsregionens kommunalförbund och Västra Götalandsregionen.

© FoU i Väst/GR

Första upplagan november 2007

Layout: Infogruppen GR

Omslagsbild: Ola Kjelbye

Tryckeri: PR-Offset, Mölndal

ISBN: 978-91-89558-46-5

FoU i Väst/GR

Göteborgsregionens kommunalförbund

Box 5073, 402 22 Göteborg

e-post: fou@GRkom.se

Framtidens hemtjänst?

Om valfrihet/inflytande,
förenklad biståndsbedömning
och nya yrkesroller

Utvärdering av Askimsmodellen

Carina Löfström

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	7
1. DET ÄR NÅGOT PÅ GÅNG.....	11
ASKIMSMODELLEN	11
<i>Siffror vid början av projektet</i>	13
UTVÄRDERINGEN	13
<i>Utgångspunkter och förutsättningar</i>	14
Utvärderingens syfte.....	15
<i>Tillvägagångssätt</i>	16
Ute i hemtjänsten i Askim	16
Vid skrivbordet	18
RAPPORTENS DISPOSITION.....	18
2. NYA IDÉER UTMANAR GAMLA	21
FÖRETAGISERINGENS FORMER.....	21
<i>Äldreomsorgens företagisering</i>	22
Kundval i hemtjänsten	23
”Närliggande områden”	24
SÅLEDES.....	26
3. FÖRENKLAD BISTÅNDSBEDÖMNING?	29
FÖRENKLING FÖR VEM?	29
<i>Förenklad handläggning vid serviceinsatser</i>	30
... <i>för vårdtagarna</i>	31
... <i>för biståndsbedömarna</i>	32
Beställar-/utförarmodellen infördes	32
Bättre med timmar än insatser	33
Det faktiska arbetet.....	33
SÅLEDES... ..	35
4. VALFRIHET, SJÄLVBESTÄMMANDE OCH INFLYTANDE?	37
TRYGGHET OCH INFLYTANDE I ASKIM	38

<i>Upplevelser av valfrihet</i>	42
Användning av servicemenyn.....	43
Ändring av insatser genom val.....	45
Trygghet, inflytande och valfrihet.....	45
SÅLEDES.....	47
5. NYA YRKESROLLER?	49
HEMTJÄNSTARBETETS UTVECKLING OCH TRADITIONER.....	49
ASKIMPROJEKTETS UTVECKLING	53
<i>Serviceteamet om valfrihet och motivationsarbete</i>	54
<i>Omsorgsteamerna om medicinsk kompetens</i>	55
<i>Samarbete med de andra?</i>	56
<i>Fördelar och nackdelar med det nya?</i>	59
Omsorgsteamerna	61
Serviceteamet	62
Renodlingen av yrkesrollerna i teamen.....	64
<i>Hur påverkades sjukfrånvaron?</i>	65
SÅLEDES.....	67
6. EKONOMISKA KONSEKVENSER?.....	69
SMÅ KOSTNADER.....	69
SÅLEDES.....	70
7. FRAMTIDENS HEMTJÄNST?	71
ASKIMSMODELLEN EN DEL AV DEN NYA TENDEN	71
<i>Arbetet med biståndshandläggningen</i>	72
<i>Trygghet, inflytande och valfrihet</i>	73
<i>Renodlade yrkesroller</i>	75
Inflytandets dilemma	77
FÖRÄNDRING TAR TID!.....	77
<i>Vanans makt</i>	78
TILL SLUT	80
EPILOG	81
BILAGOR.....	84
BILAGA 1: ENKÄT TILL VÅRDTAGARNA	84
BILAGA 2: ENKÄT TILL PERSONALEN	85
BILAGA 3: UTFÖRDA AKTIVITETER I SERVICETEAMET 2005 & 2006.....	87
BILAGA 4: FÖRENKLAD ANSÖKAN/BISTÅNDSBEDÖMNING AV SERVICE- INSATS	88
BILAGA 5: ÅTGÄRDSUNDERLAG TRYGGHETSLARM	90
BILAGA 6: BREV OCH SERVICEMENY	91
REFERENSER	93
RAPPORTER FRÅN FOU I VÄST/GR.....	96

Sammanfattning

Det kan konstateras att det är något på gång inom äldreomsorgen i såväl Sverige som övriga Norden. Än så länge tycks det dock inte som att någon bestämd modell för framtidens hemtjänst har valts. Olika försök med olika sätt att organisera verksamheten har gjorts, som ibland övergått till ordinarie verksamhet och ibland bara stannat vid försök. Denna text handlar om utvärderingen av en modell som prövades inom hemtjänsten i stadsdelen Askim i Göteborg under två år mellan år 2005-2006, den så kallade Askimsmodellen.

Det tvådelade syftet med projektet var dels att ge de äldre kommuninvånarna i Askim ökad valfrihet, större självbestämmande och ett direkt inflytande över de serviceinsatser som de blev beviljade, dels att tillvarata personalens kompetens och engagemang och förbättra arbetsmiljön genom att bland annat utveckla och renodla nya yrkesroller. Det skulle uppnås genom att arbeta med förenklad biståndsbedömning, att erbjuda vårdtagarna att utifrån beviljade timmar välja serviceinsatser från en servicemeny samt att omorganisera hemtjänstarbetet i två olika inriktningar, service och omsorg.

FoU i Väst/GR fick i uppdrag att under det andra året av projektiden, utvärdera modellen genom att beskriva och analysera utvecklingsarbetet. Det skulle göras genom att undersöka vilka konsekvenser det nya sättet att organisera hemtjänsten i Askim fick för de äldre, personalen, ekonomin och biståndsbedömningen samt vilka de kritiska faktorerna var i relation till projektets uppsatta mål.

De frågor som specifikt skulle besvaras var:

- hur arbetet och de juridiska aspekterna påverkades vid de förenklade bistånden samt vilka konsekvenser detta gav,
- om vårdtagarna upplevde större valfrihet och självbestämmande och hur de upplevde och använde servicemenyn,

- vad personalen tyckte om de renodlade yrkesrollerna, hur relationen mellan omsorgsteamet och serviceteamet utvecklades och hur relationen till hemsjukvården utvecklades
- samt vilka de ekonomiska konsekvenserna blev.

Utvärderingen genomfördes genom intervjuer med såväl vårdtagare som personal och deltagande observationer vid möten och i det dagliga arbetet. Därtill genomfördes en enkätundersökning vid slutet av projektet som riktades till både personal och vårdtagare.

Slutsatserna är att de flesta var positivt inställda till projektets innehåll. Samtidigt hade man vid projektets slut ännu inte nått fram till projektets alla intentioner, vilket i rapporten påtalas som vanligt i alla förändringsarbeten. Förändring tar tid och ju mer okända idéerna är som introduceras, desto längre tid krävs för att ändra de sätt som man är van vid att arbeta eller få sin hemtjänst utförd. Utvecklingsarbetet fortsatte därför även efter projekt-tidens slut samtidigt som man beslutade att försöket skulle övergå i ordinarie verksamhet.

Vid utvärderingens slut kunde det konstateras att:

- **förenklad biståndsbedömning** kan ha minst två betydelser, dels förenkling för vårdtagarna och dels förenkling av biståndsbedömarnas arbete. I Askim handlade det framförallt om att göra det enklare för vårdtagarna, att på ett lättillgängligt sätt erbjuda en service som vårdtagaren själv kunde bestämma över. Förenklingen bestod i en förenklad blankett för utredningen och att biståndsbedömarna inte skulle göra hembesök vid ansökan om serviceinsatser. Vårdtagarna erbjöds att välja serviceinsatser från en ”servicemeny” utifrån beviljade timmar. Omsorgsinsatser utred- des på samma sätt som tidigare. Valet av detta arbetssätt baserades på socialtjänstlagen (SFS 2001:453), kommunallagen (SFS 1991:900) och mervärdesskattelagen (SFS 1994:200), vilket verkade juridiskt korrekt vid tiden för projektets början. Hur valet av förenklad biståndsbe- dömning står sig i relation till de nya lagar som introducerats, lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre (SFS 2006:492), samt lag om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete (2007:346) lämnas dock till framtida juridiska analyser och behandlas inte här. Biståndsbedömarna var positivt inställda till projektets inne- håll. De upplevde att vårdtagarna erbjöds större inflytande, framförallt kring när hemtjänsten skulle utföras. Sättet att organisera verksamheten gjorde också att vårdtagarna i större utsträckning fick den hjälp de var beviljade, det vill säga både service och omsorg. Vid det tidigare sättet

att arbeta fick ofta serviceinsatser stå tillbaka till förmån för omsorgsinsatser. Biståndsbedömarnas eget arbete verkade dock inte nämnvärt förenklas.

- **vårdtagarna fortsatte** att framförallt välja städning, inköp och tvätt. Mellan de två åren var det ingen påfallande förändring i utförda aktiviteter. Det fanns vid samtalen med vårdtagarna olika förklaringar till det. Det handlade till exempel om att en del insatser utfördes av anhöriga, att om man hade ansökt om en viss insats så var det den man önskade få utförd, eller att om man skulle ansöka om utökat bistånd skulle det också kosta mer. Vårdtagarna uppskattade dock att det genom projektet gavs möjlighet att få städning varje eller varannan vecka istället för som tidigare var tredje vecka. Det stod klart att det var socialtjänstlagens norm kring individens självbestämmande och regeringens mål för äldreområdet om att kunna ha inflytande, känna trygghet och bemötas av respekt som var den mest framträdande i projektet, snarare än en marknadslogiks definition av valfrihet. Svaren som gavs vid samtalen med vårdtagarna handlade väldigt sällan om val mellan olika alternativ utan snarare om en önskan om inflytande *kring hjälpens innehåll och tidpunkt för utförandet* samt betydelsen av *vem som utförde* tjänsten. I Askim upplevde vårdtagarna trygghet och inflytande i väldigt hög grad, vilket i sig verkade leda till en upplevelse av valfrihet. Den goda relationen mellan vårdtagarna och kontaktpersonerna medförde att vårdtagarna kände sig trygga att formulera sina önskemål och behov och få dem tillgodosedda. Det i sig gjorde att vårdtagarna upplevde att de kunde välja. Eftersom vårdtagarna redan före projektet var väldigt nöjda med hemtjänsten i Askim är det dock svårt att dra för bestämda slutsatser om att alla positiva omdömen var projektets förtjänst. Å andra sidan lyckades man behålla vårdtagarna nöjda och till och med öka upplevelsen av inflytande och trygghet, trots en stor organisationsförändring.
- utifrån förväntade scenarion med ökad andel äldre i befolkningen som bor kvar hemma oavsett hjälpbehov, förefaller det viktigaste området att satsa på inför framtiden vara **personalens kompetens och engagemang**. Inte minst stöder denna utvärdering det antagandet. Om vårdtagaren känner trygghet genom att bli bemött med respekt och utifrån egna behov, kräver det en kompetent personal som trivs med sitt jobb. Ett sätt att göra det möjligt skulle kunna vara det som genomfördes i Askim, att renodla yrkesrollerna för undersköterskorna. Den övervägande delen av undersköterskorna var positiv till att den tidigare komplexiteten i

arbetet nu hade renodlats. Undersköterskorna beskrev både fördelar och nackdelar med det nya sättet att organisera verksamheten men det var bara någon enstaka av dem som ville återgå till det gamla sättet att arbeta. Men det skilde sig mellan serviceteamet och omsorgsteammen. Medan det var cirka hälften i serviceteamet som var positiva var nästan alla i omsorgsteammen det. Det var alltså tydligt att personalen upplevde omorganisationen som i grunden bra men också att det fanns en skillnad mellan de två teaminriktningarna. De flesta upplevde att de nu arbetade mer professionellt men i omsorgsteammen upplevde de också att statusen hade ökat. Uppfattningen att man ännu vid projektets slut inte riktigt hade uppnått projektets intentioner delades dock av personalen i alla teamen. Utvecklingsarbetet fortsatte således här även efter utvärderingens slut.

- Eftersom projektet bestod i ett antal aktiviteter och förutsättningarna efterhand förändrades, föreföll det **omöjligt att göra en ekonomisk konsekvensanalys**. Verksamhetschefen för äldreomsorgen i Askim beskrev dock att projektet genomfördes utan extra finansiering (förutom bidrag från Göteborgs Stad till delar av projektledarens lön och utvärderingen) och inte hade medfört några extra kostnader.

I rapporten diskuteras slutsatserna i förhållande till andra liknande projekt, utvärderingar och annan forskning kring hemtjänstens organisering.

1. Det är något på gång...

I stadsdelen Askim i Göteborg har det sedan 2005 pågått ett förändringsarbete inom hemtjänsten som väckt stor uppmärksamhet. Representanter från en mängd kommuner har varit på besök, andra stadsdelar inom staden har önskat noggrant följa utvecklingen och stadens största tidning Göteborgs-Posten har berättat om initiativet (G-P, 06-01-12). Detta långt före projektet planerades att vara klart! Det är alltså något på gång, såväl i Askim som i övriga landet, som många ägnar stort intresse. Förstås planeras som vanligt framtiden, förstås innehåller den förändringar men kanske är innehållet denna gång så pass annorlunda att det leder till nya sätt att betrakta och organisera verksamheterna...?

Den text du nu har i din hand berättar om Askimsmodellen utifrån den utvärdering som gjordes under det andra året av projektet. Framförallt kommer det här att handla om valfrihet/inflytande för de äldre, förenklad biståndsbedömning samt nya yrkesroller för personalen, vilka verkar vara några av de områden som betraktas som nyckelfaktorer i framtidens hemtjänst. Det görs förstås genom att beskriva utvecklingen av projektet i Askim men också med hjälp av tidigare forskning och utredningar som beskriver hemtjänsten och andra liknande utvecklingsarbeten.

Askimsmodellen

Under perioden 2005-2006 prövade hemtjänsten i Askim ett nytt sätt att organisera verksamheten. Uppdraget var att ”starta en försöksverksamhet med hushållsnära tjänster utan biståndsbedömning”, vilket var ett av delmålen i Göteborgs Stads handlingsplan för äldreomsorgen¹. Utgångspunkten i

¹ ”Framtidens äldreomsorg. Så ska äldreomsorgen utvecklas i Göteborg 2002-2010.”

planen var att en generös fördelning av hushållstjänster kunde ha ett stort förebyggande värde och bland annat underlätta att kunna bo kvar hemma och öka möjligheten till självständighet. Ett ytterligare delmål för att öka inflytande och trygghet var att biståndsbesluten skulle ”utmytna i ett antal timmar vars innehåll den enskilde har stort inflytande över”. Askim var den stadsdel i staden som först prövade att genomföra projekt i riktning mot dessa delmål. Göteborgs Stad ansåg det därför viktigt att följa projektets utveckling och bidrog med medel till SDF Askim och FoU i Väst/GR fick i uppdrag att utvärdera projektet.

Det tvådelade *syftet* med projektet var dels att ge de äldre kommuninvånarna i Askim en ökad valfrihet, större självbestämmande och ett direkt inflytande över de serviceinsatser som de blev beviljade, dels att tillvarata personalens kompetens och engagemang och förbättra arbetsmiljön genom att bland annat utveckla och renodla nya yrkesroller.

Projektet drevs av en projektledare som tidigare hade varit enhetschef/biståndshandläggare inom hemtjänsten i Askim. Under senhösten 2004 gjorde hon tillsammans med några av undersköterskorna studiebesök i tre andra kommuner som organiserade hemtjänsten på olika alternativa sätt². Utifrån erfarenheter därifrån utarbetades modellen för hemtjänsten i Askim.

Det nya sättet att organisera verksamheten innebar att hemtjänsten delades in i ett ”serviceteam” och två ”omsorgsteam”. Yrkesrollerna renodlades och tydliggjordes i uppdragsbeskrivningar där personalen sedan fick välja i vilket team de ville arbeta. Omsorgsteamerna skulle arbeta utifrån ”traditionella” biståndsbeslut medan serviceinsatserna från serviceteamet skulle kunna väljas från en ”servicemeny”. Biståndsbedömningen skulle här vara förenklad där insatserna skulle beviljas individuellt i timmar i stället för som tidigare i insatser. En kontaktman från serviceteamet skulle tillsammans med den äldre skriva en serviceplan där den äldre skulle få välja insatser och när de skulle utföras. Serviceteamet skulle, utöver att arbeta utifrån servicemenyn, också utföra transporter till och från dagcentral samt ledsagning som skulle beviljas genom traditionell biståndsbedömning. Dessutom skulle undersköterskorna i serviceteamet fungera som ”förebyggandeambassadörer”, att vara inspiratörer till och informatörer kring de olika förebyggandeaktiviteter som stadsdelen erbjöd. Därtill skulle samarbetet med dagcentralerna utökas och kontaktmannaskap och social dokumentation förbättras. När det gällde omsorgsinsatserna skulle man utöka samarbetet med hemsjukvården där två bestämda sjuksköterskor skulle arbeta direkt med ett omsorgsteam vardera. På samma sätt som serviceteamet skulle arbeta med serviceplaner skulle omsorgsteamerna

² Helsingborg, Linköping och Nacka.

arbete med omsorgsplaner. Ett utökat samarbete med rehabpersonalen från hemsjukvården pågick redan sedan tidigare. Den 14 mars 2005 började man att arbeta utifrån den nya modellen.

Siffror vid början av projektet

Stadsdelen Askim hade vid årsskiftet 2004/2005 22 215 invånare varav andelen personer över 65 år var 14 procent och över 80 år var 3,7 procent. Antal personer som hade hemtjänst var 159 och 124 personer bodde i särskilda boendeformer³. De årliga kvalitetsmätningarna som gjordes med hjälp av enkätundersökningar inom alla stadsdelar i Göteborgs Stad för att följa brukares och medarbetares uppfattningar av verksamheterna⁴ visade att hemtjänsten i Askim år 2004 hade de nöjdaste vårdtagarna i Göteborg: 88 för Askim och 80 för Göteborg som helhet (index=100). När det gällde nöjda medarbetare var siffran 59 i förhållande till Göteborg, 51. Sjukfrånvaron uppgick till 16,7 procent i Askim och 17,7 procent i Göteborg.

Det kan av ovanstående konstateras att hemtjänsten i stadsdelen Askim redan vid starten av projektet hade mycket nöjda vårdtagare. Även medarbetarna var något nöjdare än den medelanställda i Göteborg. Sjukfrånvaron låg något lägre men relativt jämnt i förhållande till övriga stadsdelar.

Utvärderingen

En utvärdering beskrivs ofta som ”en systematisk kartläggning och bedömning av en pågående eller avslutad verksamhet” vilket betyder att ”man beskriver, analyserar och till sist värderar en verksamhet” (Holmer, 2003, s.7). Det kan finnas flera anledningar till att utvärdera och det kan finnas många olika aktörer som är intresserade av resultatet. Dessa två aspekter påverkar också vad det är som önskas utvärderas, av vem och hur. När det gällde projektet i Askim var det Göteborgs Stads ambition att utvärderingen till stor del skulle handla om att inhämta kunskap för att kunna ge vägledning till andra stadsdelar inför framtida vägval. I Askim önskade man dessutom få kontinuerlig återkoppling i det pågående utvecklingsarbetet. Det skulle således handla om att ta reda på vilka konsekvenser de olika delarna i Askimmodellen medförde med avseende på olika aspekter. Utifrån projektledningens förslag beslutade vi att följande fyra frågeområden kunde vara relevanta att belysa:

³ ”Askim i ett nötskal”, OH-presentation på stadsdelens hemsida: www.askim.goteborg.se, 2005-11-18.

⁴ <http://www.balansen.goteborg.se>

Vårdtagarna

- Upplevde de äldre i Askim större valfrihet och självbestämmande?
- Hur användes de olika insatserna i servicemenyn?
- Hur upplevde de äldre servicemenyn?

Personalen

- Vad tyckte personalen om de renodlade yrkesrollerna som innebar att arbeta med social service eller omsorg?
- Hur påverkades sjukfrånvaron?
- Hur utvecklades relationen mellan omsorgsteam och serviceteam?
- Hur utvecklades relationen till hemsjukvården?

Ekonomi

- Gick det att se någon förändring i form av ökade eller minskade kostnader?

Biståndsbedömningen

- Hur påverkades arbetet vid de förenklade bistånden?
- Hur påverkades de juridiska aspekterna vid biståndsbedömningen?
- Vilka konsekvenser fick beviljandet av bistånd i timmar istället för insatser?

Utgångspunkter och förutsättningar

En utgångspunkt för utvärderingen var att de förändringar som skedde inom offentlig sektor vid tiden för projektet var en del av den utveckling som pågått sedan slutet av 1980-talet då rådande organisationsformer började ifrågasättas (Forssell & Jansson, 2000; Blom, 2006). Till stor del handlade det om att använda mer marknadslika styrformer som hämtades från sätten att organisera företag. För dem som arbetade i offentliga verksamheter innebar det att helt nya idéer utmanade och förväntades ersätta de gamla sätten att tänka och arbeta. Nya ideal, som till exempel valfrihet och inflytande i Askim, skulle gälla för såväl brukare som personal. Många studier av förändringar inom offentlig verksamhet har dock påtalat komplexiteten i försök där etablerade normer ifrågasätts (ex Brunsson & Olsen, 1990; Jacobsson, 1994; Sahlin-Andersson, 1994; Røvik, 1998; Selander, 2001). Konsekvenserna av förändringsinitiativen beskrivs som motstridiga, svårtydbara, oväntade etc. Ju mer okända nya idéer är, desto fler repetitioner och längre tid behövs för att uppnå förändring (Czarniawska & Joerges, 1996; Löfström, 2003). Förändringsinitiativ kan också leda till olika utvecklingsscenarier på olika platser i organisationen

beroende på hur förutsättningarna ser ut just där (Löfström, 2003).

En ytterligare aspekt som var grundläggande för utvärderingen var min kunskapssyn, det vill säga den uppfattning som jag som forskare har om möjligheterna att inhämta kunskap och hur den kunskapen förstås. Min utgångspunkt var att det inte finns en bästa lösning som när vi funnit den alltid kommer att råda. Däremot hade jag ett socialkonstruktivistiskt perspektiv (Berger & Luckmann, 1979). Det innebär att olika handlingsätt, det vill säga saker man gör i till exempel arbetet, blir självklara sätt att arbeta på och som de flesta i personalen under en period kan betrakta som det ”bästa sättet”. Så länge det är så är det också svårt att förändra.

En tredje utgångspunkt som avgjorde valet av tillvägagångssätt var att det under hela perioden pågick ett utvecklingsarbete i Askim där olika förutsättningar efterhand förändrades. Det i sin tur fick betydelse för hur olika aspekter kunde beskrivas och värderas. Det handlade till exempel om att arbetet omorganiserades för biståndsbedömarna från en traditionell organisation i början av projektet med ansvar för såväl myndighetsutövning och arbetsledning till en delad organisation där biståndsbedömarna svarade för myndighetsutövningen och enhetschefer ansvarade för personalen. Personerna som ingick i de båda grupperna var inte heller desamma under hela projekt-tiden. Utvecklingsarbetet handlade också om att ett av teamen flyttade till en lokal med annan placering, de olika valmöjligheterna i servicemenyn ändrade plats, valmöjligheten ”social aktivitet” tillfördes, samarbete med COOP för att få färdigpackade varor startade, etc. Under hela projektperioden och fortfarande i skrivande stund pågick alltså ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Utvärderingen kunde därför inte på ett enkelt sätt beskriva olika aktiviteters effekter och konsekvenser.

Sammantaget talade utgångspunkterna och förutsättningarna för valet av det som kallas processutvärdering (Vedung, 1998). Det skulle handla om att följa och beskriva utvecklingsprocessen, det vill säga sättet de arbetade på i projektet för att åstadkomma förändring, snarare än att enbart bestämma och bedöma ett slutligt resultat. Vad som i dagsläget betraktas som ”bästa sättet” är ämne för politisk debatt och kommer inte att värderas här. Genom beskrivningarna kommer dock olika resultat att diskuteras och jämföras med varandra och med tidigare studiers och utvärderingars resultat.

