



Med ett salutogent perspektiv i sikte

En beskrivning av arbetet mot ett mer rehabiliterande och upprätthållande förhållningssätt inom äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning

SLUTRAPPORT

Sammanfattning

Bakgrunden till projektansökan var ambitionen att arbeta mot ett mer rehabiliterande och salutogent förhållningssätt samt att förbättra vårdkedjan mellan de olika aktörerna inom äldreomsorgen i Älvsjö i Stockholm. Projektet har varit särskilt riktat mot äldre personer (över 65 år) i ordinärt boende och som har hemtjänst.

Syftet med projektet var att så långt som möjligt ge den enskilde förutsättningar för ett självständigt liv och att genom ett salutogent förhållningssätt med helhetsperspektiv stärka det friska hos brukaren. Syftet med projektet har även varit att förbättra kunskapen hos äldreomsorgens utförare kring den enskildes behov som kan uppkomma i samband med hemskrivning från korttidsvård eller slutenvård, samt att hitta lämpliga rutiner som utgår från det salutogena synsättet. Ett annat syfte med projektet har varit att involvera olika aktörer i vårdkedjan för att försöka hitta sätt att förbättra samverkan.

Under 2010 gjordes en utbildningsplanering i kontakt med tidningen Äldreomsorg och företaget Fortbildning AB. Planeringen utmynnade i en heldagsföreläsning i salutogent ledarskap för chefer som ingick i projektet. Föreläsningen genomfördes under ledning av Anders Hansson författare till boken *Salutogent ledarskap - för hälsosam framgång*. Utbildning genomfördes även i form av en workshop med inriktning att arbeta mot ett mer salutogent synsätt för gruppleddare, samordnare, sjuksköterskor och rehabpersonal. Workshopen hölls av Lisa Andersson författare till arbetsmaterialet "Att få leva tills jag dör" - om ett rehabiliterande synsätt. Workshopen syftade till att skapa förutsättningar för att starta egna cirklar. En föreläsning "Att få leva tills jag dör" hölls även för gruppleddare, cirkeldeltagare och annan personal, som uppföljning till den tidigare workshopen och som information till andra intresserade under två heldagar. Kartläggning av hur man ser på samverkan mellan äldreomsorgens aktörer har genomförts kontinuerligt under projekt tiden bl.a. i form av intervjuer med brukare och anhöriga, biståndsbedömare, utförare i hemtjänsten samt personal på vård- och omsorgsboenden.

Projektet visar att ett fortsatt arbete för att förbättra samverkan inom äldreomsorgen är angeläget. Det salutogena perspektivet kan komma att utgöra en plattform där ett gemensamt synsätt eventuellt kan uppnås. Projektet visar även att man skulle behöva utforma tydliga rutiner vid korttidsvård men att detta kan vara svårt att uppnå på lokal nivå.

Innehållsförteckning

1.	Inledning	4
1.1	Mål och avgränsningar	7
1.1.1	Effektmål	7
1.1.2	Projektmål	8
1.1.3	Projektbeskrivning.....	8
1.1.4	Avgränsning	10
1.2	Milstolpar.....	11
2.	Resultat	11
2.1	Måluppfyllelse	12
2.1.1	Effektmål	12
2.1.2	Projektmål	14
2.2	Ändringsönskemål och restlista	20
2.3	Tidsplan.....	21
2.4	Projektbudget	21
3.	Arbetssätt	21
3.1	Projektorganisation	21
3.2	Samarbetsformer.....	22
3.3	Metoder och verktyg	22
3.4	Kvalitetssäkring.....	23
4.	Övriga erfarenheter	23
4.1	Arbetssätt i projektet.....	24
4.2	Projektdokument och styrning	25
5.	Referenser	25

1. INLEDNING

Älvsjö stadsdelsnämnd har ansökt och beviljats stimulansmedel från Socialstyrelsen mellan 2009-11-16 och 2010-11-15. Projektet har avsett att arbeta mot ett mer rehabiliterande och salutogent förhållningssätt hos de olika aktörerna inom äldreomsorgen i stadsdelsområdet. Projektet har under den här tiden varit särskilt riktat mot äldre personer (över 65 år) boende i ordinärt boende och som har hemtjänst. Byte av projektledare gjordes 2010-09-01. Projektledare fram till september 2010 var Eva Agö. Projektledare under slutfasen har varit Anna Ingberg.

Ett salutogent förhållningssätt är ett professionellt bemötande och ett arbetssätt som stärker omsorgstagaren både när det gäller identitet, funktion, självständighet och hälsa och som bidrar till att se det friska hos individen. Salutogenes kommer från latinets *salus*, som betyder hälsa, och det grekiska ordet *genesis* som betyder ursprung eller uppkomst. Begreppet myntades av Aaron Antonovsky som var professor i medicinsk sociologi (Antonovsky, 1999). Ett rehabiliterande förhållningssätt är ett samlingsbegrepp för åtgärder av olika slag som ska hjälpa sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga. Ett upprätthållande förhållningssätt syftar till ett bibehållande av befintliga funktioner och resurser (Wikipedia, 2010-09-20). Aaron Antonovsky utvecklade även, ur den salutogena modellen, begreppet KASAM – känsla av sammanhang. Utifrån teorin benämns även begreppen begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Definieringen av KASAM beskriver Antonovsky så här (Antonovsky, 1999):

”Känsla av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investeringar och engagemang.”