Utvärderingens syfte

Med de fyra frågeområdena som utgångspunkt formulerades syftet med utvärderingen som att beskriva och analysera hur organiseringen av Askimsmo-dellen utvecklades. Det skulle göras genom att undersöka vilka konsekvenser det nya sättet att organisera hemtjänsten i Askim fick för de äldre, personalen,

ekonomin och biståndsbedömningen samt vilka de kritiska faktorerna var i relation till projektets uppsatta mål. Därmed var tanken att utvärderingen kunde bidra med en ökad förståelse kring förutsättningarna för och utvecklingen av projektet.

Tillvägagångssätt

Som övergripande metod användes fallstudien där grundtanken var att kombinationen av olika slags information kunde ge en mer utvecklad förståelse än att enbart förlita sig på en typ av information (Flyvberg, 1991; Yin, 1994). Olika sorters information kan vara det människor berättar i intervjuer, hur människor arbetar i sina olika verksamheter, hur de relaterar till varandra inom och utom sin egen verksamhet – vid olika tillfällen. En annan typ av information är den som kan hämtas ur kvantitativa mätningar. Utvärderingen kom därför att genomföras såväl i form av intervjuer och deltagande observationer som kvantitativa verksamhetsbeskrivningar och enkätundersökningar. Genom att information från olika källor ställs mot varandra kan hållbarheten i en slutsats prövas, det vill säga det som brukar kallas triangulering (Patton, 1987).

Ute i hemtjänsten i Askim

När utvärderingen startade hade projektet redan pågått ett år. Arbetet inledes därför med att kartlägga situationen och peka på vilka kritiska faktorer som uppfattades vara avgörande för den fortsatta utvecklingen. Det gjordes genom intervjuer med de äldre och personalen, observationer av arbetet i de tre teamen samt återkommande samtal med projektledaren, verksamhetschefen och enhetschefen. Därutöver hämtades information kring utnyttjande av servicetjänster, samt uppgifter om sjukfrånvaro ur stadsdelens egen rapportering. Under våren intervjuades verksamhetschefen, två enhetschefer (en av dem slutade efter årsskiftet 2005/2006), tre biståndsbedömare (två av dem slutade under 2006/2007), tre teamledare samt sex vårdtagare.

Urvalet av vårdtagare gjordes av hemtjänstpersonalen utifrån mina önskemål att prata med några som hade enbart service, några som hade både service och omsorg, några som hade haft hemtjänst länge och några som var nya vårdtagare. Därtill skuggades (observerades) arbetet i de tre respektive teamen då det också gavs möjlighet att samtala med vårdtagarna. Vid några tillfällen tog jag också rollen som arbetande personal (eftersom jag tidigare även har arbetat som undersköterska var det naturligt). Vid skuggningen av serviceteamet närvarade jag även vid två tillfällen där undersköterskorna hjälpte vårdtagaren att besvara den årliga brukarenkäten. Det gav ingående beskrivningar av hur man uppfattade hemtjänstens arbete. Sammantaget vidtalades cirka 15 vårdtagare genom antingen intervjuer eller samtal vid

skuggningarna. Så snart som möjligt antecknade jag reflektioner och utsagor i det lilla anteckningsblock som alltid fanns med. Det gjordes också under året flera deltagande observationer vid olika planeringsdagar, möten och studiebesök. Designen av det undersökande arbetet var alltså framväxande. Utifrån den information som inhämtades växte nya frågor fram som behövde besvaras som krävde ytterligare information, och så vidare. Därför användes inte heller någon bestämd intervjumall. Vid intervjuerna var utgångspunkten att respondenterna skulle få tala fritt om hur de upplevde hemtjänsten, hur det hade varit och hur det var nu. Detta för att de intervjuade själva skulle kunna peka på betydelsen av olika aspekter utan att bli styrda. Alla intervjuer förutom med en vårdtagare spelades in med bandspelare och skrevs ut ordagrant av mig.

Under hösten 2006 genomfördes även en gruppdiskussion med service-teamet över en lunch. Därtill pratade jag vid flera tillfällen under hösten med teamledarna i telefon eller vid personliga möten.

Utvärderingen avslutades vid årsskiftet 2006/2007 med att en enkät skickades ut till alla vårdtagare och all personal i hemtjänstteamen (se bilaga 1 och bilaga 2). Enkäterna utformades i form av påståenden med fyra olika svarsalternativ, som till exempel:

6. Jag har stort inflytande över innehållet i hemtjänstens insatser.

Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt

För att det skulle vara lättare att se gjordes enkäterna som riktades till vårdtagarna med större storlek på texten och med få påståenden på varje sida. Intentionen var också att sättet att formulera innehållet i påståendena skulle likna det som fanns i de årliga kvalitetsmätningarnas enkäter. Detta för att det skulle kunna bli lättare att förstå vad som efterfrågades. Enkäterna utformades i dialog med och ibland utifrån förslag från projektledaren och enhetschefen.

När det gällde vårdtagarna inkom 114 svar av 191 utdelade vilket gav en svarsfrekvens på 60 procent. Av de svarande var 68 procent kvinnor och 32 procent män. 30 procent var mellan 65-80 år, 55 procent var mellan 81-90 år och 15 procent var 91 år eller äldre. Hjälpn i hemmet var bland de svarande fördelat på 35 procent som hade enbart omsorg, 32 procent som hade enbart service och 33 procent som hade både omsorg och service.

Enkäten till personalen besvarades av alla som arbetade i hemtjänstteamen. Vid utskicket var det 15 personer i serviceteamet, 12 personer i omsorgsteam norr, 13 personer i omsorgsteam söder och 6 personer i kvällspatrullen.

Under våren 2007 samtalande jag också vid en gruppintervju med de då anställda fyra biståndsbedömarna samt intervjuade den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) för hemsjukvården i de västra stadsdelarna.

Eftersom projektet bestod i ett antal olika aktiviteter och förutsättningarna efterhand förändrades, föreföll det omöjligt att göra en ekonomisk konsekvensanalys. I det kommande diskuteras istället några aspekter som verkade relevanta för det ekonomiska utfallet genom att jämföra med ett liknande projekt som genomfördes i Stockholm.

Vid skrivbordet

Vid skrivbordet fanns alltså olika typer av information att tillgå. Intervjuutskriften analyserades genom att leta efter likheter och olikheter i utsagor och i jämförelse med de övriga samtal som hade genomförts. Ganska snart stod det klart att de flesta av vårdtagarna hade likartade uppfattningar, vilket också till stor del kom att bekräftas av enkäterna. Antalet vidtalade vårdtagare bedömdes därför som tillräckligt. På samma sätt analyserades intervjuutsagor, observationsanteckningar och enkäter när det gällde personalens uppfattningar. I den kommande texten presenteras detta både i form av citat från de vidtalade och tabeller och diagram som visar enkätsvaren. I båda fallen har jag valt ut det som verkade mest karakteristiskt för det som beskrivs. Arbetet under våren 2006 resulterade i en delrapport som presenterades för såväl ledning som stadsdelens ansvariga politiker. Delar från det materialet återfinns även i denna text.

Rapportens disposition

I det följande presenteras utvärderingens samlade erfarenheter utifrån de frågeområden som beskrivits ovan när det gällde vårdtagarna, personalen, biståndsbedömningen samt ekonomin. Det insamlade materialet har tolkats och kategoriserats utifrån framträdande teman och kritiska områden, vilket introduceras i det kommande.

I kapitel 2 placeras Askimsprojektet i det sammanhang som handlar om att nya idéer som hämtats från näringslivets styrning och organisering av verksamheter lanseras i offentlig sektor generellt och där äldreomsorgen i Norden inte utgör något undantag.

I kapitel 3 beskrivs hur biståndsenheten organiserades utifrån beställar-/utförarmodellen samt hur intentionerna med den förenklade biståndsbedömningen i form av förenklad utredning med hjälp av en enkel blankett och utelämnade hembesök blev i praktiken.

I kapitel 4 diskuteras innebörden av begreppen valfrihet, självbestäm-

mande och inflytande samt de äldres upplevelser av omorganisationen och den nya inriktningen.

I **kapitel 5** beskrivs undersköterskornas nya yrkesroller i förhållande till den historiska utvecklingen och hur de upplevde det i de olika teamen. Här återges också den medicinskt ansvariga sjuksköterskans syn på utvecklingen.

I **kapitel 6** reflekteras det över de ekonomiska konsekvenserna genom att jämföra med ett liknande projekt som genomfördes under ett år i Stockholm.

I **kapitel 7** diskuteras slutligen svaren på utvärderingens frågor i relation till liknande studier och teorier om förändringsprocesser.

2. Nya idéer utmanar gamla

Ett syfte med projektet i Askim beskrevs som att ge de äldre invånarna en ökad valfrihet, större självbestämmande och ett direkt inflytande över de serviceinsatser som de blev beviljade. Detta delsyfte kunde, i vissa delar, betraktas som en del av den utveckling som skett inom offentlig sektor sedan slutet av 1980-talet. Initiativ som tagits därefter har präglats av idéer hämtade från näringslivet, där marknaden och företagen har fungerat som förebilder för reformerna. Skandinaviska organisationsforskare använder därför ofta begreppen ”marknadisering” och ”företagisering” för att karaktärisera utvecklingen (ex: Forssell, 1994; Blomquist, 1996; Brunsson, 1998; Forssell & Jansson, 2000, Norén, 2003). För att ge en ökad förståelse kring Askimprojektets förutsättningar diskuteras i det här kapitlet generellt dessa nya idéer om styrning och organisering av offentlig sektor och specifikt vilka former det tagit inom äldreomsorgen.

Företagiseringens former

Forssell & Jansson (2000, s.33) menar att företagiseringen av de offentliga organisationerna har haft olika karaktär och omfattning. Det har för det första handlat om ”utläggning av verksamheter”, för det andra om ”interna organisationsförändringar” och för det tredje om ”förändringar gentemot avnämarna”:

Utläggning av verksamheter

- Entreprenader
- Avknoppning
- Bolagisering
- Privatisering

Interna organisationsförändringar

- Ekonomistyrning
- Internprissättning/betalt efter prestation
- Resultatenheter
- Beställar-/utförarorganisation
- Mål- och resultatstyrning

Förändringar gentemot avnämarna

- Ökad och differentierad användning av avgifter
- Kundvalssystem

Den första kategorin, utläggning av verksamheter, har handlat om verksamheternas gränser. Företagiseringsidén har kommit till uttryck genom att verksamheterna till exempel lagts ut på entreprenad. Den kvarvarande förvaltningen har fungerat som inköpare/beställare och de nya leverantörerna som producent/säljare. Den andra kategorin, interna organisationsförändringar, har handlat om att skapa interna marknader med tydligare mätning, kvantifiering och gränsdragning av enheter och verksamheter som till exempel vid beställar-/utförarorganisering eller målstyrning. Den tredje kategorin slutligen, har handlat om förändrade förhållanden mellan förvaltningarna och avnämarna, där den nya relationen varit tänkt att fungera som en marknadsrelation mellan producent och kund.

Sammantaget handlar följaktligen dessa initiativ om att på olika sätt skapa mer marknadslika förhållanden. Norén (2003) menar att idén om marknaden bygger på två hörnstenar, dels förvandlas individen till konsument som antas vilja ha sina önskningar tillgodosedda, dels antas producenterna i konkurrens tillgodose konsumentens önskemål.

Äldreomsorgens företagisering

Den nordiska äldreomsorgen har vid den beskrivna utvecklingen av offentlig sektor inte utgjort något undantag. Den blev, enligt Vabø (2005), nedslagsfält för den globala reformtrend som då kallades *New Public Management* (NPM) där idéer om marknad, decentralisering, kundorientering och ekonomisk styrning introducerades (Selander, 2001) för att öka effektivitet, mångfald och valfrihet. I Sverige fick beställar-/utförarmodellen en snabb och stor spridning och år 2003 uppgav 82 procent av alla kommuner att de använde modellen (Vabø, 2005). Likaså fick anbudskonkurrens ett genombrott under första halvan av 1990-talet, men än så länge har den inte haft samma utbredning. År 2002 fick 12 procent av dem som bodde på särskilda boenden och 9 procent

av dem som hade hemtjänst, tjänsterna utförda av privata leverantörer. En del kommuner har till och med slutat med upphandlingar av entreprenader eftersom det varken lett till mångfald, ökad kvalitet eller sänkta kostnader (Hjalmarson, 2006B). Några av dem har infört kundval i stället, vilket det i olika kommuner har skett försök med under hela 1990-talet. Denna idé marknadsförs ofta som en kvalitetsreform eftersom tanken är att producenterna konkurrerar om kvalitet till skillnad mot anbudskonkurrens där man konkurrerar om pris (Vabø, 2005).

Kundval i hemtjänsten

Liksom de andra modellerna är kundval en idé om ett annorlunda sätt att styra verksamheter inom offentlig sektor. Här handlar det om att det är brukarens val som skall styra efterfrågan på olika utförare. Kundval i äldreomsorgen används, enligt Edebalk & Svensson (2006), mer eller mindre i alla nordiska länder, utom på Island. Danmark införde ett nationellt reglerat kundvalssystem år 2003 och har därmed kommit längst i utvecklingen. Under år 2004 infördes även motsvarande system i Finland (Socialstyrelsen, 2007).

I Sverige har det allt sedan 1990-talet genomförts olika försök att öka inflytande för pensionärer i hemtjänsten (Hjalmarson, 2006). En sammanställning av en enkät om styrformer inom kommunal äldreomsorg i Sverige visade att 16 kommuner hade infört valfrihet i form av kundval eller äldrepeng inom hemtjänsten år 2004, vilket i stort sett inte var någon förändring sedan 2002⁵ (Svenska Kommunförbundet, 2004). I december 2006 hade dock antalet som använde kundvalssystemet inom hemtjänsten ökat till 25 kommuner och fanns på särskilt boende i 5 kommuner (Socialstyrelsen, 2007).

Hjalmarson (2006B) framhåller efter två olika utvärderingar av försök i Stockholm och Nacka att idén om kundval som en marknad var svår att realisera eftersom det fanns en konflikt mellan pensionärernas önskan att välja och den reella förmågan. Utvärderingarna visade att många av pensionärerna hade svårt att agera som en kund på en marknad eftersom allmäntillståndet var nedsatt. När valet erbjöds, till exempel efter en sjukhusvistelse, upplevdes det viktigare *att få* hemtjänst än vilken organisation som skulle utföra. Den nedsatta förmågan innebar på det sättet att förutsättningarna att göra rationella val var begränsade. De slutsatserna ligger även väl i linje med Asplin & Lindahls (2005) studie av äldres upplevelser av rehabiliteringssituationen efter en sjukhusvistelse. Undersökningen visade att de äldres berättelser i den situationen framförallt handlade om att bearbeta händelsen som orsakade

⁵ Enkäten besvarades av 269 av landets 290 kommuner. Liknande enkätstudier hade även gjorts år 2000 och år 2002.

sjukhusvistelsen. För dem som fick bestående funktionsnedsättningar förändrades hela livsvärlden. De befann sig i ett vakuum, blev beroende av hjälp och pendlade mellan hopp och förtvivlan. Hjalmarson (ibid.) menar samtidigt att de kundvalsmodeller som hon utvärderade gav pensionärerna en begränsad möjlighet att välja eftersom det enda valet var vilken utförare man önskade anlita. Det handlade således inte om innehållet i hjälpen, hur den gavs eller av vilka personer. En utveckling av valfrihetsreformen, menar Hjalmarson, skulle därför kunna vara att pensionären får möjlighet att påverka innehållet i hemtjänsten.

”Närliggande områden”

Utöver kundval som går ut på att den enskilde väljer utförare har det prövats olika modeller som handlar om att förenkla eller utesluta biståndsbedömningen (Hjalmarson, 2006). I en nytutkommen rapport från Socialstyrelsen (2007) diskuteras detta under rubriken ”närliggande områden”. Det första området är det som kallats ”fixartjänster”, ”boservice”, etc, och som handlar om olika servicetjänster i den enskildes hem som kan relateras till boendet. Såväl innehåll som målgrupp och avgifter har dock varierat mellan olika kommuner. Det andra området som det talas om idag är ”hushållstjänster” eller ”hushållsnära tjänster” med exempel på aktiviteter som städning, matlagning, omsorg, etc, och som utförs i eller nära den enskildes hem.

År 2004 hade, enligt enkätundersökningen, 41 kommuner utvecklat någon form av serviceinsatser som den äldre kunde välja själv (Svenska Kommunförbundet, 2004). Det kunde då handla om service helt utan eller med förenklad biståndsbedömning. Insatserna skiljde sig avsevärt mellan kommuner från enkla tjänster som trygghetslarm till den mest avancerade hemtjänst. Antalet kommuner som hade denna form av serviceinsatser hade dock minskat från år 2002 då 53 kommuner svarade att de hade sådana. Den troliga orsaken till det som diskuteras i texten är att det hade varit fler överklaganden gällande sådana servicemodeller. I Örebro och Västerås lades till exempel försöken med service utan biståndsprövning ner efter att de överklagats av kommuninvånare. Vid den rättsliga prövningen visade det sig att idén stred mot kommunallagens likställighetsprincip som innebär att alla skall behandlas lika och att kommunens insatser till enskilda måste föregås av ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL kap 4 § 1), (Hjalmarson, 2006). Liknande försök och omorganiseringar har gjorts i Linköping, Motala och Mark. Där har pensionär och utförare ingått ett civilrättsligt avtal och enbart i de fall som de inte varit överens har biståndshandläggaren kopplats in (ibid.) I andra kommuner, som till exempel Helsingborg, Falun, Danderyd och Stockholm, har man i stället såsom i projektet i Askim genomfört försök

med förenklad biståndsbedömning. Olika lösningar har alltså prövats och valts på olika platser i landet.

Två politiska initiativ uttryckte en intention att underlätta utvecklingen av servicetjänster inom hemtjänsten. För det första kom under år 2006 en ny lag⁶ (2006:492) som möjliggjorde för kommunerna att erbjuda servicetjänster åt äldre över 67 år utan individuell behovsprövning. Tanken var att på detta sätt kunna förebygga skador, olycksfall eller ohälsa. Det blev också möjligt att differentiera erbjudanden till olika åldersgrupper. Dock inskränkte den nya lagen inte kommunernas skyldigheter enligt socialtjänstlagen (2001:453). Vissa tjänster kunde tillhandahållas både som hemtjänst och servicetjänst. Den enskildes behov av bistånd kunde därför inte ses som tillgodosett genom att kommunen erbjöd servicetjänster utan kunde prövas enligt socialtjänstlagen. Det andra initiativet som riksdagen beslutade om var en ny lag⁷ (2007:346) som innebar att från och med den 1 juli år 2007 kunde privatpersoner få skattereduktion vid köp av hushållsnära tjänster. I en bilaga till ett ”Meddelandeblad” (art nr 2007-1-7) från Socialstyrelsen beskrivs likheter och skillnader mellan dessa lagar och socialtjänstlagen (*se tabell på nästa sida*):

⁶ ”Lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre”.

⁷ ”Lag om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete”.

	Offentlig verksamhet (kommunen)		Marknaden
	Bistånd i form av hemtjänst	Servicejänster utan behovsprövning	Hushållstjänster
Lagrum	Socialtjänstlagen	Lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicejänster	Lag om skatte-reduktion för utgifter för hushållsarbete
Kan omfatta	Serviceinsatser och personlig omvårdnad	Serviceinsatser	Serviceinsatser samt omsorg, personlig hjälp och tillsyn
Kan inte omfatta		Personlig omvårdnad	Hälso- och sjukvård som utförs av legitimerad personal
Behovsprövning	Ja	Nej	Ej aktuellt
Tillsynsmyndighet	Ja (Länsstyrelsen och Socialstyrelsen)	Nej	Ej aktuellt
Sekretess	Ja	Ja	Nej
Dokumentations-skyldighet	Ja	Nej	Nej
Avgifter/Priser	Avgift enligt 8 Kap. 2-9 §§ SoL (får vara inkomstrelaterad)	Avgift enligt 4 § SFS 2006:492 (får vara inkomstrelaterad) ⁸	Marknadsmässigt pris
Skatteavdrag	Nej	Nej	Ja
Kvalitetsbestämmelse	Ja	Nej	Nej
Lex Sarah	Ja	Nej	Nej
Behandling av personuppgifter	PuL och SoLPuL	PuL och SoLPuL	PuL
Officiell statistik	Ja	Nej	Nej
Utförare	Kommunen och privata företag	Kommunen och privata företag	Privata företag

⁸ I Socialstyrelsens ”Meddelandeblad” (art nr 2006-1-13) sägs också att om kommunen tar ut avgifter för servicen utan individuell prövning är de skattepliktiga enligt mervärdesskattelagen (1994: 200).

Således...

Det framstår alltså med tydlighet att de nya organisationslösningar som antingen finns som idéer eller på olika sätt prövas i praktiken inom äldreomsorgen är en del av den större trend som kan innebära radikalt andra sätt att tänka och handla i organisationerna. Som konstaterades i det föregående kapitlet innebär det för dem som berörs av det nya att ju mer okänt och anorlunda det verkar, desto svårare är det att ta det till sig och förändra de vanor man har. De idéer som i skrivande stund såväl inom offentlig sektor generellt som äldreomsorgen specifikt betraktas som relativt självklara sätt att styra verksamheterna är de som i början av detta kapitel kategoriserades under "interna organisationsförändringar". De andra två områdena däremot "utläggning av verksamheter" och "förändringar gentemot avnämarna" är områden som på olika sätt prövas och inte ännu har funnit sina former⁹ inom den svenska äldreomsorgen.

I Askim formulerades det första delsyftet som att ge de äldre invånarna en ökad valfrihet, större självbestämmande och ett direkt inflytande över de serviceinsatser som de blev beviljade. Denna intention kunde följaktligen, i vissa delar, betraktas som en aspekt av den beskrivna trenden. Det skulle här handla om att skapa en ny relation mellan vårdtagare och personal där vårdtagaren skulle ha större makt och inflytande än tidigare. Alltså skulle det innebära att det var såväl personal som vårdtagare som skulle mötas av de nya idéerna och förväntades förändra sitt handlande. I de kommande kapitlen beskrivs utvecklingen i Askimsprojektet genom berättelser från biståndsbedömarna, vårdtagarna, undersköterskorna och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i de västra stadsdelarna.

⁹ Min utgångspunkt är inte att det finns en bästa lösning som när vi funnit den alltid kommer att råda. Däremot utgår jag från ett socialkonstruktionistiskt perspektiv (Berger & Luckmann, 1979) som innebär att olika handlingsätt kan etableras och bli självklara mönster som därefter är svårare att förändra.

3. Förenklad biståndsbedömning?

En av de nya modeller som just nu prövas i landet för att styra och organisera äldreomsorgen är förenklad biståndsbedömning. Argumenten för att använda denna modell kan dels vara att effektivisera biståndsbedömarnas arbete, dels att erbjuda en mer lättillgänglig service till de äldre (Norman, 2007; Socialstyrelsen, 2007). En del av Askimsprojektet handlade om att utveckla och förenkla biståndshandläggningen inom serviceområdet genom att utifrån vårdtagarens särskilda behov och Göteborgs stads schabloner bevilja ett antal servicetimmar utan att specificera insatserna. Utvärderingen skulle här ge svar på hur arbetet och de juridiska aspekterna påverkades vid de förenklade bistånden samt vilka konsekvenser detta gav. Inledningsvis diskuteras i det här kapitlet syftet med förenklingen och vad det kunde innebära för vårdtagarna och biståndsbedömarna. Framförallt återges här biståndsbedömarnas beskrivningar i olika avsnitt som behandlar biståndsenhetens nya organisering samt biståndsbedömarnas erfarenheter av arbetet. Avslutningsvis följer ett sammanfattande avsnitt. Vårdtagarnas uppfattningar presenteras i nästa kapitel.

Förenkling för vem?

Det finns alltså en idé om att arbetet med biståndsbedömning kan förenklas. Men vad menas med det? Med utgångspunkt i det som nämns i Socialstyrelsens rapport (2007) kan det ha minst två olika betydelser, dels kan det handla om förenkling av biståndsbedömarnas arbete och dels kan vårdtagarnas möte med äldreomsorgen upplevas mindre krångligt, det vill säga förenklat. I Askims fall handlade det framförallt om att göra det enklare för vårdtagarna, att på ett lättillgängligt sätt erbjuda en service som vårdtagaren själv kunde bestämma

över, vilket skulle utvärderas. Men en undran i utvärderingen var också hur ett förenklat förfarande vid handläggningen påverkade biståndsbedömarnas arbete.

Förenklad handläggning vid serviceinsatser...

Erfarenheterna från studiebesöken som gjordes inledningsvis i projektet samt kunskapen om de rättsliga prövningarna i Örebro och Västerås som visade att försök med service utan biståndsprövning stred mot kommunallagens likställighetsprincip, gjorde att man i Askim beslutade att arbeta med en förenklad handläggning av serviceinsatserna. Tolkningen var också att erbjudande om service inte skulle vara möjligt utan biståndsprövning eftersom det då skulle vara momsbelagt för vårdtagaren och därmed mycket dyrare.

Vid utvecklingen av modellen för den förenklade handläggningen var målsättningen att finna ett arbetssätt som var förenklat men som ändå skulle utgå från en enskild individuell bedömning enligt socialtjänstlagen. Utgångspunkten för biståndsbedömarna var att brukare som endast ansökte om serviceinsatser inte ville eller skulle behöva berätta en hel levnadshistoria, inklusive alla sjukdomar och mediciner. Handläggningen förenklades genom att göra en mindre utredning med hjälp av en förenklad blankett. I början av projektet fick serviceteamet veta vilken form av service vårdtagaren ansökt om. Eftersom det då också gick lite trögt med förändringar i val, var ett antagande att det kunde bero på att det var ännu svårare för personalen att föra ett samtal om vad vårdtagarna önskade när man redan visste vad de ansökt om. Därför ändrades meddelandet till personalen under det andra året. Nu får de endast ett beslutsmeddelande om beviljad tid per vecka, det vill säga den första sidan av två i den förenklade blanketten (se bilaga 4). Därtill var tanken att biståndsbedömarna inte skulle göra hembesök vid ansökan om serviceinsatser förutom när den sökande själv önskade det. Inledningsvis delades ansvaret för handläggningarna så att en biståndsbedömare ansvarade för serviceinsatserna och två biståndsbedömare ansvarade för omsorgsinsatserna. Biståndsbedömarna berättade att de insåg ganska snart att denna uppdelning inte var bra för alla de vårdtagare som hade behov av både omsorg och service. De skulle då behöva ha kontakt med två olika biståndsbedömare som skulle göra varsin prövning. Man ändrade därför uppdelningen så att alla bedömde båda inriktningarna. Den biståndsbedömare som ansvarade för serviceinsatserna var också enhetschef för serviceteamet under det första året men slutade därefter.

...för vårdtagarna

De vårdtagare som redan hade hemtjänst i form av service kontaktades inledningsvis genom brev (se bilaga 6) där projektet beskrevs, att deras bistånd med serviceinsatser omvandlades till tid i timmar och minuter och att de kunde välja utifrån den bifogade servicemenyn. Om det inte fanns särskilda skäl för annan bedömning var utgångspunkten de schabloner som gällde inom Göteborgs Stad för olika insatser. Städning var tredje vecka innebar till exempel två timmar. Om man hade haft bistånd för det innan kunde man välja att fördela tiden på 40 minuter varje vecka, 80 minuter varannan vecka eller fortsätta som tidigare. Innehållet behövde då inte heller vara städning utan skulle kunna väljas fritt mellan de olika insatserna som erbjöds. Vid slutet av projektet kunde man också välja om det skulle utföras av en eller två personer. Om inte all tid utnyttjades skulle fakturan reduceras. Vid nya ansökningar var tanken att så mycket som möjligt föra samtalet på telefon samtidigt som blanketten fylldes i. Beslutet skickades sedan tillsammans med servicemenyn hem till vårdtagaren. Därefter skulle själva valet ske tillsammans med undersköterskan eller teamledaren i serviceteamet.

Insatserna som fanns att välja mellan i servicemenyn var sådana som man tidigare kunde få bistånd för med undantag för snöskottning¹⁰. I början av projektet presenterades städningen överst i menyn. Även här ändrade man efter ett tag ordningen så att promenader stod först. Insatsen ”social samvaro” tillfördes även menyn under slutet av det andra året. De områden vårdtagarna då hade att välja på var:

Servicemeny

- Promenader
- Social samvaro
- Andra ärenden
- Sy i knapp, byta glödlampor, vattna krukväxter och liknande tjänster
- Bank- och postärende
- Apoteksärende
- Rasta hund, tömma kattlåda
- Inköp av dagligvaror
- Uppvärmning av mat
- Avfrostning av kyl och frys
- Städning av två rum, kök, hall samt badrum
- Fönsterputsning utförs två gånger om året
- Tvätt
- Strykning
- Mangling i samband med tvätt
- Snöskottning

¹⁰ Snöskottning var ett önskemål från pensionärsorganisationerna, som enligt projektledaren hade beskrivits som så viktigt att det var avgörande för att kunna bo kvar hemma. Valet att få snöskottning gjordes dock bara totalt 5 gånger, trots att vintern 2005/2006 innebar mycket snö under en period i Göteborg. Själva tjänsten utfördes av annan utförare.

Det var alltså själva förfarandet vid utredningen som förenklades. Vid ett påstående i enkäten om att beslutet om hemtjänst gick snabbt och enkelt instämde 48 procent helt, 39 procent instämde, 9 procent instämde delvis och 4 procent instämde inte alls¹¹.

Men det fanns fler förutsättningar som påverkade vårdtagarnas uppfattningar om modellen och projektet. En generell utgångspunkt som är viktig att ha i åtanke här är att vårdtagarna redan före projektet var väldigt nöjda med hemtjänsten i Askim. En annan aspekt är att hemtjänstlagen, samtidigt med introduktionen av förenklad biståndsbedömning och erbjudande om val, också omorganiserades. I nästa kapitel presenteras och diskuteras därför vårdtagarnas sammantagna uppfattningar om projektet.

...för biståndsbedömarna

Biståndsbedömarna¹² var de som ansvarade för att ta emot, utreda, bedöma och besluta kring ansökningar om hjälp (Norman & Schön, 2005). Hur upplevde de då modellen med den förenklade handläggningen och projektet som helhet? Av de fyra biståndsbedömarna som arbetade vid projektets slut hade enbart en av dem varit med under hela projekttiden. Vid gruppintervjun framkom ändå att uppfattningarna om såväl arbetssätt som effekter var samstämmiga. Även de som inte längre fanns kvar i organisationen uttryckte när de intervjuades under projekttiden liknande uppfattningar.

Beställar-/utförarmodellen infördes

Före projektet arbetade biståndsbedömarna i Askim på det sätt som numera kallas den "traditionella" organiseringen där biståndsbedömarna ansvarade för såväl myndighetsutövningens alla delar som arbetsledningen av personalen (Nordström, 1998). Under det första året av projektet omorganiserades dock arbetet utifrån en beställar-/utförarmodell där biståndsbedömarna svarade för myndighetsutövningen och enhetschefer ansvarade för personalen, en så kallad "delad" organisation (Norman & Schön, 2005).

¹¹ Påståendet riktades till alla som hade serviceinsatser, n=74.

¹² I denna text används benämningen biståndsbedömare eftersom det var den som användes i Askim. Det finns än så länge ingen nationell enhetlig yrkesbeteckning. Norman & Schön (2005) har i en forskningsöversikt bland annat hittat följande titlar: biståndshandläggare, biståndsbedömare, behovsbedömare, vårdbedömare, äldreomsorgssekreterare, enhetschef, hemtjänstassistent, utredare, hemtjänstsekreterare, beställarkonsult/konsulent, kvalitetsbevakare, hemvårdsinspektör, och jourhandläggare.

Bättre med timmar än insatser

Biståndsbedömarna var positivt inställda till intentionen med projektet, att vårdtagarna skulle få erbjudande om timmar som de själva skulle få välja innehåll till (utifrån servicemenyn):

- De får ju lite valfrihet, vissa i alla fall.
- Man kan ju säga att de har fått större valfrihet än om de inte hade haft timmar.
- Och det största är ju att de får det per vecka. Det är ju jättepositivt, det skulle jag inte vilja ta bort, timsystemet.

Biståndsbedömarna beskrev att många vårdtagare upplevde det positivt att kunna få välja städning oftare än var tredje vecka som det hade varit tidigare. Därtill berättade de att samtalen från vårdtagarna som de hade fått före projektet om att de inte hade fått städat, i princip hade upphört. Förr var det mycket vanligare att städningen hade fått stå tillbaka till förmån för omsorgen vid till exempel personalbrist. Biståndsbedömarna menade också att det var lättare att se förändringar i val hos nya vårdtagare som inte haft hemtjänst sedan tidigare och att de var väldigt positiva till att kunna ändra sig från vecka till vecka. Det tog längre tid för de ”gamla” vårdtagarna att ändra i sina tidigare beviljade insatser.

Det faktiska arbetet

Forskning som har bedrivits kring biståndsbedömares arbete pekar på att de generellt har en hög arbetsbelastning med ett stort antal vårdtagare där uppföljningar av beslut sällan hinns med (Norman & Schön, 2005). I sina bedömningar ställs de också många gånger inför moraliska och etiska dilemman där flera intressenters värderingar och krav möts (Dunér & Nordström, 2005). Grunden för besluten är därför ofta såväl gällande lagar och förordningar som formella och informella regler i verksamheten. Samtidigt visar utvärderingar av beställar-/utförarmodellen att sättet att arbeta med en delad organisation har inneburit en ökad formalisering och administration av biståndsbedömarnas arbete (Norman & Schön, 2005). De befinner sig längre från utförandet och har därmed större distans till vårdtagarna. Det leder till ett större behov av att bygga upp rutiner för möten, återrapporteringar och dokumentation än vid den traditionella organiseringen. Med utgångspunkt i dessa forskningsresultat undrade jag därför om det förenklade utredningsförfarandet i Askim skulle skapa tidsvinster för biståndsbedömarna.

Men det faktiska arbetet ledde, enligt biståndsbedömarna, till något mer administration snarare än tvärtom. I den nya modellen var tanken att inte göra hembesök vid ansökan om serviceinsatserna. Vid tveksamhet gjordes det

dock. Trots att utredningen förenklades så till vida att de bara informerade sig om det som direkt behövdes för beslutet, upplevde biståndsbedömarna att det ibland var bättre att träffas personligen i den äldres hemmiljö. Dels var det lättare att göra en bedömning och ta ett beslut, dels hade den äldre fått möjlighet att träffa biståndsbedömaren och uttrycka sina önskemål direkt. I många fall, menade biståndsbedömarna, kunde det till exempel vara så att det inte alltid stod klart för den äldre själv vad han/hon ville ha för hjälp och att det kanske framkom först vid hembesöket att det handlade om serviceinsatser. Det kunde också vara så att anhöriga ringde för sina föräldrar och önskade ett hembesök. Vid en grov uppskattning uppgav biståndsbedömarna att de uteslöt hembesöken vid cirka hälften av de renodlade serviceansökningarna.

De gjorde även ett traditionellt hembesök om den äldre också ansökte om omsorgsinsatser, vilket var det vanligaste scenariot. Då skrevs en vanlig utredning för omsorgsdelen och en förenklad för bedömning av serviceinsatserna. När det gällde enbart trygghetslarm gjordes det inga hembesök utan här användes ytterligare en annan enkel blankett (som hade utformats av företaget som svarade på larmen, se bilaga 5). Omsorgsinsatserna utreddes på samma sätt som före projektet där omsorgsteamet fick hela underlaget för beslutet.

I praktiken upplevde biståndsbedömarna att det var få av vårdtagarna som enbart hade insatser från serviceteamet. Det innebar att de oftast gjorde två utredningar, en traditionell för omsorg och en förenklad för service. Det kunde till och med handla om tre olika sorters utredningar när det även skulle inkluderas trygghetslarm. När det gällde biståndsbedömningen menade de därför att den nya uppdelningen i omsorg och service kunde leda till dubbelarbete för dem när vårdtagaren skulle få båda insatserna.

Det blev även mer dubbelarbete att kommunicera gentemot flera olika team. Det kunde handla om överlämnande av beslut till både teamledaren i serviceteamet och en teamledare i ett omsorgsteam, och det kunde handla om att få återkoppling från kontaktpersoner från båda teaminriktningarna. Sammantaget upplevde biståndsbedömarna inte någon tidsvinst med det nya sättet att arbeta. Utifrån deras perspektiv verkade det i den bemärkelsen inte handla om någon ”förenkling” av biståndsbedömningen. Uppdelningen i service och omsorg innebar snarare för det mesta en något ökad administration för deras del.

Således...

Förenklad biståndsbedömning kan alltså ha minst två betydelser, dels förenkling för vårdtagarna och dels förenkling av biståndsbedömarnas arbete. Hur de äldre upplevde innehållet i projektet återges i följande kapitel.

När det gällde biståndsbedömarna var de positiva till projektets innehåll. De upplevde att vårdtagarna erbjöds större inflytande, framförallt kring när hemtjänsten skulle utföras. Sättet att organisera verksamheten gjorde också att vårdtagarna i större utsträckning fick den hjälp de var beviljade. Biståndsbedömarnas eget arbete verkade dock inte nämnvärt förenklat. Det kunde ha flera förklaringar. För det första var det inte samma personalgrupp under hela projektperioden. Av de fyra som intervjuades vid projektets slut hade bara en av dem deltagit från början av projektet. En tolkning kan därför vara att de nya rutinerna aldrig riktigt hann få fäste i biståndsbedömarnas arbete. För det andra infördes den delade organiseringen under projektperioden som innebar ett ytterligare nytt sätt att arbeta och att biståndsbedömarna kom längre ifrån den utförande verksamheten. För det tredje (och kanske som en konsekvens av den första och andra förklaringen) arbetade biståndsbedömarna inte fullt ut så som det var tänkt med uteslutna hembesök. För det fjärde innebar det faktiska arbetet ibland tre olika utredningar, som skulle kommuniceras på olika sätt till olika team. Sammantaget innebar detta att biståndsbedömarna varken upplevde någon tids- eller kommunikationsvinst.

Utvärderingen skulle också ge svar på hur de juridiska aspekterna påverkades vid de förenklade bistånden. I det föregående kapitlet beskrevs de nya lagar som syftar till att underlätta utvecklingen av servicetjänster, vilka inte fanns under den största delen av projektiden. Valet som Askim gjorde baserade sig på socialtjänstlagen (SFS 2001:453), kommunallagen (SFS 1991:900) och mervärdesskattelagen (SFS 1994:200), vilket då verkade juridiskt korrekt. Hur valet av förenklad biståndsbedömning står sig i relation till de nya lagarna torde vara en tolkningsfråga för mer juridiskt insatta än undertecknad. På vilket sätt utvecklingen av servicetjänster generellt kommer att te sig i framtiden med syftning på de nya lagarna tillhör framtida utvärderingar att utröna.

4. Valfrihet, självbestämmande och inflytande?

Som kan förstås av tidigare kapitel har valfrihet inom hemtjänsten antingen handlat om att välja mellan olika utförare eller om att ha inflytande över och bestämma innehållet i erbjudna tjänster. Begreppet valfrihet har oftare använts vid det först nämnda och inflytande och självbestämmande vid det andra. Ordboken beskriver också en viss skillnad mellan begreppen. *Valfrihet* ”innebär att vi kan välja och fatta beslut och att det är vi själva som väljer”, *självbestämmande* beskrivs som ”rätt att bestämma över sig själv” och *inflytande* som ”möjlighet att påverka en viss utveckling eller dylikt (www.ne.se). Inledningsvis hade jag som utvärderare ingen sådan problematiserande inställning till de begrepp som användes i Askims första delsyfte utan tolkade dem snarare som att betyda ungefär samma sak. Under tiden som utvärderingen pågick, blev det dock klarare att det var viktigt att tydliggöra vad som ämnades och varför, vilket jag återkommer till nedan.

Wikström (2005), som har skrivit en licentiatavhandling om möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten, menar att brukarinflytande tolkas och hanteras olika beroende på vilken logik som är den mest styrande. I hemtjänsten reglerar två olika lagar arbetet, dels socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) som har en social logik och dels hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) som har en medicinsk logik. En tredje logik som under senare år har introducerats är den som talats om ovan som marknadsiering eller företagisering. Det innebär att tre olika perspektiv konkurrerar om tolkningsföreträde (jmf Selander, 2001) när det gäller till exempel de tre begrepp som diskuteras här: valfrihet, självbestämmande och inflytande. Det kan alltså konstateras att idéerna i viss mån har olika ursprung och föresatser. När det gäller SoL har individens självbestämmande ända sedan lagen trädde i kraft varit en grundläggande norm. Detta avspeglas också i att den nya regeringen behållit den exakta ordalydelsen (om än i omvänd ordning)

för det aktuella politikerområdet från den nationella handlingsplanen (prop. 1997/98:113):

Målet för politikerområdet är att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg (www.regeringen.se/sb/d/1954).

När det gäller inflytande i omsorgen menar Wikström (2005) att trots att statsmakterna under senare år gett begreppet brukarinflytande en kollektivistisk betydelse har det inom hemtjänsten mer tolkats ur ett individuellt perspektiv, vilket till stor del kan kopplas till SoL:s intentioner om självbestämmande.

Målet för politikerområdet, som citerades ovan, kommer emellertid till uttryck i intentionen att öka valfriheten för äldre och handikappade. I mars 2007 tillsatte regeringen en utredning om fritt val inom äldre- och handikappomsorgen där utgångspunkten skulle vara att öka valfriheten och inflytandet för äldre och personer med funktionshinder (dir. 2007: 38). Motivet beskrivs enligt följande av Äldre- och folkhälsoministern:

Motivet för att införa ett system med ökad valfrihet är i första hand att öka inflytandet för enskilda inom ramen för det samhällsfinansierade välfärdssystemet och att öka mångfalden, kvaliteten och effektiviteten i serviceutbudet. Det innebär att makt flyttas från politiker till medborgare och de enskildas önskemål kommer i fokus (www.regeringen.se/sb/d/3213/a/79238).

Argumentationen kan tydligt kännas igen från marknadsperspektivet som dels omvandlar medborgarna till konsumenter och dels skapar producenter som genom konkurrens tillgodoser konsumentens önskemål (Norén, 2003). Trenden med *New Public Management* (NPM) fortsätter således i Sverige med intentionen att öka effektivitet, mångfald och valfrihet.

Askimsmodellen verkade dock i stället kunna betraktas som en idé som stämde med den utveckling av valfrihetsreformen som Hjalmarson (2006B) påtalade, att pensionären fick möjlighet att påverka innehållet i hemtjänsten. I de kommande avsnitten utvecklas diskussionen kring innebörden i Askimsmodellen ytterligare utifrån vårdtagarnas berättelser och enkätsvar.

Trygghet och inflytande i Askim

Med utgångspunkt i ovanstående diskussion och Göteborgs Stads handlingsplan för äldreomsorgen kan det konstateras att det första delsyftet i Askimsprojektet i hög grad handlade om att *varje enskild vårdtagare* skulle få *ökat inflytande* och *ökad trygghet* snarare än valfrihet så som det beskrivits ovan. Det verkade också vara så som de flesta vårdtagare uppfattade utvecklingen

av omsorgs- och serviceinsatserna. Valfrihet, i bemärkelsen kunna välja mellan olika likvärdiga alternativ, verkade vid samtalen med de äldre inte vara någon uppmärksammas fråga. De flesta vidtalade menade att de fick den hjälp de ville ha och var nöjda med det. Vid frågan om hur hemtjänsten skulle fungera vid en idealsituation kan en av de intervjuades svar exemplifiera:

Det är så det fungerar nu. Jag tycker att de gör ett sådant bra jobb!

Enkäterna gav liknande svar. Vid påståendet ”Jag är nöjd med hjälpen från hemtjänsten” svarade 64 procent att de instämde helt och 30 procent att de instämde. Enbart 6 procent svarade att de instämde delvis¹³.

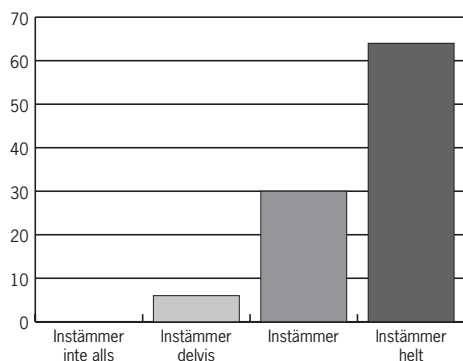


Diagram 1: Jag är nöjd med hjälpen från hemtjänsten.

Det finns här anledning att betona att vårdtagarna redan före projektet var väldigt nöjda. Som nämndes i första kapitlet var vårdtagarna i Askim, enligt Göteborgs årliga enkätundersökning, de nöjdaste i staden. Efter en liten nedgång under 2006 var mönstret sedan fortfarande detsamma vid undersökningen som gjordes under våren 2007. Vårdtagarnas upplevelse av inflytande och trygghet ökade till och med i jämförelse med före projektet (www.balansen.goteborg.se). Det innebär att trots att det under två år genomfördes ett stort och genomgripande förändringsarbete i Askims hemtjänst, påverkade det inte verksamheten nämnvärt negativt. Det var med den utgångspunkten som vårdtagarna svarade på frågor om valfrihet och inflytande.

Vid frågan om vad valfrihet var svarade en av vårdtagarna:

Ja, det tror jag är att jag får just den här hjälpen jag behöver och det andra som var i servicemenyn, jag såg att det stod promenader men jag känner inte riktigt för det. Jag sitter därute på min uteplats och får frisk luft. Mina ben är inte så bra längre.

¹³ Om inget annat sägs ställdes påståendet till alla, n=114.

En del av vårdragarna påtalade den begränsade tid som fanns till förfogande. Om man upplevde att städning, inköp och matleverans behövde göras fanns det ofta inte mycket tid över för att välja annat menade de. Flera påpekade att varje hemtjänststimma kostade pengar¹⁴. Det innebar att de inte önskade mer biståndsbedömd tid än vad som ”verkliga” behövdes. Alla visste inte heller var de hade servicemenyn eller kom ihåg servicemenyns alternativ.

Några vårdragare menade att de ville påverka andra saker som inte ingick i servicemenyn och uppfattade därför inte full valfrihet i sin situation som vårdragare. Det kunde till exempel handla om en önskan att få en plats på äldreboende, vilken vårdragaren uppfattade att han inte alls kunde påverka. Ett annat exempel var en vårdragare som inte önskade att handla på COOP vilket inverkar på hennes syn om begränsad valfrihet¹⁵. Påpekas bör att det inte var det enda inköpsalternativet som erbjöds men det var ändå vårdragarens uppfattning. Poängen med exemplen är dock att peka på att det kan finnas flera aspekter som påverkar vårdragarnas uppfattningar om valfrihet och inflytande.

Ytterligare några vårdragare menade att den ideala valfriheten hade varit om man hade kunnat bestämma exakt tid när hemtjänsten skulle komma. Oftast kom de vid överenskommen tid men ibland kom de för tidigt och ibland fick man vänta. Trots att vårdragarna insåg svårigheten för hemtjänstpersonalen att alltid leva upp till önskemålet om exakt tid menade de att det ibland var svårt att kunna planera dagen när de inte säkert kunde veta när hemtjänsten skulle komma:

Sedan är det väl kanske att, jag fyllde i en tia på allting i det där formuläret, men det är väl att man får vänta lite grann. Och just servicen, en gång, de skall komma vid ett-tiden men en gång kom de klockan 11. Och maten får man också vänta på, igår väntade jag väldigt. Och så får man ju inte hänga ut kassen¹⁶. Nu satt jag hela dagen och väntade igår. Det var ovanligt sent. (Det var ju förstås söndag) Så jag kom inte ut för sedan började det regna. Men nu har man lärt sig. Man kan inte göra allting innan de kommer.