Bakgrunden till projektansökan var bland annat att många äldre som vistas på korttidsboenden eller som varit inlagda på sjukhus inte alltid tillskrivits rätt förutsättningar för att så snart som möjligt och under trygga förhållanden återvända till sitt ordinarie boende. Orsakerna till en fördröjd hemskrivning kunde t.ex. handla om brister i samverkan mellan korttidsvården, primärvård, slutenvården, stadsdelsförvaltningens beställarenhet eller olika hemtjänstutförare. Brister i samverkan och informationsöverföring mellan de olika huvudmännen eller de skilda aktörerna bedömdes utgöra ett centralt problem för den enskilde.

Det bedömdes att bristerna i samverkan försvårade möjligheten att på ett tryggt och säkert sätt och med rätt insatser kunna återvända till den egna bostaden samt att i hemmet få hjälp med att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmågor. Avsaknaden av en väl fungerande samordnad vårdkedja vid hemgång samt bristfälliga och ibland obefintliga formella skriftliga rutiner för intern och extern samverkan har tillsammans med utvecklingen av ett rehabiliterande synsätt legat till grund för projektet. Bakgrunden var även att man generellt kunde se goda utvecklingsmöjligheter genom ett gemensamt synsätt hos de olika aktörerna inom äldreomsorgen. Att samverka med det salutogena synsättet som gemensam grund bedömdes kunna medverka till ökade förutsättningar för god samverkan. Kraven på samverkan mellan hälso- och sjukvården och den kommunala vården och omsorgen har ökat sedan slutet av 1990-talet. Kommuner och landsting är enligt lag skyldiga att samverka om vården och omsorgen av äldre. De två huvudmännen har dock arbetat parallellt utan någon större samverkan i många år och skilda kulturer har utvecklats. En ökad förståelse för varandra och ett gemensamt synsätt att mötas i kan bidra till att skapa bättre förutsättningar för samverkan vilket man tror gäller även för samverkan mellan andra aktörer inom äldreomsorgen. Andra aktörer i Älvsjö kan t.ex. vara olika privata hemtjänstutförare, vård- och omsorgsboenden, hemrehabiliteringen (reAgera i Älvsjö), dagverksamheterna, larmcentralen med flera.

Mellan kommuner och landsting finns en lagstadgad skyldighet att samverka då det gäller vården och omsorgen om de äldre. Den här skyldigheten regleras både i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen. Mellan kommuner och landsting finns även samverkansavtal på flera nivåer; grundavtal, centrala överenskommelser, och lokala överenskommelser. I grundavtalen tydliggörs ansvarsgränser och gemensamma ansvarsområden men dessa avtal behöver kompletteras med centrala och lokala överenskommelser. Samverkansavtal mellan kommunerna i Stockholms län och landstinget regleras av en gemensamt formulerad policyförklaring som sammanställdes 1998. Syftet med en gemensam policy på länsnivå är att tillförsäkra den enskilde en god vård, omsorg och rehabilitering, att klargöra det gemensamma ansvaret kring detta samt att verka för ett rationellt utnyttjande av de totala resurserna. Syftet med den centrala överenskommelsen är att komplettera och förtydliga gällande lagstiftning, föreskrifter och överenskommelser som sedan ligger till grund för lokala överenskommelser.

I Älvsjö finns sedan 2008 en lokal modell för samverkan inom äldreomsorgen "Älvsjömodellen". Målsättningen för samverkan i det här sammanhanget är att ge brukare med komplicerade situationer, flera aktörer och stora omvårdnadsbehov, en ökad kontinuitet, trygghet och säkerhet i vården och omsorgen. Nio aktörer möts en timme var 14:e dag och samplanerar vård och omsorg för de brukare som så önskar. Brukare med många inblandade aktörer och komplicerade situationer får underteckna en blankett där man medger att de aktörer som ingår i samverkan

får samråda. Individuella samverkansmöten planeras även i hemmet för de brukare som önskar. De medverkande aktörerna är: biståndsbedömare, de tre vårdcentralerna i Älvsjö, reAgeraklinikerna, ASIH Långbropark samt tre av områdets största hemtjänstutförare (*Ingberg & Gewitsch, 2007; Hjalmarsson, 2009*).

I Älvsjö bor cirka tre procent av Stockholmsstads befolkning. Den 31 december 2009 bodde 24 499 personer i Älvsjö och av dessa var 3352 över 65 år det innebar att cirka 13,7 procent (14,2 genomsnitt i hela staden) av befolkningen i Älvsjö var över 65 år (utrednings och statistikkontoret 2010). Stadsdelsområdet omfattar stadsdelarna Herrängen, Långbro, Långsjö, Älvsjö, Solberga, Örbyslott och Liseberg. Andelen förvärvsarbetande i Älvsjö är hög, den öppna arbetslösheten är låg och invånarna i Älvsjö tjänar i genomsnitt mer än snittet för övriga stockholmare. I Älvsjö finns tre vårdcentraler: Älvsjö vårdcentral, Lisebergs vårdcentral och Fruängens vårdcentral.

Projektets syften:

- ❖ Projektets syfte har varit att så långt som möjligt ge den enskilde förutsättningar för ett självständigt liv och att genom ett rehabiliterande förhållningssätt stärka det friska.
- ❖ Syftet med projektet har även varit att stärka hemtjänstutförarnas kunskaper kring den enskildes behov som kan uppkomma i samband med hemskrivning från korttidsvård eller slutenvård samt att hitta lämpliga metoder och strategier för att hantera detta.
- ❖ Syftet med projektet har också varit att skapa förutsättningar för att utveckla tydliga skriftliga rutiner på korttidsavdelningar, för att underlätta vid hemgång.
- ❖ Ett annat syfte har varit att involvera olika aktörer i vårdkedjan för att försöka hitta sätt att förbättra samverkan samt att kartlägga var svårigheterna uppstår och att tillsammans försöka hitta lösningar.