Svaren som gavs vid samtalen med vårdragarna handlade således väldigt sällan om val mellan olika alternativ enligt definitionen av valfrihet, utan snarare om en önskan om inflytande *kring hjälpens innehåll* och *tidpunkt för utförandet*.

¹⁴ En hemtjänststimma kostade 81 kr, oavsett om det innefattade service, omsorg eller trygghetslarm, vilket var detsamma i hela Göteborg. Hemsjukvården var kostnadsfri.

¹⁵ Hemtjänsten i Askim hade utvecklat ett samarbetsavtal med COOP som innebar att de efter beställning kunde hämta varorna färdigpackade. Tanken var att på detta sätt tjäna tid som i stället kunde användas hos vårdragaren.

¹⁶ Vårdragaren hänvisar till bestämmelserna i livsmedelslagen som anger att maten inte får underligga 60 grader och måste levereras inom 2 timmar från det att maten packas i köket.

Det påtalades också betydelsen av *vem som utförde* tjänsten. I Askim arbetade man mycket med kontaktmannaskap vilket kom att förändras genom projektet. I stället för som tidigare en kontaktperson blev det genom projektet en kontaktperson från vardera serviceteam och omsorgsteam. Till en början upplevde vårdtagarna det som en försämring att det kom fler personer än tidigare. En av vårdtagarna berättade:

Omorganisationen startade ju förra året och det var rätt rörigt tyckte jag och så blev det ännu värre, under december och januari så hade jag sammanlagt nio stycken som skulle ge mig frukost, och alla frågade hurtfriskt ”du skall väl ha gröt förstås?”, men det har jag inte ätit sedan jag var barn...och det var ingen som begrep utan jag fick ju undervisa allihop och det kom nya hela tiden.

De vidtalade menade dock att det var något som tillhörde början av projektet och att det sedan fungerade mycket bättre. Genom att fokuseringen på kontaktmannaskapet var så påtaglig vid intervjuerna visade den dock på betydelsen för vårdtagarna. Alla hade sina bestämda kontaktpersoner som de kunde kontakta vid behov. När man väl hade lärt känna de nya och de inte heller kom samtidigt lika ofta var de nöjda:

Det är ju inget fel på personalen på något sätt men det är väl ett par som man har fått förtroende för i både den ena och andra avdelningen. Hon är helt underbar hon som sköter mina ben. Och på det andra teamet har jag också en som är jättebra. Men det förstår du ju att man inte kan fråga vem som helst, inte när de är helt unga och inte har vart här så länge. Då får ju jag hjälpa dem.

Även enkätsvaren bekräftade tesen om betydelsen för vårdtagarna av vem som utförde tjänsten. Som framgår av tabell 1, instämde 56 procent helt i att det var viktigt att det var samma personal som kom varje gång, 33 procent instämde och 10 procent instämde delvis. 1 procent instämde inte alls. Den efterfrågade personkontinuiteten talade alltså för att arbetet med kontaktmannaskapet var ett viktigt arbete för upplevelsen av trygghet i relationen till hemtjänsten. Två andra påståenden värderades med likvärdig fördelning som personkontinuiteten: inflytande kring hjälpens innehåll och tidpunkt för utförandet. Påståendet kring tidpunkt formulerades specifikt som om det var viktigt att få välja när i månaden som hemtjänsten skulle utföras. Vid intervjuerna uttryckte också de flesta, trots att de insåg att det inte var praktiskt möjligt, att det vore önskvärt att även få bestämma exakt tidpunkt för utförandet för övrigt. Detsamma gällde utsagorna vid intervjuerna när det gällde inflytande kring innehållet i utförandet. Vårdtagarna önskade alltså i lika hög grad bestämma vad man ville få utfört och på vilket sätt som att veta vem som kom och utförde tjänsten vid en viss tid.

Det är viktigt att...	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt
...det är samma personal som kommer varje gång.	1	10	33	56
...få välja NÄR under månaden som hjälpen från hemtjänsten skall utföras.	0	10	33	57
...få välja innehållet i hjälpen från hemtjänsten.	0	10	33	57

Tabell 1: Procentuell fördelning av svar kring påståenden om vem, när och hur.

Upplevelser av valfrihet

Vid påståendet om hemtjänsten i Askim erbjöd stor valfrihet svarade 48 procent att de instämde helt. 34 procent instämde och 18 procent instämde delvis¹⁷. Utifrån det hittills förda resonemanget verkade det vara en förvånansvärt hög andel som svarade positivt. Förvånande eftersom Askimsprojektet, som sagts flera gånger tidigare, inte handlade om att erbjuda olika likvärdiga alternativ. Hur kunde det förstås?

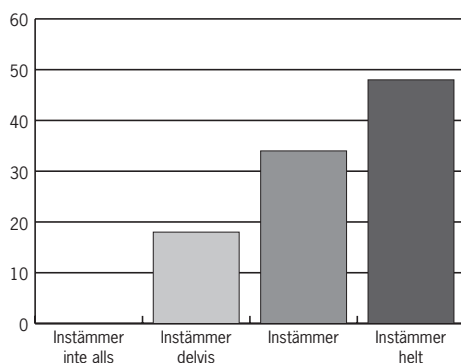


Diagram 2: Hemtjänsten i Askim erbjuder stor valfrihet

En tolkning skulle kunna vara att möjligheten att välja från servicemenyn utnyttjades i högre grad vid projektets slut när enkäterna besvarades än vid mitten av projektet när samtalen med vårdtagarna gjordes och att vårdtagarna på så sätt upplevde att valen som gjordes innebar en relativt hög grad av valfrihet. En annan tolkning kunde vara att vårdtagarna efter hand som

¹⁷ Påståendet ställdes till dem som hade service, dvs de som hade möjlighet att välja från servicemenyn, n=74.

projektet pågick, trots att utnyttjandet av timmar inte förändrades, upplevde att de hade större möjligheter att välja och/eller att de upplevde att de faktiskt valde. Eller kunde det vara så att vårdtagarna lade en annorlunda innebörd i begreppet valfrihet? En ytterligare tolkning kunde vara att vårdtagarna, genom upplevelsen av stor trygghet och inflytande också upplevde att de hade valfrihet. I det följande diskuteras de olika tolkningarna.

Användning av servicemenyn

Statistiken över utförda timmar visade inte någon stor skillnad mellan det första och andra året¹⁸. De aktiviteter som under båda åren hade den största andelen av utförda timmar var städning, inköp och matleverans. Under det andra året infördes samarbetet med COOP som innebar att varorna kunde hämtas färdigpackade av kontaktpersonerna i serviceteamet. Detta medförde att arbetet kunde effektiviseras och tidsåtgången när det gällde inköp minskade något. Den största procentuella förändringen mellan åren var dock aktiviteten städning som ökade från 28,8 procent det första året till 33,8 procent under det andra (se även bilaga 3 för en mer detaljerad överblick).

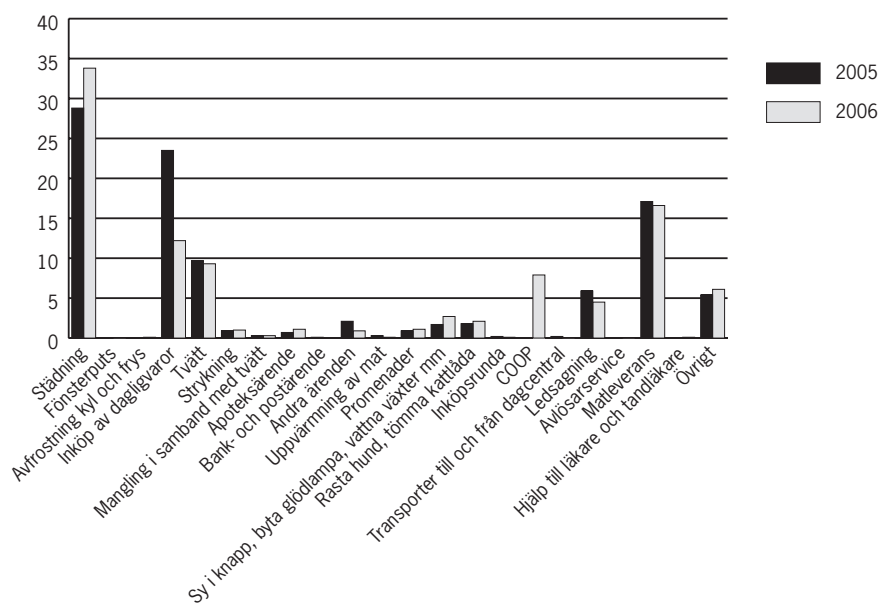


Diagram 3: Utförda aktiviteter i procent år 2005 (maj – december) och år 2006 (januari – december)

¹⁸ Personalen noterade dagligen vilka aktiviteter som utförts, vilket teamledarna sedan rapporterade månadsvis. COOP fick under det andra året en egen rubrik vilket avspeglas i sänkning i ”inköp av dagligvaror”.

När det gällde servicemenyns användning gavs olika svar vid samtalen. En del visste inte om att de hade fått den. Andra hade den liggande tillsammans med de övriga pappren från hemtjänst och sjukvård men använde den inte aktivt. Någon utgjorde dock undantag och beskrev vid genomläsning av menyn en tillämpning som torde ligga nära projektets intention:

När de kommer på tisdag och handlar då går vi igenom vad de skall göra, men det har varit mest strykning, sedan har de tagit ner så jag har fått tvätta alla gardiner, så har de hängt upp det igen. Helt underbart! Jag tvättar men jag kan inte hänga, och någon stryker, mangling det har ingen gjort men vi har ju mangel där, och apotek det har jag anlitat. Doktorn har jag haft någon som har kört så det slipper de, postärenden har de gjort men bank sköter våra pojkar, andra ärenden det var just det, uppvärmning av mat gör jag själv, promenader gör jag själv, sy i knapp de har fått hjälpa mig att trä i nål, byta glödlampor har jag fått hjälp med, så fick jag hjälp med att sätta på tyg på köksstolarna sist, en flicka och jag gjorde det (eget val utanför menyn), det frågade jag sist om de putsar silver och koppar men det fick jag inte svar på. Något mer kan jag inte hitta på för närvarande, jag vet inte vad det skulle vara...Jag menar de kan ju inte sköta trädgården, det vore att ta i. Gräset har vi haft ett barnbarn till som väl är.

Karaktäristiskt för beskrivningarna var att vårdtagarna hade anhöriga som hjälpte till med vissa områden samtidigt som hemtjänsten utförde andra:

Jag tycker väl att jag klarar mig med den hjälpen jag har. Jag ser på tvätt här, jag har ju tvättmaskin och för att vara trygg så brukar jag och min svärdotter ta det när hon är här. Strykning och mangling det hoppar man väl över nuförtiden. Det är ju bra att få apoteksärenden när det behövs. Och bankärenden det brukar min son sköta om.

De flesta talade ofta om vilka insatser de hade från hemtjänsten, snarare än att berätta om hur mycket biståndsbedömd tid de hade och hur de använde den. Samtidigt beskrev alla att de hade fått det de önskat. De hade ju trots allt inledningsvis ansökt om att få en viss typ av hjälp vilket oftast hade innefattat det som sedan utförts:

Ja det är väl bara service egentligen för de städar och handlar. Jag tycker att det fungerar jättebra, dels tycker jag att de städar så noga och när de handlar så får jag precis det jag begär så det finns ingenting att klaga på.

Enkätsvaren visade att 49 procent instämde helt i att innehållet i servicemenyn stämde väl med önskemålen, 28 procent instämde och 23 procent instämde delvis. Många var alltså nöjda med innehållet men det fanns också de som önskade något annat. Vad det kunde vara frågades dock inte om i enkäten.

Ändring av insatser genom val

En annan tolkning till varför en förvånansvärt hög andel av vårdtagarna upplevde att hemtjänsten i Askim erbjöd stor valfrihet kunde vara att de efter hand som projektet pågick upplevde att de hade större möjligheter att välja och/eller att de upplevde att de faktiskt valde. Trots att ovanstående statistik över utförda timmar inte avslöjade några större förändringar i val, svarade 28 procent att de instämde helt och 18 procent att de instämde vid påståendet att de hade ändrat sina insatser genom att välja från servicemenyn. 12 procent instämde delvis och 42 procent instämde inte alls¹⁹. Vid en jämförelse med påståendet om hemtjänsten i Askim erbjöd stor valfrihet var det dock inte lika många som sade sig ha ändrat sina insatser eller som ofta valde från servicemenyn. Det var också en relativt stor andel som menade att det vore bättre att direkt få veta vad man kunde få hjälp med istället för att välja varje gång. Frågan var därför om någon annan förklaring kunde ge ett troligare svar.

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt
Hemtjänsten i Askim erbjuder stor valfrihet.	0	18	34	48
Jag som har haft hemtjänst innan projektet startade har ändrat mina insatser genom att välja från servicemenyn.	42	12	18	28
Jag väljer ofta olika saker från servicemenyn.	33	27	20	20
Det är bättre att direkt få veta av biståndsbedömaren vad jag kan få hjälp med istället för att välja varje gång hemtjänsten kommer.	11	23	25	41

Tabell 2: Jämförelse mellan den procentuella fördelningen av påståenden om val

Trygghet, inflytande och valfrihet

En ytterligare tolkning till varför en förvånansvärt hög andel av vårdtagarna upplevde att hemtjänsten i Askim erbjöd stor valfrihet kunde vara att vårdtagarna, genom upplevelsen av stor trygghet och inflytande också upplevde

¹⁹ Påståendena ställdes till dem som hade service, n=74.

att de hade valfrihet. Som framgår av tabell 3, stämde svaren om valfrihet relativt väl överens med påståendet om att man hade stort inflytande över innehållet i hemtjänstens insatser²⁰. Men något i vårdtagarnas tolkning gjorde att påståendet om inflytande inte låg i linje med de övriga påståenden som också var tänkta att avspegla upplevelsen av inflytande. När det handlade om påståenden om trygghet i form av personalens sätt att relatera sig till vårdtagarna, återfanns de procentuellt högsta siffrorna i enkätstudien, vilka skilde sig från de två första påståendena i tabellen.

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt
Hemtjänsten i Askim erbjuder stor valfrihet	0	18	34	48
Jag har stort inflytande över innehållet i hemtjänstens insatser.	3	15	37	45
Jag känner mig trygg med hemtjänstens insatser.	0	6	24	70
Personalen möter mig med respekt.	0	2	20	78
Personalen tar hänsyn till mina åsikter och önskemål.	0	5	30	65
Personalen anpassar hjälpen utifrån mina behov.	0	6	23	71

Tabell 3: Jämförelse mellan den procentuella fördelningen av påståenden om trygghet, inflytande och valfrihet.

Hur kan då detta förstås? Vårdtagarna upplevde alltså att områden som trygghet och att bli bemött med respekt och utifrån deras egna behov, i hög grad stämde överens med hemtjänsten i Askim. De upplevde relativt stor valfrihet och inflytande men valde inte, i bemärkelsen ändrade inte i val, i lika hög grad. Det verkade följaktligen som att upplevelsen av en stor trygghet i form av personalens bemötande i sin tur verkade inverka på upplevelsen av valfrihet, vilket jag återkommer till i det avslutande kapitlet.

²⁰ Det bör åter påpekas att påståendet om valfrihet riktades till dem som hade serviceinsatser, antingen enbart eller tillsammans med omsorgsinsatser. De övriga påståendena i denna tabell riktades till alla med hemtjänst över 65 år.

Således...

När det gällde vårdtagarna skulle utvärderingen ge svar på om de upplevde större valfrihet och självbestämmande, hur de använde de olika insatserna i servicemenyn samt hur de upplevde servicemenyn. Genom diskussionen som fördes i tidigare avsnitt konstaterades det att projektets formulerade syfte snarare handlade om självbestämmande och inflytande än valfrihet, åtminstone enligt ordboksdefinitionerna. Men det tycks som att det också skulle kunna förstås på något annat sätt.

När det gällde användandet av insatserna i servicemenyn kan noteras att det inte var någon nämnvärd procentuell förändring i utförda aktiviteter mellan de två åren som projektet pågick förutom i aktiviteten städning som ökade med 5 procentenheter. Det fanns vid samtalen med vårdtagarna olika förklaringar till det. Det handlade till exempel om att en del områden utfördes av anhöriga, att om man hade ansökt om städning, inköp och matleverans så var det det man ville få utfört, eller att om man skulle ansöka om utökat bistånd skulle det också kosta mer. Den tid man hade skulle inte räcka till promenader. Några ville också uttryckligen tolka valfrihet annorlunda. För att de skulle uppleva valfrihet behövde även andra områden beaktas, menade de. Men svaren som gavs vid samtalen med vårdtagarna handlade väldigt sällan om val mellan olika alternativ utan snarare om en önskan om inflytande *kring hjälpens innehåll och tidpunkt för utförandet*. Det påtalades också betydelsen av *vem som utförde* tjänsten.

Vid en sammanslagning av de två svarsalternativen instämmer och instämmer helt var det anmärkningsvärt att så många som 82 procent av de tillfrågade svarade att hemtjänsten i Askim erbjöd stor valfrihet. Detta trots att valfrihet i bemärkelsen möjlighet att välja mellan olika (likvärdiga) alternativ enligt marknadslogiken egentligen inte var det som erbjöds. Lika många var det som sammantaget upplevde att de hade inflytande (82 procent). Samtidigt var det 40 procent i de två sammanslagna alternativen instämmer helt och instämmer som menade att de ofta valde olika saker från servicemenyn.

Om man på samma sätt lägger samman de två svarsalternativen vid de övriga påståendena om trygghet (94 procent), bemötande med respekt (98 procent), hänsyn till önskemål (95 procent) samt anpassning till behov (94 procent), kan det på samma sätt konstateras att vårdtagarnas svar tydde på att de bedömde att hjälpen innehöll en hög grad av trygghet och inflytande. Eftersom vårdtagarna redan före projektet var väldigt nöjda med hemtjänsten i Askim, är det dock svårt att dra för bestämda slutsatser att alla positiva omdömen var projektets förtjänst. Å andra sidan lyckades man behålla vårdtagarna nöjda och till och med öka upplevelsen av inflytande och trygghet, trots en stor organisationsförändring.

Det som verkade vara mest framträdande i projektet i Askim var således SoL:s norm kring individens självbestämmande och regeringens mål för äldreområdet om att kunna ha inflytande, känna trygghet och bemötas av respekt. Det verkade också vara utifrån denna logik som betydelsen av valfrihet tolkades av de flesta vårdtagarna. Men det verkade också vara så att när vårdtagarna upplevde trygghet och inflytande, upplevde de även att de hade en stor valfrihet.

5. Nya yrkesroller?

Det andra syftet med Askimsprojektet var att ta tillvara personalens kompetens och engagemang och förbättra arbetsmiljön genom att bland annat utveckla och renodla nya yrkesroller. Vid introduktionen i Sveriges 1950-tal, betraktades hemtjänstarbetet inte ens som ett riktigt yrke eftersom det oftast var hemmafruar som arbetade några timmar om dagen utifrån den kunskap de redan hade om hemmets skötsel (Szebehely, 2003). Men visst har väl mycket hänt sedan dess? I det här kapitlet diskuteras inledningsvis kort den historiska utvecklingen av hemtjänstarbetet, dess traditioner, normer och arbetsvillkor. Nästkommande avsnitt beskriver personalens uppfattningar om för- och nackdelarna med utvecklingen av service och omsorg inom Askimsprojektet. Därpå följer ett avsnitt om hur sjukfrånvaron påverkades för att avslutas med ett sammanfattande avsnitt.

Hemtjänstarbetets utveckling och traditioner

Ellström, Ekholm & Ellström (2003) påtalar att hemtjänstarbete idag är en komplex och mångkulturell verksamhet. Under olika årtionden har olika sätt att betrakta verksamheten påverkat sättet att arbeta. Nya idéer har introducerats samtidigt som gamla levt kvar. Detta kan, enligt Ellström m fl, återspeglas i sammansmältningar av flera traditioner i dagens hemtjänstarbete. I början av seklet skötte fattigvården omsorgen av såväl äldre som barn som var sjuka, handikappade och fattiga. Dessa inrättningar rustades efterhand upp och kallades ålderdomshem. Under 1950-talet började andelen äldre öka vilket innebar att det behövdes fler organisationslösningar. Hemtjänsten blev en lösning där ”dugliga” kvinnor förväntades arbeta utifrån egen hushållserfarenhet. För att hjälpa äldre i deras hem ansågs inga övriga kvalifikationer behövas (Sebrant, 2000). Arbetet präglades således, enligt Ellström m fl, av

en traditionell *husmorstradition* som åtföljdes av en *byråkratisk tradition* på 1970-talet när äldreomsorgen ytterligare expanderade genom servicehusen. Därpå följde en *socialpedagogisk tradition* under 1980-talet där arbetet skulle ha en mer rehabiliterande karaktär och vårdbiträdena skulle arbeta med hjälp till självhjälp.

I början på 1980-talet ändrade hjälpen till de äldre i hög grad karaktär. Detta innebar, enligt Ellström m fl, ett ökat inslag av *medicinsk tradition* i hemtjänstarbetet. Betydligt färre äldre fick hjälp i hemmet men å andra sidan var hjälpen till dem som fick, betydligt mer omfattande (SOU 2003:91). Eftersom antalet mycket gamla människor med sammansatta behov av såväl service som vård ökade, argumenterades det för att det behövdes en bättre samordning av social och medicinsk kompetens under en huvudman (Socialstyrelsen, 2006). År 1992 introducerades därför Ädelreformen som bland annat innebar att kommunerna fick betalningsansvar för ”medicinskt färdigbehandlade” patienter (numera benämnt ”utskrivningsklara”) och ett hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen 18-25 § upp till sjuksköterskenivå. Vård och omsorg inom kommunerna lydde därefter under både hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Båda lagarna anger helhetssynen som en grundläggande princip där hänsyn förväntas tas till individens totala situation, respekt för den enskildes självbestämmande och integritet samt krav på kontinuitet och närhet (Socialstyrelsen, 2006). Alltfler kunde efter detta erbjudas avancerad sjukvård i det egna hemmet (Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, 2003).

Ansvar för hemsjukvården skulle efter Ädelreformen ligga kvar på landstinget. Efter överenskommelser kunde dock kommunerna även ansvara för hemsjukvård, vilket 2005 gällde för drygt hälften av alla landets kommuner (Sveriges kommuner och landsting, 2005) och däribland Göteborg. De medicinska arbetsuppgifterna skulle ”utföras av personal med medicinsk kompetens såvida inte delegation i vissa fall är möjlig” (Socialstyrelsen, 2006, s.20). Hälso- och sjukvårdspersonal definieras enligt LYHS (Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 1998:531) som ”den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare” (Socialstyrelsen, 2006, s.65). Socialstyrelsen skiljer i sina allmänna råd (SOSFS 1993:17) på allmän och specifik omvårdnad. Allmän omvårdnad anges som oberoende av sjukdom och medicinsk behandling. Specifik omvårdnad å andra sidan kräver kunskap om såväl människans normala funktioner som den aktuella sjukdomen och behandlingen. Allmän omvårdnad utförs av all personal i hälso- och sjukvård medan specifik omvårdnad kräver speciell

kompetens. Personal som inte är legitimerad kan dock, enligt LYHS, delegeras hälso- och sjukvårdsuppgifter och har då samma skyldigheter som den legitimerade personalen och utför uppgifterna under eget yrkesansvar. Om den legitimerade personalen har försäkrat sig om att undersköterskan eller biträdet har reell kompetens ansvarar inte den som delegerat för uppgifternas fullgörande utan bara för sitt beslut att delegera (ibid. s 66). Det utgör inte heller, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1993:17), något hinder enligt patientjournalagen att lägga in ett dokumentationsansvar om ett omvårdnadsansvar lagts på någon som inte är journalföringsskyldig. Personal som utför sociala uppgifter inom äldreomsorgen omfattas inte av ansvarsreglerna i LYHS. I praktiken kan det dock ibland vara svårt att avgöra vad som är sociala och vad som är medicinska insatser. Socialstyrelsen (2006) anför att ”medicinska insatser är sådana som i det enskilda fallet kräver kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet medan övriga omvårdnadsinsatser är att betrakta som sociala”. Det kräver att man måste ta ställning i varje enskilt fall, vilket torde vara särskilt angeläget inom äldreomsorgen eftersom de äldres behov ibland skiftar väldigt fort.

Därefter har, som beskrevs i förra kapitlet, också marknadsekonomiska modeller alltmer gjort sitt inträde inom offentlig sektor och äldreomsorg (Kastberg, 2005), vilket talar för början av en ny tradition. Resonemanget kan kännas igen från det som fördes i föregående kapitel där tre olika logiker för att styra verksamheten framfördes. Det handlade dels om den sociala logiken, dels om den medicinska logiken och dels om den marknadsekonomiska logiken. Vid en jämförelse kan det konstateras att två av de nyss nämnda traditionerna har samlats i den sociala logiken: husmorstraditionen och den socialpedagogiska traditionen. Samtidigt som de två övriga traditionerna utgår ifrån två andra skilda logikerna, den medicinska samt den marknadsekonomiska. Den byråkratiska traditionen förefaller stämma överens med både en medicinsk och en marknadsekonomisk logik. Wikström (2005B) beskriver de tre logikerna i form av tre så kallade idealtypiska perspektiv. Med det menas att så som de presenteras i teorin återfinns de aldrig till fullo i praktiken. Dock är det ofta det som eftersträvas.

Kännetecken	Socialt perspektiv	Medicinskt perspektiv	Marknadsekonomiskt perspektiv
Grund för hjälp	Sociala och husliga behov	Medicinska behov	Efterfrågan (vara)
Profil vårdbiträde	Pedagog	Expert	Säljare
Profil hjälptagare	Elev/brukare	Patient/Vårdtagare	Kund
Idealnorm	Lärande/rehabiliterande	Botande/Vårdande	Ekonomisk effektivitet
Grund för handling	Vardags-situationen	Sjukdomsbilden	Avtalet
Yrkesideal	Relation (tillit, omdöme)	Medicinsk kompetens	Utbytbara

Bild 1: Tre idealtypiska perspektiv i hemtjänsten (Wikström, 2005b).

Historiskt har också utbildningen av personalen ökat efterhand. 1950 startade Röda korset samaritkurser för hemmafruar, 1964 introducerades en statlig grundutbildning för vårdbiträden inom ålderdomshem och 1982 gymnasieskolans 2-åriga sociala servicelinje (Sebrant, 2000). Idag finns ingen utbildning särskilt för vårdbiträden utan det är undersköterskornas mer allmänt inriktade 3-åriga omvårdnadsprogram som gäller. Undersköterskorna som yrkesgrupp kom till då det var brist på sjuksköterskor. Utbildningen ökade under hela 1900-talet från kortare sjukhusanslutna utbildningar 1916 till dagens omvårdnadsprogram. Beroende på tillgång eller brist på sjuksköterskor har delegeringen av medicinska uppgifter till undersköterskorna under årens lopp ökat eller minskat i omfattning (ibid.). Samtidigt har allt fler som arbetar inom hemtjänsten i Sverige undersköterskeutbildning (Szebehely & Eliasson-Lappalainen, 2003). Dock var det år 2002 så många som 40 procent av hemtjänstpersonalen som saknade vård- eller omsorgsutbildning motsvarade gymnasienivå (Szebehely, 2003).

Det är alltså inte särskilt svårt att hålla med om att hemtjänstarbetet tycks vara en komplex verksamhet där flera ideal och normer konkurrerar om företräde. Det ställer förstås krav på personalen, de som skall utföra, att tolka och hantera de olika förväntningarna som ställs på deras arbete. Det påverkar också såväl deras egen som omgivningens föreställningar om yrkesroller i hemtjänsten. De skall agera husmor, lärare, medicinskt kunnig eller säljare. Ibland det ena mer än det andra, ibland alla roller samtidigt.

Mycket forskning om arbetsvillkor i hemtjänsten inom såväl Sverige som övriga Norden visar en samstämmig bild (Szebehely, 2003). Yrket beskrivs som både fysiskt och psykiskt tungt, lågavlönat och ensamt parallellt med dåligt

stöd från arbetsledare i svåra situationer. Arbetskadorna och sjukdomarna som kan relateras till arbetet är vanliga samtidigt som stressen och arbetsvillkoren på många platser försämras. Det positiva med arbetet som många beskriver är ändå självständigheten i arbetet och kontakten med de äldre (ibid).

Askimprojektets utveckling

Före omorganisationen bestod hemtjänsten i Askim av fyra lag som ansvarade för både service och omsorg inom avgränsade områden. Vid starten av projektet samlades all personal för att diskutera hur det nya skulle organiseras och man beslutade att det skulle bli tre team, två omsorgsteam och ett serviceteam. Omsorgsteamerna skulle vara uppdelade i norr och söder och serviceteamet skulle serva hela Askim. All hemtjänstpersonal som också var undersköterskor²¹ fick därefter söka till det team och den inriktning man önskade att arbeta med. Det visade sig bli en jämn fördelning av sökande och alla fick sitt förstahandsval. Omsorgsteamerna kom att innefatta tolv undersköterskor vardera. Därtill skulle tio undersköterskor arbeta under kvällen och varannan helg som innebar deltidstjänstgöring. Serviceteamet bestod i elva undersköterskor. För att förbättra tillgängligheten hade all personal sedan tidigare egna telefoner och visitkort som kunde lämnas till vårdtagaren. Servicemenyn utarbetades tillsammans med personalen och i samråd med pensionärsrådet i Askim. Under det första året av projektet genomfördes ett flertal möten i olika former för att arbeta med förändringsarbetet. Alla undersköterskor fick också särskild utbildning under två heldagar kring bemötande och kommunikation. Omsorgsteamerna skulle dessutom få särskild utbildning från hemsjukvården för att öka kompetensen inom de medicinska områdena och serviceteamet skulle få särskild utbildning i lokalvård och hjälpmedelshantering. På så vis skulle de olika rollerna bli tydligare och mer specialiserade.

Före projektet arbetade alla undersköterskor var tredje helg som innebar att de var lediga någon eller några dagar mitt i veckan. Det nya sättet att organisera verksamheterna på innebar att undersköterskorna i serviceteamet arbetade enbart vardagar medan de i omsorgsteamerna arbetade två helger av fem. Dessutom hade alla undersköterskor och teamledaren i serviceteamet flexitid. Alla tre teamledarna arbetade heltid med att leda och fördela arbetet i teamet, vilket var en förändring mot före projektet då de arbetade hälften av sin arbetstid med vårdtagarna.

Som nämnts ovan fanns hemsjukvården i kommunens regi. De västra stadsdelarna²² hade en gemensam hemsjukvårdsorganisation som arbetade

²¹ Vid slutet av projektet hade inte alla i Serviceteamet undersköterskeutbildning.

²² Stadsdelarna Askim, Frölunda, Högsbo, Tynnered och Älvsborg i Göteborg.

i hela västra regionen men där sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster hade specifikt ansvar för olika stadsdelar. I Askim arbetade tre sjuksköterskor, en sjukgymnast och en arbetsterapeut från hemsjukvården.

Service teamet om valfrihet och motivationsarbete

Teamledaren för service berättade att de i serviceteamet sedan omorganiseringen hade arbetat mycket med att förändra sättet att betrakta verksamheten och de äldre. De hade under det första året haft flera utvecklingsdagar och all personal hade fått särskild utbildning i bemötande och kommunikation. Alla i serviceteamet försökte därefter att tänka på den äldre som kund och verksamheten som ett företag. En viktig utgångspunkt var dock, enligt verksamhetschefen, att alla också var undersköterskor vilket gjorde en avgörande skillnad mot att till exempel använda städbolag. Det fanns en omsorgskompetens som kompletterade servicekompetensen. Det innebar till exempel att en undersköterska i serviceteamet bättre kunde bedöma vilken typ av hjälp någon skulle behöva om en kund hastigt skulle bli sjuk, ramla eller behöva annan medicinsk bedömning. Teamledaren för service beskrev det så här:

Vi tänker att vi är ett företag som bara utför service och det enda vi har med oss då är att vi är undersköterskor och har arbetat i vården så vi vet vad vi möter, det är ett jätteplus. För du kommer ju ändå hem till ett hem med många som är svårt sjuka. Om en städfirma hade städat hemma hos dem som säger aj jag har ont i bröstet så kanske de hade sagt att ja då kan du ringa till sjukhuset, medan vi som är undersköterskor ser det lite annorlunda.

Hur många nya bistånd som kom till serviceteamet varierade stort. Ibland kunde det komma fem stycken på en dag, andra dagar kom det inga. När det kom ett nytt bistånd besökte den undersköterska som hade tidsmässigt utrymme den nya kunden för ett samtal kring servicemenyn och vad han/hon utifrån den bestämda tiden ville få utfört. Därefter gjordes en serviceplan som beskrev det valda arbetet. Denna undersköterska blev också oftast vårdtagarens kontaktperson:

Det är när det kommer ett nytt bistånd. På morgonen här brukar vi fråga om det är någon som har en lucka, är det någon som ligger inne eller är det någon som dött, då säger någon att det kan jag ta och då går man hem till den och gör ett kundbesök, har med sig servicemenyn och serviceplan och utgår från det. Så det blir när det kommer någon ny.

Teamledaren påtalade att det trots undersköterskornas stora förmåga att motivera var svårt att få de äldre att välja annat från menyn än det de hade varit vana vid. Det var allra svårast med dem som hade haft hemtjänst länge. Det

kom därför att bli ett pågående arbete att argumentera för valmöjligheterna. Undersköterskorna själva ville ju hellre gå ut och promenera än att städa:

Det är jättesvårt att få dem att ändra sig. Men människan i botten är ju sån, vi är vanemänniskor. Det är de nya som vi får försöka med, det är ingen enkel historia. De är över 80 år allihop, hur ska man kunna ändra det? Är det några som kan motivera så är det vi! Vi har ju motiverat i 20 år, bara att få in någon i en dusch som inte vill duscha. Så jag tycker vi är proffs på att motivera saker och ting...Får du välja mellan att städa eller ta en härlig promenad, så går du väl hellre ut med någon och tar en promenad.... Sen har vi försökt då med halva vägen att vi städar lite fortare och tar en promenad den andra timman. Det skulle man kanske kunna få igång. Städ och inköp är så viktigt.

Ett annat kritiskt område som serviceteamet beskrev var motsägelsen mellan å ena sidan valfrihet och å andra sidan rehabiliterande förhållningssätt som innebar att vårdtagarna uppmuntrades att upprätthålla sina förmågor så länge som möjligt:

Kan de damma själva så ska de ju damma själva. Men det kan ju uppfattas så fel. Många anser att betalar jag för ett städ då ska jag inte damma. Men nu har vi slutat med bistånd, nu kommer bistånden bara med timmar, förut kom de med insatser. För att man ska kunna utgå från servicemenyn och säga att nu är du beviljad två timmar, vad vill du ha gjort på de två timmarna.

Omsorgsteamets om medicinsk kompetens

När det gällde omsorgsteamet fick även de särskild utbildning i bemötande och kommunikation och sjuksköterskorna från hemsjukvården utbildade undersköterskorna i specifik omvårdnad, till exempel svårare sårvård. Tanken var att undersköterskorna därefter skulle kunna delegeras fler uppgifter, vilket de såg fram emot:

Vi har ju delegeringar på läkemedel, det är väldigt mycket läkemedel. Men vi har inte många sår eller diabetes än så länge, jag hoppas att vi får fler för tjejerna vill gärna ta över och göra detta också. De har läst det och det är ju klart att de vill praktisera det också.

Arbetet i omsorgsteamet handlade om allt det man gjorde tidigare förutom framförallt städning, tvätt och inköp. Ibland kunde de dock, efter överenskommelse med serviceteamet, även utföra till exempel en lättare städning eller lägga i tvätt i tvättmaskin. En av teamledarna berättade:

Det kan vara allt möjligt. Det kan vara att du hjälper till med frukost, att du bäddar sängen, att du ger en dusch, att du sitter ner och pratar eller bara lyssnar. Det kan vara mycket praktiskt, som att hjälpa med mediciner t.ex. Ibland

kan du behöva städa av lite om det är så att det är någon som kanske smutsar ner lite extra. Men det är mycket omvårdnad, så att de ska må gott.

Undersköterskorna hade sina specifika vårdtagare som de gick till och som de var kontaktpersoner för. Vid de fall där vårdtagarens situation krävde det gick man dock två och två, till exempel när det handlade om tunga lyft. Man träffade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster från hemsjukvården vid möten för att diskutera specifika vårdtagare, vilket undersköterskorna upplevde som en väldig tillgång och ett stort stöd. Därtill hade man också telefonkontakter med sjuksköterskorna.

Undersköterskorna i omsorgsteamet försökte också att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Det var enligt en av teamledarna inte något som behövde ta längre tid, snarare handlade det om att planera arbetet och involvera vårdtagaren:

Det är väldigt mycket upp till kontaktmannen, det gäller att planera sitt arbete. Att arbeta rehabiliterande är att om du har en vårdtagare som ska ha hjälp med frukost då kan ju personen börja ta på sig medan du gör frukosten. Då får de använda sina fingrar och behöver inte känna sig stressad. Det handlar om att planera och tänka efter...Det behöver inte ta så lång tid.

Samarbete med de andra?

Det nya sättet att organisera verksamheten innebar att det skapades nya gränser mellan olika arbetsgrupper. Redan före projektet fanns det såväl korttidsboende och förebyggandeenheter som hemsjukvård, primärvård och sjukhus att på olika sätt samarbeta med (Löfström, 2006). Den nya organisationen innebar därtill ett behov av att samarbeta med de övriga teamen. Framförallt handlade det om relationen mellan serviceteam och omsorgsteam eftersom man arbetade med och var kontaktperson till samma vårdtagare.

I början fungerade kommunikationen mellan teamen inte så bra vilket till exempel innebar att undersköterskor från olika team ibland kom samtidigt till vårdtagaren:

Det var lite oklart i början för vi krockade lite med varandra och att vi kom samtidigt service och omsorg. Nu vet vi lite bättre när vi ska lägga vårt och de ska göra sina saker för det blir väldigt rörigt om det kommer två, tre stycken och ska göra olika saker. Nu har vi kontakten och vet när de kommer oftast.

Tanken som utvecklades var att alla som var kontaktpersoner i service- och omsorgsteamet skulle samarbeta kring de gemensamma vårdtagarna. Man skulle känna till varandra, ha kontinuerlig kontakt antingen via telefon

eller personliga möten, komma överens så att man inte kom samtidigt till vårdtagaren/kunden samt kunna hjälpa till med den andres sysslor. En av teamledarna berättade:

Vi ska ha koll på varandra och vem som är kontaktman. Det ska vara en från service och en från omsorg...Det har inte varit motstånd till samarbete utan man har bara inte vetat hur man ska komma igång...Det har varit så mycket annat...så det har inte blivit prioriterat men...Det är inget som är tråkigt eller dumt. Det är som att du och jag skulle jobba ihop så skulle jag kunna fråga dig om du skulle kunna lägga i tvätten när du är där och gör frukost så kommer jag dit och hänger upp den sen. Istället för att vi ska dit båda två.

En annan teamledare menade också att kontakten mellan teamen blev bättre med tiden och beskrev utvecklingen så här:

I början var det inte speciellt mycket samarbete, det var en del klagande på varandra. Nu är det väldigt sällan det kommer några klagomål utan vi försöker ringa varandra om det är något. Där tycker jag att de har kommit väldigt långt, har man inte varit med från början så kan man inte se det, men det är en jätteskillnad. Det är så roligt när man hör en av personalen som säger att jag hade ett problem men jag ringde den kontaktpersonen på service, så vi är på rätt väg och det känns jättebra.

En aspekt som en av undersköterskorna i serviceteamet pekade på var att de som arbetade i serviceteamet var kontaktperson till många fler vårdtagare än de var i omsorgsteamet. Det innebar också att det blev många fler för dem att hålla kontakten med än för undersköterskorna i omsorgsteamet. Hon menade därför att det skulle vara svårt att ha tiden att regelbundet träffa alla kontaktpersoner i omsorgsteamet men att man mer och mer hade börjat kontakta varandra på telefon.

Det var alltså egentligen ingen som såg några hinder för att utveckla ett bra samarbete mellan serviceteam och omsorgsteam. Det handlade mer om att komma överens om rutiner för samarbetet. Detta underlättades förstås av att alla var undersköterskor och kunde varandras verksamheter.

När det gällde samarbetet med sjuksköterskorna från hemsjukvården var undersköterskorna ivriga att i högre grad utföra medicinska åtgärder samtidigt som sjuksköterskorna behövde försäkra sig om att det skulle finnas tillräckligt med utbildad personal för att kunna delegera vissa arbetsuppgifter. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) för hemsjukvården i de västra stadsdelarna²³ framhöll att projektets intention att utöka och förbättra samarbetet mellan hemtjänstpersonalen och hemsjukvården var positiv. Hon

²³ Stadsdelarna Askim, Frölunda, Högsbo, Tynnered och Älvsborg i Göteborg.

menade att personalkontinuitet är en viktig kvalitetsfaktor för att hälso- och sjukvårdsuppgifterna skall utföras på ett riktigt sätt hos den enskilde. Det kunde därför vara betydelsefullt att så få som möjligt arbetade hemma hos vårdtagaren. Genom att utöka undersköterskornas arbetsområden till följd av ordination eller delegation från sjuksköterskorna kunde det uppnås. Skillnaden mellan dessa två åtgärder beskrev MAS genom följande exempel:

Till exempel om det är en kvinna eller man som är sjuk eller sängliggande. Förmodligen behöver personen hjälp med läkemedelsöverlämnande samt att vändas i sängen regelbundet. Personen kanske också är i behov av att sitta på sängkanten för att djupandas för att undvika lunginflammation. För att överlämna läkemedel behövs en delegering, detta styrs i en särskild författning. För att vändas i sängen och för att djupandas behövs ingen delegering med det behövs en ordination, det vill säga en instruktion om hur arbetsuppgiften skall utföras. En ordination är när en hälso- och sjukvårdspersonal överlämnar en arbetsuppgift till en annan person för att utföra uppgiften. Ordination skall vara skriftlig.

Så länge som arbetsuppgifterna är ordinerade eller delegerade uppstår inte, enligt MAS, några tveksamheter om uppgifterna skall definieras som medicinska eller sociala. Vid båda tillfällena är undersköterskorna hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för sina arbetsuppgifter och har rapporteringskyldighet.

MAS pekade på det oerhört stora ansvaret som personalen som står den enskilde närmast har i sin yrkesroll. ”Det är ju de som ser och skall rapportera förändringar”, menade hon. ”De måste se när Anna inte mår bra, att det är något som inte stämmer och ta kontakt med ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal”. MAS upplevde därför att det även behövdes den kompetensen i serviceteamet:

Jag tror att man behöver den kompetensen för att det är inga friska äldre personer som de kommer till. Uppmärksammar serviceteamet t ex ett hörselproblem hos en person måste de ha kompetens för att göra något åt detta problem. Jag anser att det är bra att ha kunskap om olika saker och kunna ta ställning på ett professionellt sätt.

För att Askimprojektets intention skulle kunna bli verklighet hade MAS ställt två krav. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv handlade det om hur man kunde överlämna olika sjukvårdsuppgifter på ett tryggt och säkert sätt för den enskilde samt förvissa sig om att det fanns tillräckligt med kompetens hos personen som skulle utföra uppgifterna. Det första kravet var att det skulle finnas regelbundna träffar. Minst varannan vecka skulle sjuksköterskor och rehabpersonal träffa hemtjänstteamet. Det andra kravet var att sjuksköter-

skorna skulle göra skriftliga ordinationer till personalen om vad och hur de skulle utföra. För att försäkra sig om att undersköterskorna hade tillräcklig kompetens ingick också i kravet en utbildningsdel på såväl individ- som gruppnivå.

Emellertid hade man vid projektets slut inte ännu uppnått de två kraven. Sjuksköterskorna hade börjat utbilda personalen och göra skriftliga omvårdnadsplaner men man hade inte ännu några regelbundna möten.

Ett område som MAS menade kunde ge upphov till svårigheter var de olika avgiftssystemen för hemtjänsten å ena sidan och hemsjukvården å den andra. Den kommunala hälso- och sjukvården var gratis för den enskilde i Göteborg. Samtidigt bemannades och kostnadsbestämdes hemtjänsten utifrån biståndsbedömda timmar. Hemtjänstpersonalen behövde därför få tid att utföra även hälso- och sjukvård. I de västra stadsdelarna hade man börjat med att sjuksköterskorna tidsbestämde hälso- och sjukvårdsinsatsen vilket möjliggjorde en större överblick över hur mycket av personalens arbete som kunde hänföras till olika delar av hemtjänstarbetet.

Det skulle således komma att bli ett fortsatt utvecklingsarbete även efter projektets slut för att uppnå intentionerna.

Fördelar och nackdelar med det nya?

Många av undersköterskorna hade arbetat tillsammans väldigt länge. De flesta hade arbetat i något av de tidigare lagen i över 15 år. Det som gjorde att man arbetade kvar så länge hade framförallt varit kamratskapet. Det visade inte minst de val personalen gjorde inför omorganisationen. De sökte sig till antingen service eller omsorg men de flesta som sökte till ett specifikt team hade arbetat tillsammans tidigare. Det hade också varit viktigt att alla fick välja vad de ville arbeta med.

Alla vidtalade beskrev att det första året av projektet karaktäriserades av hårt arbete där olika nya utmaningar kantade utvecklingsarbetet. En av teamledarna berättade:

Det är en process och nu tycker väl de flesta att de är på gång och nu vill vi gå vidare med det här. Ibland kan man känna att någon halkar tillbaka lite grann och inte riktigt vill, men på det stora hela är de flesta med nu. Det känner man, det är jätteskillnad. Vi har haft väldigt många starka själar som verkligen tror på projektet och vill att det skall lyckas, som har gjort att det har gått lättare. Rätt inställning är ju en förutsättning!

De flesta av undersköterskorna tyckte att det nya sättet att organisera hemtjänsten i Askim i grunden var bra. Under projektets gång uttryckte dock flera en frustration över att allt inte riktigt blivit som man tänkte sig. Under-

sköterskorna i serviceteamet beskrev att de trodde att kunderna mer skulle välja andra saker från servicemenyn än vad de gjorde. Det innebar att deras främsta arbetsuppgifter hade blivit städning, inköp och matleverans, vilket ibland kändes monotont och tungt. En väldigt positiv aspekt var ändå de nya arbetstiderna som innebar lediga helger liksom en tydliggjord yrkesroll. Teamledaren för service berättade:

Men vi tror väldigt mycket på framtiden att vi har fått mer renodlade yrkesroller, det tror vi ger mycket bra resultat...Många här orkar inte vårda längre. De gör service, inköp, städ, är vanligt trevliga och de kommer in i en annans hem och allt var det innebar. Därför är det undersköterskor i botten så vi vet vad vi möter. De som valde omsorg ville fortfarande hålla på med detta, vårdande, ta hand om, och jag tror det funkar jättebra att man har fått mer renodlade yrkesroller. Det är kanon och det tror jag alla upplever. Jag tror att du gör ett bättre jobb än att du har så många grejer allt från vård, lägga om en tå till att städa. Det är för många uppgifter.