Projektet skall verka för:

- En väl fungerande samverkan mellan kommun, landsting och hemtjänstutförare
- Att säkra vårdkedjan för de personer som befinner sig inom korttidsvården eller slutenvården
- Att det ska finnas tydliga skriftliga rutiner vid korttidsvård och att rutinerna är väl kända och förankrade
- Att utbildning av hemtjänstpersonal och korttidspersonal startar i syfte att stimulera arbete utifrån ett rehabiliterande och ett salutogent förhållningssätt

- Att stimulera till studiebesök och erfarenhetsutbyte i syfte att lära av andra ”goda exempel”

1.1 Mål och avgränsningar

1.1.1 Effektmål

Detta projekt är ett projekt vars effektmål har varit:

- Att ge den enskilde som vistas på korttidsboende eller i slutenvård en obruten vårdkedja genom samverkan mellan landsting, kommun och hemtjänstutförare
- Att effektivisera, beskriva, utveckla och förankra samverkan mellan huvudmän och aktörer inom äldreomsorgen
- Att ge den enskilde goda förutsättningar för att kunna leva ett självständigt liv
- Att förkorta tiden för vistelsen på korttidsboende samt undvika onödigt lidande genom en god och väl fungerande framförhållning inför hemskrivning
- Att planering för hemskrivning startar i samband med inflyttning till korttidsboendet
- Att utveckla personalens kompetens samt att utforma tydliga rutiner gällande systematiska vårdplaneringar för alla som vistas på korttidsavdelning
- Att utveckla nya arbetsmetoder samt erbjuda utbildning för hemtjänst- och korttidspersonal med inriktning mot ett rehabiliterande förhållningssätt med ett salutogent perspektiv i omvårdnadsarbetet
- Att se den enskilde utifrån ett helhetsperspektiv t.ex. vid ankomst till korttidsboendet
- Att noggrant följa upp hur den enskilde har det efter hemkomst till eget boende

1.1.2 Projektmål

Projektmålen var:

- Att prioritera regelbundna samverkansmöten med en fastlagd mötesagenda
- Att organisera gemensamma utbildningar med ansvariga från de olika aktörerna såväl internt som externt
- Att identifiera riskområden för projektet och dess målsättningar samt att vidta verkningsfulla åtgärder för att avhjälpa eventuella risker
- Att identifiera brister i samverkan och arbeta för att hitta säkra samverkansformer
- Att utarbeta gemensamma skriftliga rutiner vid korttidsvård som är väl kända och förankrade hos alla
- Att erbjuda chefer i hemtjänsten utökad kunskap och möjlighet att hitta verktyg för att stötta ett rehabiliterande arbetssätt bland omvårdnadspersonalen
- Att skapa plattformar för erfarenhetsutbyte och lära av andra ”goda exempel”
- Att uppmuntra till studiebesök och deltagande i seminarier
- Att samtala regelbundet med inskrivna personer på korttidsboenden, lyssna på deras önskemål och erfarenhet av vistelsen
- Att hitta samarbetsformer så att kontaktpersoner från hemtjänsten kan delta i planeringen för den enskilde under vistelsen på korttidsavdelning, detta för att lättare kunna fortsätta planera för hemkomst
- Att involvera närstående i planeringen under förutsättning att den enskilde gett sitt medgivande

1.1.3 Projektbeskrivning

Projektet startade 2009-11-16 med en kartläggning i form av inläsning av rapporter, litteratur, artiklar och andra pågående arbeten i staden och i landet som rör arbetet med att utveckla ett mer salutogent synsätt och ett mer rehabiliterande och bibehållande arbetssätt. Under december upprättades en projektplan som sedan godkändes. Under januari 2010 hölls ett projektstartsmöte med de utförarchefer som kom att delta i projektet. Projektgruppsmöten hölls cirka två gånger i månaden. Styrgruppsmöten hölls en gång i månaden och då lämnades

även lägesrapporter. Projektekonomin gicks igenom under januari och genomgång gjordes med IT- avdelningen för att skapa en nätverksplats i form av en gemensam projektmapp.

Under mars 2010 startade en utbildningsplanering i kontakt med tidningen Äldreomsorg och företaget Fortbildning AB och en offert för utbildning granskades och godkändes. Upphandlingen av utbildningar gjordes inom ramen för projektet. Under mars medverkade projektledaren vid APT hos de utförare som deltog i projektet för att informera. En heldagsföreläsning i salutogent ledarskap för chefer som ingick i projektet genomfördes. Föreläsningen ägde rum den 20 april under ledning av Anders Hansson författare till boken *Salutogent ledarskap - för hälsosam framgång*. Utbildning i form av en workshop med inriktning att arbeta mot ett mer rehabiliterande och salutogent synsätt ordnades i maj 2010 för gruppleddare, samordnare, sjuksköterskor och rehabpersonal. Workshopen hölls av Lisa Andersson författare till arbetsmaterialet "Att få leva tills jag dör"- om ett rehabiliterande synsätt. Workshopen syftade till att skapa förutsättningar för att starta egna cirklar och en metod för detta presenterades. Föreläsningen "Att få leva tills jag dör" hölls för gruppleddare, cirkeldeltagare och även annan personal, som uppföljning till den tidigare workshopen och som information till andra intresserade under två dagar i september 2010.