Undersköterskorna i omsorgsteamet upplevde också en frustration under projekttiden över att man inte nått dit man hade tänkt. Arbetet upplevdes ibland som stressigare när man inte längre kunde få ett avbrott genom till exempel att gå och handla. Samtidigt var de väldigt positiva till att de nu skulle få arbeta mer med det som de var utbildade till. De uttryckte en önskan om att få ännu mer samarbete med hemsjukvården än vad de hittills hade fått. Sjuksköterskorna från hemsjukvården hade börjat att särskilt utbilda undersköterskorna i svårare sårvård men man ville ha mycket mer! En av teamledarna beskrev det:

Jag tycker att vi kommit långt på väg, vi är inte framme ännu men vi har kommit långt...Alla ser ju fram emot när arbetet flyter och vi vet precis vad vi ska göra och vilka arbetsuppgifter vi har, men vi har kommit en bra bit på väg.

En positiv aspekt av det nya sättet att organisera hemtjänsten i Askim som en av teamledarna ville framhålla var att vårdtagarna nu i högre grad fick såväl den service som omsorg som de var beviljade. Tidigare kunde det hända att servicen blev mindre eftersom omsorgsarbetet prioriterades först:

Det var lite oroligt i början och vårdtagarna undrade om det här är bättre men det har funkat jättebra och jag har inte hört någonting nu så de är nöjda. De tycker att det är bra service och de tycker att omsorgen är bra. Nu får de sin städning och förut var vi tvungna att flytta på det för vi hann inte med helt enkelt för omvårdnaden tog längre tid och den fick vi ta först.

Omsorgsteamerna

Vid slutet av projektet besvarade även all personal en enkät²⁴ som bland annat gav möjlighet att fritt beskriva fördelar och nackdelar med den nya yrkesrollen. Kvällspatrullen uppgav att de inte hade förändrat sitt sätt att arbeta utan arbetade på som förut. Omsorgsteamerna beskrev det som följer:

Fördelar	Nackdelar
Mera omsorg. Mindre service	Mera stress. Alla vill ha tidig hjälp.
Renodling av roller	För lite delegering
Använda sin kompetens och kunskap	Man har inte längre koll på allt. För mycket folk inblandat
Slippa städa, stryka, handla	Det kan bli mer enformigt
Statusen har blivit högre	Sämre kontinuitet för vårdtagarna
Arbetar mer professionellt	
Blir specialist	
Nöjda omsorgstagare	
Möjlighet att utvecklas i sin yrkesroll	

Tabell 4: Fördelar och nackdelar med den nya yrkesrollen inom omsorgsteamerna

Uppfattningarna om projektets fördelar och nackdelar förändrades alltså inte under projektet. Undersköterskorna var positiva till renodlingen av yrkesrollen och menade att det underlättade möjligheten att utvecklas och att statusen ökade. Man fick också i högre grad använda sin undersköterskekompetens. Emellertid var det här som frustrationen fortfarande fanns kvar. De ville i ännu högre grad bli delegerade och utbildade i medicinska uppgifter vilket bekräftades av enkätsvaren²⁵. Enbart 7 procent instämde helt och 18 procent instämde i att de var nöjda med omfattningen av delegation. 61 procent instämde delvis och 14 procent instämde inte alls.

²⁴ Enkäten besvarades av all personal som inklusive några deltider vid tidpunkten var 46 personer: 15 serviceteamet, 12 omsorg norr, 13 omsorg söder, 6 kvällspatrull.

²⁵ Påståendena riktades till omsorgsteamerna, n=25.

Service teamet

När det gällde personalen i serviceteamet beskrevs också fördelarna och nackdelarna på liknande sätt under hela projektet. Det mest positiva var arbetstiderna som innebar att de var lediga alla helger. De hade dessutom flexitid. Det var också en fördel att arbetet var tydligare och mindre psykiskt påfrestande. Personalen var dock fortfarande frustrerad över att vårdtagarna fortsatte att välja det de alltid hade valt. Från början trodde de att arbetet skulle bli lite mer varierande än vad det sedan blev.

Fördelar	Nackdelar
Arbetstiderna	Att inte få använda undersköterskeutbildningen
Alla får det de skall ha	Enformigt med alla städningar
Att kunna skapa förtroendeingivande hos kunderna	Får inte längre lika bra kontakt med kunderna/vårdtagarna som när man även hade den personliga omsorgen
Träffa nya/ fler människor	Fysiskt tyngre
Huvudet är mer "klart" nu än förut. Den psykiska biten känns bättre	
Arbetar mer professionellt	

Tabell 5: Fördelar och nackdelar med den nya yrkesrollen inom serviceteamet

Enkätsvaren visade också att personalen i serviceteamet inte uppfattade att vårdtagarna uppskattade att få välja från servicemenyn i någon hög grad²⁶. Som framgår av tabell 6, instämde 7 procent helt och 7 procent instämde. Emellertid var det 66 procent som instämde delvis och 20 procent som inte alls instämde. På samma sätt svarade personalen på påståendet om pensionärerna valde mer från servicemenyn än tidigare där övervägande delen inte uppfattade att vårdtagarna valde mer. Det visade sig också i enkätsvaren att personalen i serviceteamet fortfarande vid projektets slut kunde uppleva att det var svårt att argumentera för och motivera vårdtagarna att välja från servicemenyn. Det verkade dock underlätta något för arbetet med valfrihet/inflytande att biståndsbesluten gavs i timmar istället för som tidigare i insatser. 20 procent instämde helt, 33 procent instämde, 40 procent instämde delvis och 7 procent instämde inte alls. Ungefär hälften av undersköterskorna svarade att de i viss mån tagit över samtalet från biståndsbedömarna om vad pensionären ville

²⁶ n=14

få utfört. Samtidigt var det dock, enligt personalens svar, relativt vanligt att de äldre inte hade någon uppfattning om hur mycket tid de hade beviljats och/eller hur mycket tid som hade utnyttjats.

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt
Pensionärerna uppskattar att få välja olika saker från servicemenyn.	20	66	7	7
Pensionärerna väljer mer nu från servicemenyn än tidigare.	36	50	14	0
Det är nu lätt att samtala med pensionären om att välja från servicemenyn.	7	60	33	0
Biståndsbesluten i timmar underlättar arbetet med valfrihet för pensionären.	7	40	33	20
Pensionärerna vet hur mycket tid som har beviljats.	14	57	29	0
Pensionärerna vet hur mycket tid som har utnyttjats.	7	66	20	7
Det samtal som tidigare utfördes av biståndshandläggarna om vad pensionären vill få utfört görs nu av oss undersköterskor.	0	50	29	21

Tabell 6: Procentuell fördelning av påståenden om arbetet med val i servicemenyn.

Renodlingen av yrkesrollerna i teamen

Enkäterna till personalen bekräftade också att de flesta upplevde att renodlingen av yrkesrollerna var positiv. Tabell 7 visar att 32 procent instämde helt, 52 procent instämde, 14 procent instämde delvis och 2 procent instämde inte alls. Emellertid skiljde det sig något mellan serviceteamet och omsorgsteamerna där personalen verkade lite mer positiv till renodlingen i omsorgsteamerna än vad de var i serviceteamet. På samma sätt svarade 55 procent i båda teaminriktningarna att de inte alls ville återgå till det gamla sättet att arbeta. 27 procent instämde delvis och 7 procent instämde. 11 procent instämde dock helt i att de ville återgå till det gamla sättet. Men här fanns också en viss skillnad mellan teamen där fler i serviceteamet uppgav att de ville återgå.

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt
Jag tycker att renodlingen av min yrkesroll är positiv (alla, n=44)	2	14	52	32
Jag tycker att renodlingen av min yrkesroll är positiv (omsorgsteamerna, n=25)	0	4	50	46
Jag tycker att renodlingen av min yrkesroll är positiv (serviceteamet, n=14)	7	40	40	13
Jag vill återgå till det gamla sättet att arbeta (alla, n=44)	55	27	7	11
Jag vill återgå till det gamla sättet att arbeta (omsorgsteamerna, n=25)	68	16	4	12
Jag vill återgå till det gamla sättet att arbeta (serviceteamet, n=14)	27	47	13	13

Tabell 7: Procentuell fördelning av påståenden om renodlade yrkesroller

Hur påverkades sjukfrånvaron?

En tanke med Askimsprojektet var att de renodlade yrkesrollerna skulle förbättra arbetsmiljön. Som framgår av tabell 8 instämde dock bara 12 procent helt och 36 procent instämde vid påståendet om att det nya sättet att arbeta var bättre för arbetsmiljön. 40 procent instämde delvis och 12 procent instämde inte alls. Vid en jämförelse mellan teamen verkade det också som att undersköterskorna i omsorgsteamen i högre grad än undersköterskorna i serviceteamet upplevde att arbetsmiljön hade förbättrats. Men svaren på ett sådant påstående avspeglar förstås flera aspekter på den upplevda situationen just då. Utvecklingsarbetet pågick och man hade inte ännu uppnått alla intentioner med projektet.

	Instämmer inte alls	Instämmer delvis	Instämmer	Instämmer helt
Det nya sättet att arbeta är bättre för arbetsmiljön (alla, n=44)	12	40	36	12
Det nya sättet att arbeta är bättre för arbetsmiljön (omsorgsteamen, n=24)	8	29	42	21
Det nya sättet att arbeta är bättre för arbetsmiljön (serviceteamet, n=14)	22	64	14	0

Tabell 8: Procentuell fördelning av påståendet om att det nya arbetssättet är bättre för arbetsmiljön.

Ett annat sätt att tolka arbetsmiljön kan vara att följa sjukfrånvaron. Vid en jämförelse av frånvaron mellan åren verkar det emellertid inte finnas några påtagliga skillnader²⁷ (se tabell 9). Inte heller visar det några skillnader mellan de två olika typerna av team. Korttidsfrånvaron var låg i alla tre teamen under båda åren och i serviceteamet minskade den till och med något. Långtidsfrånvaron var relativt hög i både ett omsorgsteam och serviceteamet, vilket leder till tolkningen att frånvaron inte kan härledas till renodlingen av yrkesrollerna. Verksamhetschefen bekräftar detta antagande och beskriver att orsakerna inte kan kopplas till projektet.

²⁷ Projektet startade i mars 2005. Siffrorna för år 2005 gäller därför enbart för nio månader medan år 2006 beskriver hela det året. Materialet är därför inte helt jämförbart.

	2005	2006	Sjukfallens längd
Omsorgsteam X	1,19	1,23	1-14 dagar
		0,45	15-59 dagar
	6,49		91-180 dagar
		7,23	181-365 dagar
Omsorgsteam Y	1,12	1,71	1-14 dagar
	0,09	1,66	15-59 dagar
		1,87	91-180 dagar
	4,55		181-365 dagar
	14,72	15,54	366-
Serviceteam	1,99	1,39	1-14 dagar
	2,32	0,77	15-59 dagar
		1,62	91-180 dagar
		17,82	181-365 dagar
	6,95	1,91	366-

Tabell 9: Sjukfrånvaro i procent under år 2005 och år 2006

Således...

Frågor som skulle besvaras i utvärderingen var vad personalen tyckte om de renodlade yrkesrollerna, hur relationen mellan omsorgsteamet och serviceteamet utvecklades, hur relationen till hemsjukvården utvecklades samt hur sjukfrånvaron påverkades. När det gällde de nya yrkesrollerna var den övervägande delen av personalen positiv till att den tidigare komplexiteten i arbetet nu hade renodlats. Sammantaget var det 84 procent som instämde och instämde helt. Men det skilde sig mellan serviceteamet och omsorgsteamet. Medan det sammantaget var 53 procent i serviceteamet som instämde och instämde helt var det hela 96 procent i omsorgsteamet med samma sammantagna kategorier. Det var följaktligen tydligt att personalen upplevde omorganisationen som i grunden bra men också att det fanns en ganska stor skillnad mellan de två teaminriktningarna. Uppfattningen att man ännu vid projektets slut inte riktigt hade uppnått projektets intentioner delades dock av personalen i alla teamen. Utvecklingsarbetet fortgick i alla delar efter projektets slut även när det gällde relationerna mellan teamen och till hemsjukvården. På frågan om man ville återgå till det gamla sättet att arbeta var skillnaderna heller inte lika stora, dock med övervikt för serviceteamet. Den sammantagna siffran för alla teamen var 18 procent som instämde och instämde helt i att de ville återgå. För omsorgsteamet var motsvarande siffra 16 procent och för serviceteamet 26 procent.

Andra synpunkter som undersköterskorna framförde var att vårdtagarna vid det nya sättet att organisera verksamheten i hög grad kunde räkna med att få den hjälp de var beviljade. Vid det tidigare sättet att arbeta fick ofta serviceinsatser stå tillbaka till förmån för omsorgsinsatser.

6. Ekonomiska konsekvenser?

Det fanns anledning att anta att en satsning såsom den i Askimsprojektet skulle leda till ökade kostnader. En ytterligare fråga i utvärderingen var därför om det gick att se några förändringar i form av ökade eller minskade kostnader kopplade till projektet. Eftersom projektet bestod i ett antal olika aktiviteter och förutsättningarna efterhand förändrades, föreföll det omöjligt att göra en ekonomisk konsekvensanalys. I det här kapitlet diskuteras istället svaret kort genom att jämföra med ett liknande projekt som genomfördes i Stockholm under ett år mellan 2004–2005.

Små kostnader

Verksamhetschefen för äldreomsorgen i Askim beskrev att projektet genomfördes utan extra finansiering (förutom bidrag från Göteborgs Stad till delar av projektledarens lön och utvärderingen) och att det inte hade medfört några extra kostnader. Eftersom ingen ekonomisk analys gjordes med specifik koppling till projektet, presenteras här istället ett annat exempel.

Med syfte att ge vårdtagarna ökade möjligheter till inflytande i sin vardag och förenkla kontakterna med hemtjänsten, prövade Stockholm Stad under ett år ett liknande projekt som det i Askim (Hjalmarson, 2006). Alla över 80 år i två stadsdelar erbjöds hemhjälp under högst 4 timmar i månaden med förenklat biståndsbeslut. Erbjudandet innebar serviceinsatser men pensionärerna kunde själva bestämma vilka insatser de ville ha, till exempel hemmets skötsel, promenader, teaterbesök, klädvård eller inköp. Pensionärerna ansökte om serviceinsatserna genom att fylla i en blankett som de fått hemskickad per post. Biståndshandläggarna gjorde alltså inga hembesök utan kontrollerade bara ålder och bostadsort i ansökan. Efter beslutet utformade pensionären

och hemtjänstpersonalen tillsammans en arbetsplan som skickades till biståndshandläggaren. Man kunde välja mellan att betala 180 kr/timme eller enligt gällande hemtjänsttaxa. Försöket genomfördes inom ordinarie budget utan extra finansiering.

Utvärderingen av försöket visade att erbjudandet hade haft låg efterfrågan. Totalt blev det 87 nya kunder²⁸ av 6 118 invånare över 80 år. De flesta valde så som i Askimsprojektet: städning och inköp. De som hade haft insatsen var nöjda med att själva få bestämma tiden de fick hjälp på och vad som skulle utföras. Såväl pensionärer som biståndshandläggare och hemtjänstchefer ville efter försökets slut att det skulle implementeras i hela verksamheten. Administrationen av biståndsbesluten minskade och flera av hemtjänst enheterna uppfattade ”den förenklade hemtjänsten” som marknadsföring för att kunna skapa kontakter med nya kunder. Därtill beräknades kostnaderna till mindre än 1% av totala kostnader för hemtjänsten i stadsdelarna. Dock menade enhetscheferna att ersättningen de fick för varje producerad timma på 250 kronor, var väldigt låg men eftersom omfattningen av den nya servicen var så liten påverkade det inte enheternas totala ekonomi.

Slutsatsen är att varken projektet i Stockholm eller projektet i Askim ledde till några nämnvärt ökade kostnader. En orsak till det som beskrivs i utvärderingen av försöket i Stockholm (Hjalmarson, 2006) var att det fick en sådan liten omfattning. Så var inte fallet i Askim. Här handlade det om att alla som sökte serviceinsatser också fick möjligheter till ökat inflytande genom att själva välja från servicemenyn. Dock blev det inte så stora förändringar i jämförelse med före projektet. Fördelningen av insatser och användning av tid var ungefär densamma. På samma sätt var det vid projektets slut när det gällde omsorgsteamens arbete. De hade inte i någon högre grad tagit över uppgifter från hemsjukvården, vilket skulle kunna påverka kostnaderna negativt eftersom ersättningen dittills hade baserats på biståndsbedömda timmar²⁹.

Således...

När det gällde ekonomin var frågan om arbetet under projekttiden ledde till ökade eller minskade kostnader. Det kan konstateras att projektet i Askim inte medförde några extra kostnader.

²⁸ Sedan 2002 fanns det genom Kundvalsreformen i Stockholm möjligheter att välja privata entreprenörer.

²⁹ Under sommaren 2006 beslutades det att varje stadsdel skulle ansvara och erhålla ersättning för sin del av hemsjukvård. I skrivande stund utreddes hur stadsdelarna i västra Göteborg, inklusive Askim, framgent ämnade organisera äldreomsorg och hemsjukvård.

7. Framtidens hemtjänst?

Askimsprojektet hade två syften, dels att ge de äldre i Askim en ökad valfrihet, större självbestämmande och ett direkt inflytande över de serviceinsatser som de blev beviljade, dels att ta tillvara personalens kompetens och engagemang samt förbättra arbetsmiljön genom att bland annat utveckla och renodla nya yrkesroller. Det försökte man uppnå genom att arbeta med en förenklad biståndshandläggning, att erbjuda vårdtagarna att utifrån beviljade timmar välja serviceinsatser från en servicemeny samt att omorganisera hemtjänstarbetet i två olika inriktningar. Hur gick det då? Skulle Askimsmodellen kunna vara modellen för framtidens hemtjänst? I de föregående kapitlen har såväl personal som vårdtagare kommit till tals och beskrivit sin syn. I detta avslutande kapitel sammanfattas svaren på utvärderingens frågor och diskuteras i jämförelse med andra liknande studier. Slutligen ställs några funderingar kring förändringsprocesser generellt för att reflektera över Askims utvecklingsarbete och resultat.

Askimsmodellen en del av den nya trenden

Vid utvärderingen av Askimsprojektet framstod det som tydligt att några av de idéer som prövades var en del av de nya organisationslösningar som började få stor utbredning, såväl inom offentlig sektor generellt som inom äldreomsorg specifikt. Med syfte att öka effektivitet, mångfald och valfrihet introducerades idéer om marknad, decentralisering, kundorientering och ekonomisk styrning. Denna globala trend som kallas New Public Management (Hood, 1995; Vabø, 2005) var således fortfarande pågående. Att projektidéerna var en del av denna trend behöver i sig inte betyda något. Däremot är det angeläget att peka på att det handlar om ett nytt perspektiv som innehåller andra normer och värderingar än de som personal och vårdtagare tidigare varit vana vid,

som till exempel att betrakta vårddagaren som kund. Det betyder att det kan ta längre tid och vara svårare att ta till sig det nya, vilket jag återkommer till senare i detta kapitel. I det sammanhanget är det också viktigt att diskutera vad som hände med de perspektiv som redan fanns och som sedan tidigare styrde arbetet.

Arbetet med biståndshandläggningen

Traditionell, förenklad eller utesluten biståndshandläggning, det är frågan. Det här är verkligen ett exempel på hur det har prövats att göra på olika sätt i olika kommuner i landet utan att det än så länge har beslutats om någon enhetlig modell. Några har helt uteslutit utredningen, andra har använt en förenklad modell för utredning och beslut, några har utelämnat hembesöken, andra fortsätter med det. Några har valt förenklad handläggning för vissa områden, andra har valt andra områden³⁰. En alldeles färsk utvärdering från Äldrecentrum i Stockholm (Norman, 2007) beskriver till exempel ytterligare ett liknande projekt som det i Askim där tanken var att öka inflytandet för såväl vårddagare som personal. Biståndshandläggningen förenklades genom att biståndshandläggarna beviljade insatser i så kallade huvudbegrepp som till exempel trygghetslarm, service, mathållning, omvårdnad. Därefter skulle vårdbiträderna inom 14 dagar tillsammans med brukaren komma överens om innehållet i hjälpen genom att göra en genomförandeplan som skulle beskriva vad som skulle göras och hur, samt i vilken omfattning. Utvärderingen visade att både biståndshandläggarna, vårdbiträderna och enhetscheferna var positiva till arbetsmodellen och ville fortsätta att arbeta på det sättet. Brukarna var nöjda med hjälpen från hemtjänsten men majoriteten kände inte till projektet och upplevde inte heller ökat inflytande, vilket i utvärderingen tolkades som att det hade varit brister i informationen. Det visade sig dock att stadsjuristen inte bedömde att utredningsförfarandet i projektet var rättssäkert och de fick återigen ändra sina handläggningsrutiner som innebar att biståndshandläggarna vid ”mer komplexa ärenden”³¹ måste skriva ett beslut i avvaktan på genomförandeplanen från vårdbiträderna.

³⁰ Vid en konferens för biståndshandläggare vid Fokus Kalmar i september 2007, presenterade flera olika kommuner sina olika sätt att arbeta med biståndshandläggningen. Järfälla kommun talade till exempel om ”förenklad biståndsbedömning - för både den enskilde och biståndsbedömaren” och Helsingborgs kommun talade om ”från specificerade insatser och beslut till ett rambeslut och en öppen korg fylld med flexibla insatser”. Jag vet också att Halmstads kommun med inspiration från Askim har startat ett förändringsarbete utifrån Askimsmodellen.

³¹ Ärenden där den enskilde hade stora hjälpinsatser, där hjälpinsatserna kunde komma att förändras samt om den enskilde inte själv kunde precisera sitt behov av hjälp och stöd.

De nya lagarna som dels gav kommunerna möjlighet att erbjuda servicetjänster åt äldre över 67 år utan individuell behovsprövning och dels gav möjlighet till skattereduktion för utgifter för hushållsarbete, torde underlätta utvecklingen mot förenklade eller uteslutna handläggningar på serviceområdet. Det återstår för framtida utvärderingar att undersöka.

I Askim var utgångspunkten redan vid projektets start att det var juridiskt omöjligt att utesluta handläggningen. Därför bestämde man att den istället skulle förenklas i form av förenklad blankett och uteslutna hembesök. Men biståndsbedömarna upplevde ingen nämnvärd förenkling av arbetet. De genomförde till viss del fortfarande hembesök och de olika blanketterna gjorde snarare att de upplevde att de ibland arbetade dubbelt. Det var också fler personer att kommunicera med i form av olika teaminriktningar, både vid överlämnande av och återkoppling av beslut. Vid det liknande försöket som genomfördes i Stockholm upplevde istället biståndshandläggarna att administrationen av biståndsbesluten minskade (Hjalmarson, 2006). Andra studier har dock visat att införandet av beställare-/utföraremodellen, så som var fallet i Askim, har ökat formaliseringsgraden och lett till ökad administration (Norman & Schön, 2005).

I detta sammanhang finns det anledning att peka på att hälften av undersköterskorna svarade att de i viss mån tagit över samtalet från biståndsbedömaren om vad pensionären ville få utfört. Där biståndsbedömarnas arbete eventuellt förenklas och besparas på tid kan det följaktligen innebära att arbetet förflyttas, snarare än försvinner och bör räknas med i tid i undersköterskorna arbete.

Trygghet, inflytande och valfrihet

De begrepp som användes i syftet med projektet var såväl valfrihet och självbestämmande som inflytande. Det var dock sällan som vårdtagarna spontant använde begreppet valfrihet. Svaren som gavs vid samtalen med vårdtagarna handlade undantagsvis om val mellan olika alternativ. Snarare betonade de önskemål om inflytande *kring hjälpens innehåll* och *tidpunkt för utförandet*. Det påtalades också betydelsen av *vem som utförde* tjänsten.