Projektledaren har under projekttiden deltagit i en stadsövergripande utvecklingsgrupp samt lämnat information om projektarbetet vid samverkansmöten inom äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning samt vid möten med biståndsbedömare inom äldreomsorgen i Älvsjö. Projektledaren har även varit samordnare för pågående projekt inom verksamhetsområdet äldre och funktionsnedsatta i förvaltningen. Under projekttiden har projektledaren/projektsamordnaren regelbundet varit sammankallande till projektledarmöten samt intervjuat projektledare i syfte att ge adekvat stöd. Under projektet har projektledaren fram till den 1 september 2010 deltagit i styrgruppen. Funktionen under den senare delen har framförallt bestått i att sammanställa årets arbete i en slutrapport samt att arbeta vidare med statistik, uppföljningar, intervjuer med biståndsbedömare samt med brukare och anhöriga.

De aktörer som deltagit i projektet har varit: Älvsjö vård- och omsorgsboende (korttiden), Solberga vård- och omsorgsboende (korttiden), Hornstulls äldreboende (korttiden), Attendo Care AB i Älvsjö (hemtjänstutförare), Finskt Seniorboende AB (FSB, hemtjänstutförare), Omsorgshuset i Stockholm (hemtjänstutförare) samt enheten för äldre och funktionsnedsatta i Älvsjö. I september 2010 avslutade Hornstulls äldreboende sin medverkan i projektet eftersom avveckling av verksamheten i HSB omsorgs regi skulle ske i april 2011.

1.1.4 Avgränsning

I projektplanen gjordes följande avgränsningar:

- Projektet har under den här tiden varit särskilt riktat mot äldre personer (över 65 år) i Älvsjö i ordinärt boende med hemtjänst och som har vistats på korttidsavdelning eller varit inlagda på sjukhus under projektperioden
- Projektet har riktat sig till somatisk korttid i egen regi på Älvsjö vård- och omsorgsboende samt till somatisk korttidsavdelning på Hornstulls äldreboende
- Avgränsning då det gäller korttidsvård med demensinriktning har gjorts till verksamhet i egen regi dvs. Solberga vård- och omsorgsboende
- De hemtjänstutförare som har ingått i projektet var: Attendo Care AB, Omsorgshuset i Stockholm samt Finskt seniorboende AB (FSB)

Anledningen till den gjorda avgränsningen gällande den somatiska korttidsvården bygger på att en stor del av platserna inom äldreomsorgen i Älvsjö under 2010 var lokaliserade till Älvsjö vård- och omsorgsboende samt till Hornstulls äldreboende. Närmare bestämt 89 procent av de somatiska korttidsplatserna (inklusive växelvården) var knutna till någon av dessa korttidsavdelningar. Korttidsplatser inom demensvården (inklusive växelvården) i Älvsjö har under 2010 till 86 procent varit lokaliserade till Solberga och Hornstulls vård- och omsorgsboende och beslut togs att avgränsa projektet till samarbete med Solbergas korttidsavdelning. Växelvård som är en form av regelbunden korttidsvård, ofta i tvåveckorsperioder, har inom äldreomsorgen i Älvsjö under 2010 helt varit lokaliserad till Solberga eller Älvsjö vård- och omsorgsboende och avgränsningen var där ganska självklar.

Tabell 1. Antalet hemtjänststöranden inom äldreomsorgen i Älvsjö fördelade per hemtjänstföretag i oktober 2010.

	Antal vårdtagare	%
Attendo Care AB	203	51
Omsorgshuset i Stockholm	84	21
Finskt seniorboende (FSB)	60	15
Övriga	50	13
	397	100

Avgränsningar av de hemtjänstutförare som deltagit i projektet har gjorts till att inkludera de utförare som har haft de flesta uppdragen inom äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning under 2010. Attendo Care AB har under projekttiden utfört drygt 50 procent av alla hemtjänstuppdragen inom äldreomsorgen i Älvsjö,

Omsorgshuset är valda som utförare av 21 procent av brukarna och FSB har valts av cirka 15 procent. Tillsammans utför dessa tre hemtjänstföretag cirka 88 procent av äldreomsorgens hemtjänstuppdrag. Utöver dessa tre hemtjänstutförare finns i Älvsjö 67 valbara alternativ (borträknat rena städbolag). Vissa av dessa valbara utförare har specialinriktningar som t.ex. språkkunskap, hemtjänst i assistentliknande form, teckenspråkskunskap eller personal med mycket kunskap om demenssjukdomar.

1.2 Milstolpar

Följande milstolpar var inplanerade enligt projektplanen:

Under perioden 2009-11-16 – 2010-08-31 har följande milstolpar genomförts enligt tidigare fastställd plan:

- Milstolpe 1- Kunskapsinhämtning
- Milstolpe 2- Projektplan utformas och godkänns av styrgrupp
- Milstolpe 3- Projektarbetet startar, projektgrupp tillsätts
- Milstolpe 4- Utbildningsinsatser planeras och genomförs under våren 2010.

Under perioden 2010-09-01 – 2010-11-15 har följande milstolpar genomförts enligt fastställd plan:

- Milstolpe 5- Fortsatta utbildningsinsatser samt uppföljningar av dessa, insamling och komplettering av resultat bl.a. I form av intervjuer
- Milstolpe 6- Sammanställning och godkännande av slutrapport

Lägesrapportering har utgått till styrgruppen vid varje passerad milstolpe.

2. RESULTAT

Som bakgrund till projektets resultat presenteras en kartläggning av beviljad korttidsvård under januari – oktober 2010.

Tabell 2. Antal beviljade korttider (inklusive växelvård) inom äldreomsorgen i Älvsjö januari – oktober 2010.

Variabel	Antal	%
korttider (ej växelvård)	45	
Somatisk avd.	20	43 (varav 27 % avlastning)
Demens avd.	25	57 (varav 79 % avlastning)

Variabel	Antal	%
Växelvård	6	(varav 100 % avlastning)
Somatisk avd.	1	17
Demens avd.	5	83

Av korttiderna (exklusive växelvård) inom den somatiska vården består besluten av:

- 7 beslut pga. avlastning för anhörigvårdare
- 5 beslut pga. tillfälligt behov av närhet till personal för att sedan kunna klara sig i ordinärt boende
- 2 beslut i väntan på att bostadsanpassning skulle göras innan hemgång var möjlig
- 2 beslut pga. palliativ vård
- 2 beslut pga. boendeutredning
- 1 beslut i väntan på servicehuslägenhet
- 1 beslut pga. av osanitär olägenhet

Av korttiderna (exklusive växelvård) inom demensvården består besluten av:

- 19 beslut pga. avlastning för anhörigvårdare
- 2 beslut i väntan på vård- och omsorgsboende
- 1 beslut för introducering av dagverksamhet
- 2 beslut pga. anhörigvårdare på sjukhus
- 1 beslut för boendeutredning

Genomsnittsålder för brukare som beviljats korttidsvård under 2010 var 83,3 (83,2 för kvinnor och 83,5 för män). Antal kvinnor som beviljats korttidsvård var 27 och antalet män var 18. Genomsnittsålder för brukare som beviljats växelvård under 2010 var 81,0. Av antalet personer som beviljats växelvård var fyra kvinnor och två var män.

2.1 Måluppfyllelse

2.1.1 Effektmål

Strävan att ge den enskilde inom äldreomsorgen i Älvsjö en obruten vårdkedja genom samverkan mellan landsting, kommun och privata utförare är en målsättning som inte kan uppnås eller mätas inom ramen för det här projektet. Många av projektets effektmål kan snarare ses som visioner att gemensamt sträva efter. Att effektivisera och beskriva en fullt utvecklad och förankrad samverkan mellan huvudmännen (landsting och kommun) är ett mycket högt mål att sträva efter. För att fullt kunna utveckla samverkan mellan kommun och landsting behövs ett gemensamt arbete där båda parter ingår med en strävan att successivt nå en högre form av samarbete. I rapporten Samverkan, *Enkelt i teorin – svårare att praktisera* (Hjalmarsson & Norman, 2005) beskrivs vilka strukturer som kan behövas för att samverkan ska fungera, något som även tas upp t.ex. i rapporten

Den framtida vården (Stockholms läns landsting, 2004) samt i litteratur som *Dirigent saknas* (Gurner & Thorslund, 2003) och t.ex. rapporten *Samverkan – Hur svårt kan det vara* (Ingberg & Gewitsch, 2007). Fler rapporter angående äldreomsorg finns t.ex. att hitta via stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum som är en forsknings- och utvecklingsstiftelse med fokus på äldreomsorg.

I många rapporter och i litteratur som handlar om samverkan finns beskrivningar av olika framgångsfaktorer samt vad som konstaterats kan försvåra samverkan. Något som ofta beskrivs är t.ex. vikten av att gå in i ett samarbete med ungefär lika mycket resurser och energi. En annan viktig framgångsfaktor är att man har en ledning som är positivt inställd och att det skapas möjlighet till möten och dialog. Arbete med samverkan kan ofta försvåras vid besparingar och dålig ekonomi. Andra hinder kan vara att man som olika huvudmän eller aktörer har skilda uppdrag och mål samt att man utgår från skilda lagar och yrkestraditioner som kan skapa olika synsätt. Dessa skillnader i synsätt kan leda till missförstånd och konflikter om man inte regelbundet träffas och samtalar med varandra. Ytterligare hinder kan vara många olika inblandade aktörer, kundval med ett stort antal valbara alternativ samt skilda arbetsområden för de olika inblandade aktörerna. Den här formen av organisation med ett stort antal inblandade aktörer inom äldreomsorgen kräver nya lösningar på samverkan.

Samverkan i det här projektet har koncentrerats till övergångar mellan olika huvudmän och aktörer inom äldreomsorgen i Älvsjö. Då både landstinget och kommunerna har många aktörer, är det ett komplext arbete att förbättra samverkan och om man vill uppnå en god samverkan kommer det att ta tid eftersom det innebär ett förändringsarbete i verksamheterna och förändringsprocesser går inte fort. Projektet har initierats med utbildningar i ett rehabiliterande och salutogent synsätt för att på så sätt skapa möjlighet till en gemensam grund vilket bedöms kunna gynna ett framtida förbättrat samarbete. Utbildningssatsningen syftar även till att förstärka brukarens möjligheter att leva ett så självständigt liv som möjligt. Det rehabiliterande synsättet ser till det friska och fokuserar på vad den enskilde kan och vill. Det handlar om att skapa miljöer där omsorgstagaren, efter sina förutsättningar, får fortsätta att leva sitt liv även om man behöver hjälp och stöd i vardagen.

Målet att förbättra samverkan inom äldreomsorgen i Älvsjö har under projektets gång kommit att begränsas till att genom utbildning grunda för en bättre möjlighet till samverkan mellan hemtjänsten, vissa korttidsavdelningar och kommunens biståndsbedömare. Då landstinget inte är delaktiga i projektet har arbetet riktats till olika aktörer i kommunal och privat regi i stadsdelen.