Detta konstaterande ligger väl i linje med andra studier på området. Szebehely (2003) menar att forskningen här är ganska samstämmig. Det upplevs som viktigt för de flesta vårdtagare att få hjälp av så få som möjligt på så fasta tider som möjligt samtidigt som man vill kunna påverka vad som skall göras

varje gång (se även Hjalmarson, 2003; Socialstyrelsen, 2004). Vårdtagarna vill alltså själva bestämma och ha inflytande över³²:

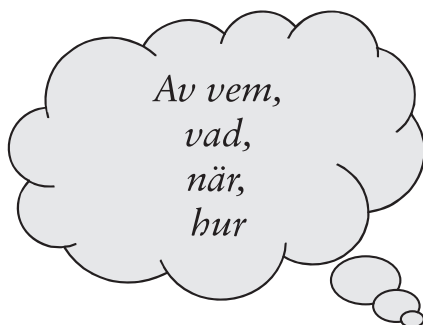


Bild 2: Önskemål om inflytandets innehåll

Askimsprojektet handlade således inte om att skapa ökad valfrihet i bemärkelsen att välja mellan olika alternativ, som till exempel olika utförare. Snarare kunde det, enligt ordboksdefinitionerna, tolkas som en fokusering på ökat självbestämmande och inflytande. Det var än så länge vid projektets slut den sociala logiken som fortsatte att styra handlingarna för både personal och vårdtagare, snarare än att marknadsperspektivet (eller det medicinska perspektivet) tog överhanden. Dock fanns det inslag av det nya, till exempel i form av att personalen i serviceteamet börjat tala om vårdtagarna som kunder och betrakta den egna verksamheten som en serviceverksamhet.

En slutsats som kunde dras när det gällde vårdtagarnas upplevelser av valfrihet var att det verkade ha följande samband: genom upplevelsen av stor trygghet och stort inflytande upplevde vårdtagarna också att de hade ett stort mått av valfrihet, det vill säga att den goda relationen mellan vårdtagarna och kontaktpersonerna medförde att vårdtagarna kände sig trygga att formulera sina önskemål och behov och få dem tillgodosedda. Det i sig gjorde att vårdtagarna upplevde att de kunde välja.

³² De sammanfattande begreppen användes som en utgångspunkt av Bengt Johansson, tidigare sekreterare på kansliet för Kompetensstegen, nu utredningen för Vårdighetsgarantin., vid ett tal om preliminärt innehåll i den senare utredningen, på konferensen "Lärande i arbetet" 07-05-10. Ordningföljden är dock ändrad utifrån vad vårdtagarna i Askim beskrev som mest betydelsefullt.

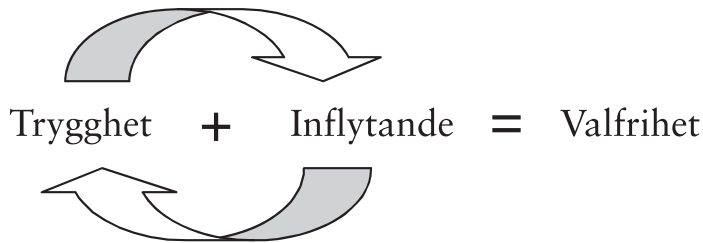


Bild 3: Upplevelse av valfrihet som en följd av trygghet och inflytande

Denna beskrivning stämmer väl överens med Socialstyrelsens (2006c) slutsatser om vad som påverkar brukarnas upplevelser av kvalitet i äldreomsorgen. Mellan åren 1998-2005 genomförde Socialstyrelsen en undersökning, den så kallade kvalitetsbarometern, av brukares och anhörigas uppfattningar om äldreomsorgen i nio kommuner. Undersökningen visade att det som bedömdes som allra viktigast var att personalen upplevdes som ärlig och pålitlig samt att man blev bemött med respekt. Det anfördes därför en tanke om att det framförallt är den personliga relationen till vårdpersonalen som avgör hur brukaren upplever kvaliteten (Socialstyrelsen, 2006c). Av alla svar i enkätstudien i Askim var det just bemötandet med respekt som bedömdes allra högst. Det verkade på samma sätt ha ett tydligt samband med uppfattningarna kring trygghet, inflytande och därmed valfrihet.

En annan beskrivning av vårdtagarnas upplevelse av valfrihet i Askim är att de faktiskt hade fler val än tidigare och därför också uppfattade de så. Det var inte likvärdiga alternativ de hade att välja mellan i servicemenyn men där fanns ändå olika alternativ. De fortsatte också att välja samma insatser som tidigare men de hade ändå möjligheten att välja något annat.

Renodlade yrkesroller

Hemtjänsten idag beskrivs som en komplex och mångkulturell verksamhet där flera perspektiv fortlever parallellt och konkurrerar om företräde. Samtidigt pågår det olika försök att på olika sätt renodla verksamheten. Det finns inte heller här någon enhetlig form av organisering. Det sätt som prövades i Askim var att dela verksamheten i två olika inriktningar och därmed också renodla yrkesrollerna.

Många av undersköterskorna i båda sorters team var positiva till det nya sättet att organisera verksamheten. Det innebar en renodling av arbetet

som upplevdes som en fördel. Men det fanns en tydlig skillnad mellan serviceteamet och omsorgsteamet. Medan det var nästan alla i omsorgsteamet var det cirka hälften i serviceteamet som värdesatte renodlingen. Dock var alla överens om att man vid projektets slut inte ännu hade uppnått projektets intentioner och utvecklingsarbetet fortgick i alla delar. Slutsatserna bör därför tas med försiktighet.

Med den pågående utveckling som beskrivits står det ändå klart att framförallt undersköterskorna i omsorgsteamet framgent kommer att arbeta med ”beställningar” från två håll. För det första fortsätter beställningarna som vanligt från biståndsbedömarna. För det andra fortsätter sjuksköterskorna från hemsjukvården att göra skriftliga ordinationer inklusive planerad tidsåtgång. Det innebär för undersköterskorna att hantera såväl sociala som medicinska uppgifter (vilket de som sagt har sett fram emot).

När det gäller undersköterskorna i serviceteamet finns det anledning att anta att även de kommer att arbeta utifrån två olika normsystem, dels den sociala logiken och dels den marknadsekonomiska logiken. Det som skiljer personalen här från till exempel ett städföretag är att många av dem även har en medicinsk kompetens, vilket såväl verksamhetschefen som MAS:en betraktade som betydelsefullt för kvaliteten. Här lånar jag gärna ett citat från Drugge (2003, s.16) för att förtydliga:

Vem som helst kan städa ett golv men vem som helt kan inte städa ett golv i en ömsesidig relation till en vårdtagare.

Eftersom utvecklingen i projektet hade lett till att arbetet till stor del bestod i städning, inköp och matleverans, torde det dock vara svårt att rekrytera undersköterskor till serviceteamet i framtiden. Men än så länge, påpekade projektledaren, fanns det inga tecken som tydde på det.

Andra synpunkter som undersköterskorna framförde som positivt var att vårdtagarna vid det nya sättet att organisera verksamheten i hög grad kunde räkna med att få den hjälp de var beviljade. Vid det tidigare sättet att arbeta fick ofta serviceinsatser stå tillbaka till förmån för omsorgsinsatser. Det konstaterandet stämmer väl överens med Socialstyrelsens (2005) undersökning om hur personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer använde sin tid. Studien visade att det var stora skillnader mellan bedömd tid och utförd tid. Det var främst brukare med omfattande bedömd tid som i mindre grad fick den utförd. Personliga omvårdnadsinsatser utfördes i genomsnitt 90 procent medan motsvarande andel för tillsyn, hemskötsel och rehabilitering låg under 40 procent.

Inflytandets dilemman

Såväl denna som många andra studier visar att vårdtagarna önskar ha inflytande över den egna hemtjänstens utförande. Som diskuterades i kapitel fyra, kan dock begreppet tolkas och hanteras olika beroende på vilken logik som är den mest styrande (Wikström, 2005). Att eftersträva inflytande kan alltså ha olika betydelser. Utifrån det marknadsekonomiska perspektivet betraktas vårdtagarna som kunder som efterfrågar och har förmågan att välja bland olika tjänster. Oftast används då begreppet valfrihet. Det innebär att det är vårdtagaren själv som skall ha makten och vara experten som förhandlar med personalen om hjälpens innehåll. Eskelinen, Boll Hansen & Fredriksen (2006) påtalar att eftersom de äldre kan ha svårt att värdera all information som behövs, kan det leda till att det fåtal som klarar av det får en annan service än övriga. På liknande sätt diskuterade Hjalmarson (2006B) efter två utvärderingar av kundval i Stockholm som visade att många av de äldre hade svårt att agera som en kund på en marknad eftersom allmäntillståndet ofta var nedsatt. Det fanns följaktligen en konflikt mellan de äldres önskan att välja och den reella förmågan.

Ett dilemma som har framförts i olika studier (ex. Eskelinen, m fl, 2006) och som också påpekades av personalen i serviceteamet var att det kan vara svårt att arbeta utifrån idéerna om valfrihet och rehabiliterande förhållningsätt samtidigt. Med resonemanget som förts här kan idéerna betraktas utifrån olika perspektiv. Utifrån det marknadsekonomiska perspektivet handlar å ena sidan idén om valfrihet om att det är vårdtagaren som bestämmer vilken form av service denne vill ha. Å andra sidan handlar ett rehabiliterande förhållningsätt utifrån det medicinska perspektivet mer om att undersköterskan förväntas ha expertkunskapen och uppmuntra den äldre att upprätthålla sina förmågor genom att utföra sysslor själv. Idéerna har alltså sin grund i två olika typer av relationer som kan vara svåra för undersköterskorna att handla efter samtidigt. Dilemmat kan dock lösas genom en utgångspunkt i det sociala perspektivet där relationen istället bygger på ömsesidighet och respekt och där vårdtagare och undersköterska tillsammans beslutar om utförandet (Wikström, 2005).

Förändring tar tid!

En utgångspunkt i denna utvärdering var att ett projekt likt det i Askim handlar om att driva en förändringsprocess hos såväl personal som vårdtagare. Det tycks som ett självklart antagande men glöms ändå ofta bort när resultat efterfrågas. Med det menar jag att en utvärdering bara kan beskriva ett förlopp fram till en viss tidpunkt. Det behöver inte nödvändigtvis vara samma

sak som resultatet av projektet. Det är till och med inte särskilt troligt. Olika förändringsprocesser igång och tar olika lång tid beroende på hur det nya förhåller sig till det gamla. Ju mer okända och annorlunda de nya idéerna är, ju längre tid och fler repetitioner krävs för att det nya skall uppmärksammas som något att ta hänsyn till och eventuellt implementera i verksamheten (Czarniawska & Joerges, 1996). Det kan också vara så att nya idéer tas emot på olika sätt på olika platser i organisationen beroende på etablerade erfarenheter och förutsättningarna just där (Löfström, 2003). När olika intressenter frågar efter resultatet är det därför viktigt att ta sådana faktorer i beaktande. Hur såg det då ut i Askim vid projektets slut? Hur långt hade man kommit i förhållande till projektets intentioner? I det följande diskuteras möjligheter till förändring i Askim utifrån teorier om vanors stabilitet.

Vanans makt

Det är alltså inte lätt att förändra det sätt man är van vid att arbeta. Berger & Luckmann (1979) menar att rutiner som har blivit vanor utförs utan att man reflekterar över dem, det vill säga man ifrågasätter inte längre varför man handlar på ett specifikt sätt. Vanorna leder också till att det inte krävs en ny tolkning av varje ny situation vilket medför att alternativen till handling minskar. "Nu gör vi det igen" har blivit "så här gör man" (s.75). Uttrycket "vanans makt" kan här med fördel användas. Den nya situationen jämförs med det som man redan känner till varvid redan kända sätt att handla prövas först. Poängen är att man tolkar och förstår ("översätter") det nya som introduceras utifrån de vanor som är etablerade. Vanorna har byggts upp tillsammans med andra människor som tillhör samma grupp och har en gemensam historia. Vid en tidigare studie av förändringsarbete på Posten (Löfström, 2003, s.184) beskrevs processen på följande sätt:

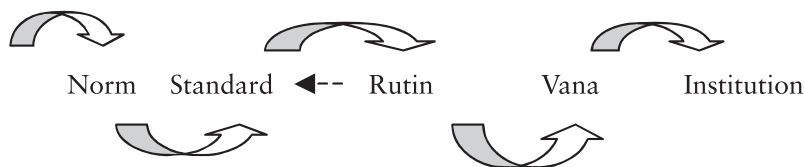


Bild 4: Översättningsprocessen

Förloppet innefattade alltså flera steg. Nya normer tolkades och omvandlades till standarder som tolkades och omvandlades till nya rutiner som ledde till nya vanor, som när de togs för givna kunde leda till en ny institutionaliserad ordning.

När det gällde förändringsarbetet i Askim var den nya normen för serviceteamet och biståndsbedömarna valfrihet/inflytande över serviceinsatser som omvandlades till dels servicemenyn och dels den förenklade blanketten. De skulle sedan i sin tur styra skapandet av nya rutiner i form av förenklad utredning för biståndsbedömarna och kund-/säljarsamtal och överenskommelse kring arbetsplan för vårdtagare och undersköterskor. Rutinerna skulle sedan kunna bli till vanor som skulle vara det självklara sättet att arbeta. Dock hade inte "nu gör vi det igen" blivit "så här gör man" för någon av grupperna. Snarare levde i hög grad de gamla vanorna kvar. Biståndsbedömarna använde de nya blanketterna och gjorde förenklade utredningar men gjorde fortfarande hembesök. Vårdtagarna "valde" det de alltid hade valt och undersköterskorna hade svårt att utföra "försäljningssamtal". Vad berodde då det på?

En förklaring kan vara att förändring tar tid. Ju mer okända idéer, desto fler upprepningar behövs för att det nya skall uppmärksammas som idéer att ta till sig. När det gällde gruppen med biståndsbedömare skulle denna förklaring vara trolig eftersom gruppen hade bestått i olika personer under projektiden och därför inte hade hunnit skapa nya gemensamma rutiner. Därtill omorganiserades biståndsbedömarnas arbete under projektiden, vilket också var utifrån en ny norm (beställare-/utförare) som inte funnits tidigare i Askim. Eftersom biståndsbedömarna kunde betraktas som nyckelpersoner när det gällde marknadsföringen av det nya och var den första kontakten med vårdtagarna, kan det också vara en förklaring till varför vårdtagare och personal inte hade kommit längre i sina förändringsprocesser.

En annan förklaring kan vara att det inte fanns så mycket att förändra. Vårdtagarna var redan före projektet väldigt nöjda med hemtjänsten i Askim och upplevde såväl respekt från personalen, trygghet, och inflytande. Man vände ju sig också till hemtjänsten för att man önskade hjälp med vissa bestämda insatser, till exempel städning, inköp och tvätt. Att då sedan välja andra saker istället, var det inte många som gjorde. Dock upplevdes det positivt att kunna bestämma när man skulle få hjälp med till exempel städningen. Man behövde inte längre hålla sig till normen var tredje vecka, utan kunde istället välja städning oftare. Man var ju beviljad insatser i timmar och inte aktiviteter.

Utifrån detta resonemang kan det konstateras att personalen inte hade mycket att förhandla om med vårdtagarna. För att vårdtagarna även skulle välja andra saker i högre grad skulle det troligen behövas en generösare tilldelning av timmar.

När det gällde arbetet i omsorgsteamen var personalen väldigt positiv till idén om det nya sättet att arbeta. Den största förändringen som kunde konstateras var dock just renodlingen av arbetet. För att kunna förändra

rutinerna ytterligare var man beroende av samarbetet med hemsjukvården vilket enligt MAS:en inte skulle möta några hinder efter det att nya rutiner för regelbundna möten och skriftliga ordinationer kommit till stånd. Vid projektets slut hade man dock inte hunnit utveckla detta samarbete.

Till slut

Rubriken för rapporten är ”Framtidens hemtjänst” med frågetecknen. På olika sätt har jag i rapporten diskuterat valfrihet/inflytande för de äldre, förenklad biståndsbedömning samt nya yrkesroller för personalen, vilka verkar vara några av de områden som betraktas som nyckelfaktorer i dagens diskussioner kring framtidens hemtjänst, eller kanske kunde ett mer korrekt uttryck vara ”morgondagens” hemtjänst som projektledaren i Askim brukade beskriva projektet. Men det kan konstateras att oavsett hur nära områdena ligger i tiden så ligger de i tiden. Den slutsatsen dras utifrån det stora intresse för frågor om inflytande/valfrihet och förenklad biståndsbedömning som uttrycks från flera håll.

När det gäller det tredje området kring personalen är det ständigt aktuellt men utifrån förväntade scenarion med ökad andel äldre i befolkningen som bor kvar hemma oavsett hjälpbehov, förefaller det vara det området som är det allra viktigaste att satsa på inför framtiden. Inte minst stöder denna utvärdering det antagandet. Om vårdtagaren känner trygghet genom att bli bemött med respekt och utifrån egna behov, kräver det en kompetent personal som trivs med sitt jobb. Ett sätt att göra det möjligt skulle kunna vara det som genomfördes i Askim, att renodla yrkesrollerna för undersköterskorna. Det fanns förstås både fördelar och nackdelar med det nya sättet att organisera verksamheten men det var bara någon enstaka av undersköterskorna som ville återgå till det gamla sättet att arbeta.

Epilog

Utvärderingen avslutades vid årsskiftet 2006/2007. Intervjuer gjordes dock med såväl biståndsbedömarna som MAS:en strax före sommaren år 2007. Samtal med dem har även skett efter sommaren. Härvidlag stämmer beskrivningarna relativt väl med förhållandena på respektive område under hösten 2007. När det gäller vårdtagarnas och personalens uppfattningar har ingen ny information samlats in efter årsskiftet 2006/2007. Samtidigt har flera initiativ i det fortsatta utvecklingsarbetet tagits även under år 2007. I denna epilog återges därför projektledarens och verksamhetschefens beskrivningar av situationen i slutet av året 2007.

Projektledaren berättar att i samband med projekttidens slut beslutades det att Askimsmodellen skulle utgöra ordinarie verksamhet i hemtjänsten. Funktionen som teamledare togs bort och ersattes med två enhetschefer som arbetar operativt och har sina arbetsplatser i samma lokaler som teamen. Nu skickas beslutet från biståndsenheten med hur många servicetimmars som är beviljade till enhetschefen. Därefter genomför han/hon första samtalet med vårdtagaren, informerar om modellen och frågar vad han/hon vill välja. Projektledaren beskriver att det då handlar om frågor som; hur många man vill ha hjälp av, en eller två från personalen; hur ofta insatserna ska utföras; samt vilka insatser han/hon önskar välja vid första besöket. Därefter kontakter kontaktpersonen vårdtagaren och diskuterar ungefär samma frågor samt dag och tid för första besöket. Vid varje besök frågar kontaktpersonen vad vårdtagaren önskar för insatser utförda vid nästa besök. Om vårdtagaren har svårt att uttala sig om det, kan dock valet även göras vid besöket.

Projektledaren berättar också att arbetet fortsätter med att utveckla kontaktmannaskapet i både service- och omsorgsteamerna samt att ge utbildning i bemötande för att skapa förtroende, inflytande och trygghet för vårdtagarna. På detta sätt kommer kvaliteten att öka för den enskilde, menar hon.

Teamens arbete ska genomsyras av ett salutogent arbetssätt, det vill säga att se till det friska samt hela livssituationen. Man fortsätter även att utveckla specialistkompetenser utifrån de behov som finns i verksamheten, till exempel demensteam.

Service teamet har fått utbildning och certifiering i städning och materialhantering och omsorgsteamens samarbete med hemsjukvården skall utvecklas vidare. Alla teamen kommer även att ytterligare utveckla sitt samarbete med biståndsenheten, träffpunkterna, anhörigkonsulenten och frivilligstödet.

Projektledaren säger att de renodlade yrkesrollerna har gett en ökad möjlighet att tillvarata varje enskilds kompetens och intresse. Det har även gett en högre status till yrkesrollen att ha en specialprofession i yrket. Den gamla yrkesrollen var splittrad eftersom det var svårt att utföra både hushållsnära tjänster och omsorgsarbete på ett professionellt sätt. Detta kommer att utvecklas vidare för att möta dagens och morgondagens behov i äldreomsorgen. Projektledaren berättar också att medarbetarna idag säger att de känner sig mer engagerade och professionella i sin yrkesroll än tidigare. Alla medarbetare fick välja profession och ingen har hittills utnyttjat möjligheten att byta tillbaka. Ett nästa steg i modellen kan, enligt projektledaren, vara att titta på möjligheter för utveckling av större inflytande och självbestämmande över de omsorgsinsatser som är beviljade.

Under projektets gång har en tillsyn av länsstyrelsen utförts. Eftersom serviceinsatserna är utbytbara, kommenterades vikten av att personalen/kontaktpersonen kontinuerligt informerar den enskilde om rätten att ansöka om de insatser som hon/han har behov av. Risken skulle kunna finnas att vårdtagaren alltid väljer bort städning till förmån för social samvaro. Hon/han har då kanske ett behov att få beviljat både städning och social samvaro. Om kontaktpersonen då återkopplar denna information till biståndsbedömaren kan det beviljas mera tid. Denna utvärdering visar dock att den risken inte är så stor. Under projekttiden hände det aldrig att en vårdtagare helt valde bort till exempel städningen.

Projektledaren vill också betona den ökade kvaliteten med att vårdtagarna har möjlighet att välja varje vecka. ”Är man inte nöjd med sitt val väljer man nytt nästa vecka”, som hon uttrycker det. Det finns också en skillnad mellan gamla och nya kunder, säger hon. Alla gamla vårdtagare vet ju hur systemet fungerar så det är självklart svårare att se fördelar med att ha inflytande och välja mellan insatser. Där tar processen längre tid. De nya vårdtagarna däremot får information från början och det gör valet lättare så där är det en snabbare process, vilket upplevs som positivt.

Verksamhetschefen för äldreomsorgen tycker att modellen har skapat flexibla möjligheter att möta dagens och morgondagens behov i äldreomsor-

gen. Hon tror att en fortsatt utveckling av modellen kan ge en ökad kvalitet för pensionärerna och för medarbetarna kan en renodlad profession ge en bättre status i undersköterskerollen. ”Det vi ser idag är att ändring av gamla invanda mönster och arbetssätt hos både vårdtagare och medarbetare måste få ta sin tid”, menar hon.

Bilagor

Bilaga I *Enkät till vårdtagarna*

1. Är du kvinna eller man?
2. Hur gammal är du?
3. Hur länge har du haft hemtjänst?
4. Vilken hjälp har du i hemmet?

5. Jag är nöjd med hjälpen från hemtjänsten.
6. Jag har stort inflytande över innehållet i hemtjänstens insatser.
7. Personalen tar hänsyn till mina åsikter och önskemål.
8. Det är viktigt att få välja innehållet i hjälpen från hemtjänsten.
9. Det är viktigt att få välja NÄR under månaden som hjälpen från hemtjänsten skall utföras.
10. Det är viktigt att det är samma personal som kommer varje gång.
11. Personalen möter mig med respekt.
12. Personalen anpassar hjälpen utifrån mina behov.
13. Jag har stor tilltro till personalens kunskaper.
14. Jag känner mig trygg med hemtjänstens insatser.
15. Hjälpen från hemtjänsten är den bästa jag kan tänka mig.

TILL DIG SOM HAR SERVICE

16. Beslutet om att jag skulle få hemtjänst gick snabbt och enkelt.
17. Hemtjänsten i Askim erbjuder stor valfrihet.
18. Innehållet i Servicemenyn stämmer med mina önskemål.
19. Jag väljer ofta olika saker från Servicemenyn.
20. Jag som har haft hemtjänst innan projektet startade har ändrat mina insatser genom att välja utifrån servicemenyn.
21. Det är bättre att direkt få veta av biståndshandläggaren vad jag kan få hjälp med i stället för att välja varje gång hemtjänsten kommer.