Den långsiktiga nyttan/effekten med projektet kan alltså inte mätas inom ramen för projektet. Projektet föreslår att beställaren regelbundet följer upp effekten av utbildningssatsningen för att se om arbetet med träffar/cirklar fortgår och om det upplevs som givande. Projektet föreslår även att arbetet mot en förbättrad

samverkan fortgår då det finns mycket som återstår i strävan mot ett utvecklat samarbete samt i strävan att tillsammans utveckla ett rehabiliterande synsätt. Projektet föreslår även en fortsatt ambition att koppla slutenvården och primärvården till samverkansarbetet i någon form.

2.1.2 Projektmål

Projektmålen att prioritera regelbundna möten samt att organisera gemensamma utbildningar både internt och externt är vid projektets slut uppfyllda i hög grad. Projektmålet att hålla tidsplanen vid köp av utbildning, workshops och föreläsningar har åtgärdats genom tydligt skrivna kontrakt och överenskommelser vilket fungerat bra. Ett annat projektmål har varit att genom utbildningarna ge arbetsledare och chefer i hemtjänsten och på korttidsavdelningar verktyg för att kunna utveckla ett rehabiliterande synsätt bland personalen. Det här projektmålet har uppnåtts i den grad som bedömts varit möjligt inom projektets ram. En fortsatt samverkan och uppföljning är viktigt för att arbetet ska fortgå. Projektet har genom regelbundna möten och kontakter med varandra stöttat och uppmuntrat utbildningssatsningar, studiebesök och deltagande i seminarium vilket också varit ett projektmål.

Utbildningspaketet för projektdeltagarna startade med en föreläsning av Anders Hansson den 20 april 2010. Föreläsningen handlade om salutogent ledarskap och den riktade sig framförallt till chefer och arbetsledare. Anders Hansson är författare till boken *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång* (2010) från vilken även föreläsningen utgick. Boken köptes in och delades ut för påseende/genomläsning innan föreläsningstillfället. Boken är uppdelad i tre delar: bakgrunden till salutogenes och till KASAM (känsla av sammanhang), beskrivning av den salutogena idén och teorin och hur detta kan kopplas till ledarskap samt tillämpning av det salutogena ledarskapet. Anledningen till att man började med utbildning för chefer och arbetsledare var att man på så sätt ville förankra projektets idéer hos projektgruppens arbetsledare. Anledningen till att man var noga med förankring hos arbetsledare är att en viktig beskriven framgångsfaktor vid utveckling av samverkan är att ha en ledning som är positiv och som skapar möjlighet till möten och dialog. Föreläsningen var mycket uppskattad av de 11 personer från som deltog. Föreläsningen av utbildningspaketet var en workshop under rubriken *Att få leva tills jag dör*. Kursledare var Lisa Andersson som också är författare till ett kursmaterial för cirklar/träffar bestående av grundhäfte och arbetshäfte. Workshopen hölls den 19 maj och kursdeltagare var sjuksköterskor och undersköterskor i de projektdeltagande verksamheterna samt samordnare från hemtjänsten. Deltagarna skulle under ledning av Lisa Andersson lära sig den metod som arbetshäftet beskriver. Meningen var att de som deltog i workshopen skulle fungera som cirkelledare och att man efter workshopen skulle starta cirklar ute på sina respektive arbetsplatser. Studiecirkelarna omfattar 21 avsnitt som enheterna själva får planera och disponera utifrån behov och intresse. Totalt deltog 13 personer i workshopen.

Projektledaren har efter workshopen besökt enheterna för att stötta studiecirkelledarna att komma igång med arbetet. Regelbundna projektgruppsmöten och styrgruppsmöten har hållits under 2010, cirka en gång i månaden. En av projektets ambitioner att cirkelarna skulle vara igång innan semestrarna har man dock inte lyckats uppnå. Flertalet projektdeltagare startade istället efter semestrarna. Arbetet med cirkelarna har planerats pågå under hela hösten 2010. Projektledaren har under våren även deltagit vid arbetsplatsträffar i de olika verksamheterna för att informera om projektet och dess syfte. För att följa upp och inspirera till fortsatt arbete ute på arbetsplatserna erbjöds enheterna en föreläsning av Lisa Andersson. Föreläsningen utgick ifrån studiecirkelmaterialet och hölls vid två tillfällen: den 21 september och den 22 september. Projektdeltagarna erbjöds 10 platser per dag och sammanlagt 98 personer kom till föreläsningen som var mycket uppskattad.

Då det gäller projektmålen att identifiera risker samt att vidta åtgärder för att minska dessa, har riskerna man identifierat beskrivits vid projektstart i projektplanen. Risker som tagits upp är t.ex. att externa deltagare kan fastna i andra uppgifter på grund av tidsbrist. Man har i projektet haft som ambition att åtgärda detta genom resurskontrakt där antal timmar i projektet specificeras, detta har dock inte fungerat så bra eftersom projektet har haft svårt att förhandsbedöma tidsåtgång. Tidsåtgång för externa deltagare i projektet har inte ersatts men deltagandet i utbildningar har bekostats av projektet och därmed inneburit ett värde för deltagarna. En annan identifierad risk är att projekt lätt tappar fart om någon i gruppen lämnar arbetet. För att minska risken att tappa för mycket tid har projektmedlemmarna ombetts att ha en ersättare som är insatt i projektarbetet. Att ha en ersättare har fungerat i vissa fall men t.ex. inte då Hornstulls korttid avslutade sin medverkan i projektet då de vid ny upphandling inte fick förlängt uppdrag. Projektet valde då att inte söka någon annan ersättande deltagare då man bedömde att tiden var för knapp. En konsekvens av att man hade svårt att uppskatta tidsåtgång för projektarbetet var att de tillfrågade biståndsbedömarna dröjde med sitt deltagande. Biståndsbedömarna ville först ha uppgift om projektets omfattning och innehåll innan de utsåg en representant vilket fördröjde att en representant utsågs. En annan tänkbar risk man identifierade var att man inte skulle få med slutenvården och primärvården i projektarbetet. Den här farhågan visade sig vara riktig och man har tyvärr inte fått kontakt med någon nyckelperson från slutenvården eller från primärvården som varit intresserad eller haft möjlighet att delta i projektet.

Projektmål som inte uppnåtts är t.ex. målet att utarbeta skriftliga rutiner vid hemplanering från korttidsvård som är väl kända och förankrade. Anledningen till att detta projektmål inte uppnåtts är bland annat att resultatenheten vid Solberga vård- och omsorgsboenden upplöstes i februari 2010. Upplösningen innebar en turbulent tid och projektarbete var inte möjligt under några månader. Med anledning av förändringarna avstannade projektet till viss del under våren 2010.

Det första samlade mötet då representanter från korttidsavdelningarna deltog var den 9 april 2010. Under våren fick projektgruppen sedan en ny förändring då chefen för korttidsavdelning på Älvsjö vård- och omsorgsboende slutade. Den nya chefen kom att delta i projektet men projektet tappade fart då det tog lite tid för den nya deltagaren att sätta sig in i projektarbetet. De chefer som kom från hemtjänsten och som ingick i projektet började träffas under januari 2010 men gruppen blev lite haltande eftersom cheferna från korttidsboendena och representant från biståndsbedömarna inte var utsedda.

De projektmål som handlar om att under projekttiden hitta samarbetsformer och att utforma skriftliga rutiner på korttidsavdelningar, att regelbundet lyssna på brukare och anhöriga på korttidsavdelningar samt att skapa en plattform för erfarenhetsutbyte är inte uppfyllda i någon hög grad. Som tidigare nämnts har projektet påverkats av förseningar i starten. Bedömning har gjorts under projekttiden att projektmålen borde ha avgränsats då de är många och omfattande.

Trots förseningar och därmed problem att arbeta med projektmålet att utforma skriftliga rutiner för korttidsvård har arbetet ändå påbörjats. Man har t.ex. samlats kring ett antal diskussionsfrågor. Under våren diskuterades frågorna i två grupper där den ena gruppen bestod av projektets hemtjänstaktörer och den andra gruppen var sammansatt av projektgruppsdeltagare från korttiderna. Under hösten har även biståndsbedömarna (6 pers) inom äldreomsorgen i Älvsjö intervjuats på sin arbetsplats. Intervjuer har även gjorts med brukare (2 pers) och anhöriga (4 pers) till personer som vistats på någon korttidsavdelning under 2010. Intervjuerna med brukare och anhöriga har genomförts i hemmet eller i form av telefonsamtal.

Frågeställningar:

- Hur fungerar samverkan mellan slutenvård, korttidsvård, hemtjänst, hemrehabilitering och biståndsbedömare?
- Vad är bra och vad behöver förbättras?
- Vilka rutiner finns idag?

Frågorna som ställdes till korttidsavdelningar och hemtjänstutförare under våren 2010 och kom att ställas igen under slutdelen av projektet, detta för att se om svaren i slutet av året överensstämde med de svar som gavs i början av året. Projektet konstaterar att svaren i huvudsak överensstämmer och att inget väsentligt nytt tillkommit. Samma frågor har även ställts till biståndsbedömare och brukare under hösten. Till brukare och anhöriga ställdes enbart de två första frågorna.

Projektdeltagare från korttidsavdelningarna svarar:

Då det gäller frågan om hur samverkan fungerar mellan slutenvården, korttidsvården, hemtjänsten, hemrehabiliteringen och biståndsbedömarna svarar

man att det ofta fungerar bra. Man påpekar dock att landstinget har för få palliativa platser vilket gör att korttiderna ibland får ta emot brukare som man inte tycker ska vara på korttidsavdelningar utan som enligt korttidspersonalen istället borde vara på landstingets avdelningar med palliativ inriktning. Man anser även att samverkan med hjälpmedelcentral, reAgera och vårdcentralen skulle kunna förbättras framförallt då det gäller hjälpmedel i hemmet. Det tar ofta lång tid att få hjälpmedel på plats och det är en av de saker som kan innebära en onödigt lång korttidsvistelse. Förbättringsförslag som framkommit är även behovet av tydliga skriftliga rutiner för vad korttiden ska göra och vad t.ex. biståndsbedömarna ansvarar för. Förbättringar kan även göras då det gäller överenskommelser om hur registrering ska göras i det gemensamma datasystemet paraplyet samt tydliga skriftliga rutiner angående vem som ansvarar för transporter till och från korttiden. Man anser även att biståndsbedömarna ibland är otydliga i beställningens målformuleringar och att det då är svårt att veta exakt vad som förväntas under korttidsvistelsen.

"Biståndsbedömaren ansvarar för hur brukaren kommer till och från korttiden och vi önskar att biståndsbedömaren även förmedlar kontakt med övriga berörda instanserna så att nödvändig information når alla."