22. Har du ytterligare synpunkter om hemtjänsten i Askim?

Bilaga 2 *Enkät till personalen*

1. Jag arbetar i
2. Hur länge har du arbetet inom hemtjänst?
3. Vilken utbildning har du?

4. Jag trivs bra på min arbetsplats.
5. Jag trivs bra med mina nya arbetsuppgifter.
6. Jag tycker att renodlingen av min yrkesroll är positiv.
- 7a. Vad ser du för fördelar/nackdelar med din NYA yrkesroll?
- 7b. Vad ser du för fördelar/nackdelar med din GAMLA yrkesroll?
8. Jag får positiva signaler från vårdtagarna.
9. Vi har fått bra stöd i projektarbetet av ledningen.
10. Den kompetensutveckling jag har fått har varit användbar.
11. Jag känner mig stolt över mitt arbete.
12. Det sätt vi arbetar på nu är bättre för brukarna.
13. Det nya sättet att arbeta är bättre för arbetsmiljön.
14. Det nya sättet att arbeta innebär att jag känner större engagemang i mitt arbete.
15. Jag vill återgå till det gamla sättet att arbeta.
16. Det nya sättet att arbeta innebär att arbeta mer för förebyggande aktiviteter.

TILL ER SOM ARBETAR I OMSORGSTEAM

17. Samarbetet fungerar bra med hemsjukvården.
18. Samarbetet fungerar bra med kontaktpersonerna från serviceteamet.
19. Jag är nöjd med omfattningen av delegerade uppgifter från hemsjukvården.
20. Jag får nu använda min undersköterskekompetens oftare än tidigare.
21. Det nya sättet att arbeta ger tryggare pensionärer.

TILL ER SOM ARBETAR I KVÄLLSPATRULLEN

22. Samarbetet med dagpersonalen har förbättrats.
23. Samarbetet fungerar bra med hemsjukvården.
24. Det nya sättet att arbeta är positivt för kvällspatrullens arbete.

TILL ER SOM ARBETAR I SERVICETEAMET

25. Samarbetet fungerar bra med kontaktpersonerna från omsorgsteamet.
26. Pensionärerna uppskattar att få välja olika saker från servicemenyn.
27. Pensionärerna väljer mer nu från servicemenyn än tidigare.

28. Det är nu lätt att samtala med pensionären om att välja från servicemenyn.
29. Det är viktigt att pensionärerna får välja vad de vill få utfört.
30. Biståndsbesluten i timmar underlättar arbetet med valfrihet för pensionären.
- 31a. Pensionärerna vet hur mycket tid som har beviljats.
- 31b. Pensionärerna vet hur mycket tid som har utnyttjats.
32. Det samtal som tidigare utfördes av biståndshandläggarna om vad pensionären vill få utfört görs nu av oss undersköterskor.

Spontana kommentarer kring omorganisationen?

Bilaga 3 *Utförda aktiviteter i serviceteamet 2005 & 2006*

Aktiviteter	2005 (maj-december)	2006 (januari – december)
Städning	28,8	33,8
Fönsterputs	0	0
Avfrostning kyl och frys	0,05	0,1
Inköp av dagligvaror	23,5	12,2 (se även COOP)
Tvätt	9,7	9,3
Strykning	0,9	1,0
Mangling i samband med tvätt	0,3	0,3
Apoteksärende	0,7	1,1
Bank- och postärende	0,1	0,03
Andra ärenden	2,1	0,9
Uppvärmning av mat	0,3	0,1
Promenader	0,9	1,1
Sy i knapp, byta glödlampa, vattna växter mm	1,7	2,7
Rasta hund, tömma kattlåda	1,8	2,1
Inköpsrunda	0,2	0,1
COOP	(0)	7,9
Transporter till och från dagcentral	0,2	0
Ledsagning	5,9	4,5
Avlösarservice	0,04	0
Matleverans	17,1	16,6
Hjälp till läkare och tandläkare	0,04	0,1
Övrigt	5,4	6,1

Tabell 10: Procentuell fördelning av utförda aktiviteter år 2005 och år 2006

Bilaga 4 *Förenklad ansökan/biståndsbedömning av serviceinsats*

Namn: Pers.nr:

Adress: Tel.nr:

Vem har tidigare hjälpt dig med de sökta insatserna?

Varför upphörde det?

Ev andra önskemål:

Hälsotillstånd

Diagnos/symptom:

Eventuella restriktioner:

Har insatser från Sociala Omsorgsteamet: Ja Nej

Har trygghetslarm: Ja Nej

Social situation

Villa Lägenhet Ensamstående Gift Sambo

Anhöriga:

Beviljade timmar enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen:

Lämnas till Sociala Service-enheten Datum:

Datum Handläggare

.....

Sökta insatser:

- Städning av 2 rum, kök hall samt badrum.
- Tvätt.
- Fönsterputsning, utförs 2 ggr/år.
- Strykning.
- Avfrostning av kyl och frys.
- Mangling i samband med tvätt.
- Inköp av dagligvaror.
- Apoteksärenden.
- Bank och postärenden.
- Andra ärenden.
- Uppvärmning av mat.
- Promenader.
- Social samvaro.
- Snöskottning från dörr till allmän väg.
- Rasta hund/husdjur, tömma kattlåda.
- Sy i knapp, byta glödlampor, vattna krukväxter och liknande tjänster

Bilaga 5 Åtgärdsunderlag trygghetslarm

Trygghetscentralen	Larmkod	[Fylls i av Tc]
Åtgärdsunderlag		
Faxnummer: 019-XX XX XX		
Personuppgifter:	Kommun:	Göteborg stad Askim
Namn:	Distrikt/område:	
Personnummer:		
Telefon:		
Adress:		
Ort:		
Språk (om annat än svenska):		
Hälsotillstånd:		
Övriga upplysningar:		
[ex orsak till larm, viktig info vid larmmottagning, fasta tider]		
Tillbehör till trygghetstelefon: [ex dörrlarm]		
Vägbeskrivning:		
Anhöriga		
Namn:	Telefon bostad: Telefon arbete:	
Namn:	Telefon bostad: Telefon arbete:	
Trygghetscentralens kontaktperson		
Namn:	Telefon kontor:	
Grupplokal:	Mobiltelefon:	
Uppgifter inskickad av		
Beställare:	Telefon:	Datum:

Adress Telefon E-post

Attendo Response 0046(19)17 95 90 trygghetscentralen@attendo.se

Vasagatan 10

702 10 Örebro Telefax 0046(19)10 87 44

Bilaga 6 *Brev och servicemeny*

ASKIMSMODELLEN

VALFRIHET OCH SJÄLVBESTÄMMANDE TILL DE ÄLDRE I ASKIM.

I Askim pågår just nu ett projekt, där syftet är att ge en ökad valfrihet till de äldre i Askim och en förenklad handläggning av serviceinsatser i hemtjänsten.

För att uppnå detta har vi ändrat hemtjänstens organisation.

Sedan 14 mars 2005 består hemtjänsten av ett omsorgsteam i norra Askim och ett omsorgsteam i södra Askim samt ett serviceteam som utför serviceinsatser i hela Askimsområdet.

Omsorgsteam ansvarar för all **personlig omvårdnad** och **omvårdande insatser** samt **åtgärddar trygghetslarm**. Insatserna kommer att beviljas efter samma typ av biståndsbedömning som görs idag.

Serviceteamet ansvarar för alla serviceinsatser såsom **inköp, tvätt, städ m.m.** (Se den bifogade servicemenyn)

Har Ni serviceinsatser sedan tidigare eller önskar Ni ansöka om serviceinsatser gör då enligt följande:

Ta kontakt med biståndsbedömaren, det går bra via telefon. Vid telefonsamtalet kommer hon att fylla i en förenklad serviceansökan och bevilja **hur många timmar** i veckan som Ni har rätt till. Beslutet beviljas i **servicetimmar** istället för **serviceinsatser**. Ni väljer sedan utifrån **servicemenyn** vilka insatser Ni önskar få utförda.

Ni kommer att få betala avgift månadsvis för antal utförda timmar enligt Göteborgs Stads bestämmelser om avgifter inom hemtjänsten.

Har du några frågor eller önskar biståndsinsatser så ring:

Biståndsbedömare: XXX Tel: XXX

Har Du några frågor angående utförandet av omsorgsinsatserna eller serviceinsatserna ring till: XXX

Service meny

- Promenader
- Social samvaro
- Andra ärenden
- Sy i knapp, byta glödlampor, vattna krukväxter och liknande tjänster
- Bank- och postärende
- Apoteksärende
- Rasta hund, tömma kattlåda
- Inköp av dagligvaror
- Uppvärmning av mat
- Avfrostning av kyl och frys
- Städning av två rum, kök, hall samt badrum
- Fönsterputsning utförs två gånger om året
- Tvätt
- Strykning
- Mangling i samband med tvätt

Referenser

- Ahrne, G, Papakostas, A (2002) *Organisationer, samhälle och globalisering*, Lund: Studentlitteratur.
- Asplin, G, Lindahl, L (2005:6) *En förändrad livsvärld. Äldres upplevelser av sin rehabiliteringssituation efter en sjukhusvistelse*, Göteborg: FoU i Väst/GR, Göteborgsregionens kommunalförbund.
- Berger, P, Luckmann, T (1979/1966) *Kunskapssociologi – Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*, Stockholm: Wahlström och Widstrand.
- Blom, B (2006) ”Marknadsorientering av socialtjänsten – orsaker, motiv och effekter”, i Grape, O, Blom, B, Johansson, R (red.) *Organisation och omvärld – nyinstitutionell analys av människohandlande organisationer*, Lund: Studentlitteratur.
- Blomquist, C (1996) *I marknadens namn – Mångtydiga reformer i svenska kommuner*, Stockholm: Nerenius & Santerus förlag.
- Brunsson, N (1998) ”Politisering och företagisering” i Lind, R & Arvidsson, G (red.) (1998/1991) *Ledning av företag och förvaltningar – förutsättningar, former, förnyelse*, Stockholm: SNS Förlag.
- Brunsson, N, Olsen J (red.) (1990) *Makten att reformera*, Stockholm: Carlssons Bokförlag
- Czarniawska, B, Joerges, B (1996) ”Travels of ideas”, i Czarniawska, B, Sevón, G (red.) *Translating organizational change*, Berlin: De Greuter.
- Dir. (2007: 38) *Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Drugge, C (2003) *Omsorgsinriktat lärande. En studie om lärande i hemtjänsten*, avhandling, Institutionen för lärarutbildning, Luleå tekniska universitet.
- Dunér, A, Nordström, M (2005) *Biståndshandläggningens villkor och dilemman – inom äldre- och handikappomsorg*, Lund: Studentlitteratur.
- Edebalk, P G, Svensson, M (2006) *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*, Stockholm: Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie 2006:6.
- Ellström, E, Ekholm, B, Ellström P-E (2003) *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*, Lund: Studentlitteratur.
- Eskelinen, Boll Hansen, Fredriksen (2006) ”Fra omsorg til service – nyorientering i hjemmeplejen via frit valg?”, *Socialvetenskaplig tidskrift*, årgång 13, nummer 1.
- Flyvbjerg, B. (1992:1) *Rationalitet og magt - det konkrètes vetenskap*, 1, Akademisk Forlag, Odense.
- Forssell, A, Jansson, D (2000) *Idéer som fånglar – Recept för en offentlig reformation*, Malmö: Liber Ekonomi.

- Göteborgs-Posten (2006-01-12) *Ökad valfrihet, i hemtjänsten – Askim prövar att låta de äldre välja tjänster själva*. Alf Isemo.
- Hjalmarson, I (2003) *Valfrihet i äldreomsorgen – en reform söker sin form*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2003:4.
- Hjalmarson, I (2006) *Man söker inte hjälp i onödan...Utvärdering av ett projekt med förenklad biståndsprövning av hemtjänst i Hägersten och Norrmalm i Stockholm*, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2006:1.
- Hjalmarson, I (2006B) "Valfrihet och inflytande inom äldreomsorg", i Thorslund, M & Wånell, S-E (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen*, Lund: Studentlitteratur.
- Holmer, J (2003:1) *Självvärdering som stöd för personal- och verksamhetsutveckling. Idéer, exempel, vägledning, forskning*, Göteborgs universitet: Skrifter från Institutionen för Arbetsvetenskap.
- Hood, C (1995) "The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on a theme", *Accounting, Organizations and Society*, 20/2/3:93-109.
- Jacobsson, B (red.) (1994) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Kastberg, G (2005) *Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapande marknader i kommuner och landsting*, Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolan.
- Löfström, C (2003) *Hur Posten blev företag. Om reformer och översättning av idéer*. Handelshögskolan vid GU, Företagsekonomiska institutionen.
- Löfström, C (2006) *Samordnad rehabilitering i Väster*, Göteborg: FoU i Väst/GR, Göteborgsregionens kommunalförbund.
- Nordström, M (1998) *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation*, Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen.
- Norén, L (2003) *Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg*, Handelshögskolan vid GU: Bokförlaget BAS.
- Norman, E (2007) *Att ta till vara vårdbiträdernas kunskaper i biståndsbedömningen. Utvärdering av en arbetsmodell för beställare och utförare i Vantörs stadsdelsförvaltning i Stockholm*, Rapport 2007:11, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Norman, E, Schön, P (2005) *Biståndshandläggare – ett (o)möjligt uppdrag. En översikt av aktuell forskning om biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering*, Rapport 2005:4, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Patton, M. Q. (1987) *How to use Qualitative Methods in Evaluation*; SAGE Publications, Newsbury Park, California.
- Prop. (1997/98) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Socialdepartementet.
- Røvik, K-A (1998) *Moderna organisationer – Trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*, Malmö: Liber.
- Sahlin-Andersson, K (1994) "Group Identities as the building blocks of organizations: A story about nurses' daily work." *Scandinavian Journal of Management*, 10/2: 131-145.
- Sebrant, U (2000): *Organiserande och identitet – om arbetsorganisation i geriatrisk sjukvård*. Stockholms universitet: Pedagogiska institutionen.

- Selander, M (2001) *Mångfaldens problematik – Om mötet mellan Ädelreformen och sjukhemmets verksamhet*, Handelshögskolan vid GU: BAS förlag.
- SFS (1982:763): *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- SFS (2001:453): *Socialtjänstlagen*.
- SOSFS (1993:17) *Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsens allmänna råd.
- Szebehely, M, (2003) ”Den nordiska hemtjänsten – bakgrund och omfattning”, i Szebehely, M (red.) *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*, Lund: Studentlitteratur.
- Szebehely, M, Eliasson-Lappalainen, R (2003) ”Introduktion”, i Szebehely, M (red.) *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*, Lund: Studentlitteratur.
- Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2003): *Äldreomsorg och hälso- och sjukvård under 90-talet*. Stockholm.
- Svenska Kommunförbundet (2004) *Äldreomsorgens styrning. En sammanställning av en enkät om styrformer inom kommunal äldreomsorg*, November, 2004.
- Sveriges kommuner och landsting (2005) *Ett gemensamt ansvar. Strategier för utveckling av framtidens äldrevård*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2004) *Att välja hemtjänst*, Underlag för experter.
- Socialstyrelsen (2005) *Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Lägesbeskrivning.
- Socialstyrelsen (2006) *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen*, Lägesbeskrivning.
- Socialstyrelsen (2006-1-13) *Ny lag om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster åt äldre*, Meddelandeblad (art nr 2006-1-13)
- Socialstyrelsen (2006c) *Brukare och anhöriga om kvalitet i äldreomsorgen. Kvalitetsbarometern 1998, 1999, 2002, 2004 och 2005*, Underlag för experter.
- Socialstyrelsen (2007) *Kundval inom äldreomsorgen*, Lägesbeskrivning.
- Socialstyrelsen (2007-1-7) *Hemtjänst, servicetjänster utan behovsprövning och hushållstjänster*, Meddelandeblad (art nr 2007-1-7).
- SOU (2003:91) *Konsekvenser och effekter av ökad tillgång till service i hemmet*, Bilaga D, Stockholm.
- Vabø, M (2005) ”New Public Management i nordisk äldreomsorg – hva forskes det på?”, i Szebehely, M (red): *Äldreomsorgsforskning i Norden*. En kunskapsöversikt, TemaNord 2005:508, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Vedung, E (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund: Studentlitteratur.
- Wikström, E (2005) *Inflytandets paradoxer – möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten*, licentiatavhandling, Växjö universitet.
- Wikström, E (2005B) *Inflytandets paradoxer – möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten*, populärversion av licentiatavhandling, Växjö universitet.
- Yin, R. (1994) *Case Study Research - design and methods*, SAGE publications, Beverly Hills.

Rapporter från FoU i Väst/GR

- 6:2007 Föräldrakraft. En studie om implementering av ett föräldrastödsprogram i Bergsjön, Linnéstaden, Mark och Orust *Inga-Lill Jakobsson*
- 5:2007 Serviceinsatser inom socialtjänsten. Perspektiv, inriktning och utsatta barns skydd *Torbjörn Forkby/Lena Larsson*
- 4:2007 Regional utveckling möter socialtjänst. Slutrapportering i utvärderingen av Urbal-projektet *Anna Johansson*
- 3:2007 Socialt arbete i polisens värld. Samverkans villkor och organisering *Torbjörn Forkby*
- 2:2007 Lotsning, hänvisning och råd – en telefonjour för äldre. Utvärdering av ÄldreLotsen *Rebecka Arman*
- 1:2007 Varför handledning? Handledning som professionellt projekt och organisatoriskt verktyg inom handikappomsorg och individ och familjeomsorg *Staffan Höjer/Elisabeth Beijer/Therese Wissö*
- 6:2006 Hemmalaget formeras. Ett exempel på framväxten av öppna insatser i social barnavård *Torbjörn Forkby*
- 5:2006 Krav eller möjlighet? Kommunanställdas erfarenheter av att medverka i kompetensanalysprojektet Samlat GRepp *Theresa Larsen/Eva Sennemark*
- 4:2006 Från EU-program till kommunal praktik. Erfarenheter av att driva samlingsprojekt med stöd från Svenska ESF-rådet *Theresa Larsen*
- 3:2006 Att bo eller inte bo. Om satsningen ”Bra boende” i stadsdelen Bergsjön i Göteborg och om strategier för att motverka hemlöshet *Catharina Thörn*
- 2:2006 Att bemästra missbruk hos ungdomar. Ungdomsteamet Mini Marias öppenvård för ungdomar och familjer *Annika Hallén Hemb/Pia Färdig*
- 1:2006 Att ta bort trösklarna till ett självständigt liv. Slutrapport från studien om nyttan och värdet av bostadsanpassningar *Lisbeth Lindahl/Rebecka Arman*
- 9:2005 Katalysatormodellen i brottspreventiv samverkan. Utvärdering av Ung och Trygg i Göteborgs första fas *Torbjörn Forkby/Theresa Larsen*

- 8:2005 Ledarskap och sjukfrånvaro. En jämförande studie av arbetsplatser med hög respektive låg sjukfrånvaro *Ingrid Tollgerdt-Andersson*
- 7:2005 In i hjärtat och upp i huvudet. Om betydelsen av FoU-stipendier vid FoU i Väst/GR *Elisabeth Beijer*
- 6:2005 En förändrad livsvärld. Äldres upplevelser av sin rehabiliteringssituation efter en sjukhusvistelse *Gill Asplin/Lisbeth Lindahl*
- 5:2005 Personligt Ombud. Erfarenheter från arbete med psykiskt funktionshindrade personer i Västra Götaland. En antologi om och av personliga ombud och deras uppdragsgivare/klienter *Red. Lars Rönmark*
- 4:2005 Det möjligas konst. Om ekonomiskt bistånd, utredning och rehabilitering *Red. Peter Dellgran/Socialsekreterare från SDF Biskopsgården*
- 3:2005 Nyttan och värdet av bostadsanpassningar ur olika perspektiv, delrapport 1. En studie gjord i Göteborgs Stad om nyttan och värdet av bostadsanpassningar *Rebecka Arman/Lisbeth Lindahl*
- 2:2005 Hur lagar man ett hjärta? Berättelser om BUP-personalens arbete med brandungdomarna i Göteborg *Cajsa Malmström*
- 1:2005 Att samordna stöd. Om det långsiktiga arbetet i Göteborg efter branden 1998 *Ann-Sofie Magnusson*
- 5:2004 Kidnappad av verkligheten. Om vägar ut ur långvarigt ekonomiskt biståndsmottagande *Lennart Forsberg*
- 4:2004 Att få vara den jag är – trots allt. Om hälso- och sjukvård på ett äldreboende *Anette Hansson Klevner/Maria Karlsson*
- 3:2004 Multiversitetet. Förnyelse av högre utbildning i samverkan med kommuner och universitet *Claes Alexandersson*
- 2:2004 På väg mot en möjliggörandets praktik. Samverkan mellan barn och ungdom i riskzon i Kungsbacka. En slutrapport från utvärderingen av B.U.S. *Torbjörn Forkby*
- 1:2004 Behövs det böcker på äldreboendet? Bibliotekens medier – en resurs inom äldreomsorgen *Lena Frändberg*
- 6:2003 Vad styr patientens väg genom vården? *Reidun Johansson/Gun Pettersson*
- 5:2003 Bevilja och ta emot hjälp. Om biståndsbedömare och äldre i kommunal äldreomsorg *Monica Nordström/Anna Dunér*
- 4:2003 Samhörighet och plikt. Om anhörigvårdare med icke-svensk bakgrund *Eva Hildeblom*
- 3:2003 En vit julgran och gulliga tapeter på toaletten. Utvärdering av ungdomsteamets förebyggande arbete i Bergsjöskolan, slutrapport *Torbjörn Forkby*
- 2:2003 Att finna sin väg. Socialt arbete i mötet mellan frivilliga och offentliga organisationer *Red. Lars Rönmark*
- 1:2003 Dilemman i biståndsbedömarnas yrkesutövning *Anna Dunér/Monica Nordström*
- 7:2002 Det är vi och vi är tillsammans. Sju manliga anhörigvårdare berättar *Annikka Strandberg*

- 6:2002 Livet på en dagcentral. Om hälsofrämjande arbete och utveckling av stödjande miljöer för äldre *Lena Lindell*
- 5:2002 Kvinnligt möte – en kraft på väg ur missbruk. Om erfarenheter från en forsknings- och utvecklingscirkel om stöd till kvinnor med missbruk och deras familjer *Red. Karin Trulsson*
- 4:2002 Att ge vardagsstöd till människor med funktionshinder
Red. Tone Engen/Anette Klippe/Per Skoglund
- 3:2002 Upptäckten av det kvinnliga perspektivet. Om kvinnor och män i missbruksbehandling *Annika Hallén Hemb/Pia Olsson* (upplagan slut)
- 2:2002 Levande mötesplatser – om att skapa nätverk. Kollegiegranskning i tre projekt inriktade på folkhälsoarbete för äldre *Monica Nordström*
- 1:2002 Utvärderingsverkstäder – stöd för interna utvärderingar
Per-Åke Karlsson
- 7:2001 Visionen om professionen *Torbjörn Forkby*
- 6:2001 Från kulturkrock till minibyråkrati *Torbjörn Forkby*
- 5:2001 Vad vill anhörigvårdarna i Göteborg? *Ingela Kraft*
- 4:2001 Att möta det man möter. Erfarenheter från Stödcentrum efter brandkatastrofen i Göteborg *Red. Lars Rönnmark*
- 3:2001 Hembesök – ett arbetssätt i socialt omsorgsarbete
Monica Nordström/Anna Dunér
- 2:2001 Kvalitetsutveckling genom erfarenhetsutbyte *Leila Billqvist*
- 1:2001 På natten ringdes jag in. Att lära sig av det oförutsebara i krisgruppernas arbete efter branden på backaplan i oktober 1998
Tuija Nieminen Kristofersson