De korttidsavdelningar som ingått i projektet anser att biståndsbedömarna ska vara de som förmedlar kontakt mellan övriga berörda aktörer, detta så att information mellan alla berörda parter når fram. T.ex. information från vårdcentral för medicinsk överrapportering eller kommunikering med anhöriga inför inskrivning och hemgång. Man anser att det ofta är otydligt vem som ansvarar för vad. Det är många inblandade aktörer i äldreomsorgen och bristen på skriftliga rutiner, anser man på korttidsavdelningarna, gör det svårt att alltid garantera en god och säker vård.

Projektmedlemmar från hemtjänstutförarna svarar:

Hemtjänstutförarna svarar att problemen som tidigare var vanliga kring korttidsvistelser inte längre är något stort problem eftersom det idag är färre som beviljas korttidsvård. Vid de tillfällen man ändå beviljas en korttid fungerar det idag ganska bra. Hemtjänstutförarna tar även upp att de samverkansmöten man har inom ramen för "Älvsjömodellen" där hemtjänstutförare, hemrehabiliteringen (reAgera), vårdcentralerna, biståndsbedömarna samt ASIH (vid behov) träffas var 14:e dag, är till hjälp och har utvecklat samverkan i äldreomsorgen i Älvsjö. Vid dessa träffar är dock inte korttiderna representerade (Ingberg & Gewitsch, 2007). Hemtjänstutförarna efterlyser samverkansformer även med andra vårdaktörer.

"De problem som uppstod förut har nästan upphört eftersom det är sällsynt att någon är på korttid men om man ändå får korttidsvård fungerar det bra och vi brukar få veta utskrivningsdatum i tid."

Problemen idag är enligt hemtjänsten istället snabba utskrivningar från slutenvården utan att vårdplanering eller hembesök har gjorts för att se att nödvändiga hjälpmedel finns samt för att på andra sätt förbereda hemgång. Information om utskrivning från slutenvården kan komma till hemtjänsten någon timme innan brukaren befinner sig i bostaden eller i vissa fall inte alls. De hemtjänstutförare som deltar i projektet vill i större utsträckning vara med vid vårdplaneringar på sjukhus. Man tycker även att rutiner kring hemskrivning från sjukhus eller korttidsvård fungerar dåligt då det gäller t.ex. inkontinensskydd, draglakan, sängskydd och mediciner. Brukare kommer ofta hem utan dessa hjälpmedel och utan att planering gjorts tillsammans med vårdcentral eller hemrehabiliteringen. Situationen uppmärksammas ofta när brukaren redan befinner sig i hemmet och det tar då tid att göra beställningar och få saker på plats.

Hemtjänstutförarna uppger även att det ofta får bristande information angående restriktioner t.ex. efter frakturer. Man upplever det oklart vem som har ansvar för att den här informationen når fram till hemtjänsten. Man tycker också att det är problem med allt ”runtomkringarbete” som kan uppstå vid hemkomst från sjukhus eller korttid. Man vet inte alltid i förväg vad som behöver ordnas i samband med hemgången. Det kan t.ex. behövas hjälp med inköp, apoteksärenden samt att hämta inkontinensskydd eller andra hjälpmedel, städa, bädda och ordna med diverse småsaker. Man saknar tydliga rutiner kring vem som gör vad. Hemtjänstutförarna har inte heller några egna skriftliga rutiner då det gäller hemkomst.

Hemtjänstutförarna saknar tydlig information om vardagsrehabilitering och deras uppfattning är att de inte får tillräckligt med tid för det i beställningarna från biståndsbedömarna. Omsorgspersonalen har intresse av att arbeta rehabiliterande eller med inriktning att bibehålla förmågor men man har svårt att få tiden att räcka till. Man upplever annars att samarbetet med reAgera (hemrehabilitering) är bra. Samarbetet med slutenvården tycker man inte fungerar bra och överrapporteringen är knapphändig. Vid de tillfällen man gjort hembesök från sjukhuset innan utskrivning fungerar det i regel bättre. Hemtjänsten hoppas på en förbättrad vårdkedja i framtiden.

Biståndsbedömare svarar:

Då det gäller samverkan med slutenvården tycker biståndsbedömarna att kommunikationen via webcare i regel fungerar bra. Webcare är ett datasystem för informationsöverföring och kommunikation mellan kommunen, sjukhusen och primärvården. Framförallt är det samverkan med geriatriken som ofta fungerar bra. Andra avdelningar har inte sällan dålig kunskap om vad som är deras ansvar. Det som inte fungerar så bra är slutenvårdens förberedande av hjälpmedel samt att hembesök inte alltid görs, även om oklarhet finns kring bostadens tillgänglighet. Man upplever också att brukare skickas hem efter mycket korta vårdtider och att det inte är ovanligt att man efter en kort tid i hemmet måste åka in akut till sjukhus igen.

Biståndsbedömarna tycker att samverkan med korttidsavdelningarna fungerar ganska bra. I dag beviljas färre korttidsvistelser så det känns inte som något stort problem även om vissa oklarheter finns. Det som kan vara knepigt är att veta vem som gör vad och vem som ska ansvara för kontakter med de inblandade aktörerna. Biståndsbedömarna upplever att korttidsavdelningarna ibland har en tendens att skjuta över allt ansvar till biståndsbedömarna även vid hemgång från korttiden där man upplever det rimligt att ha ett delat ansvar för informationsöverföring.

Angående rutiner svarar biståndsbedömarna att slutenvården har rutiner för vad de ansvarar för. Det som är problem i samverkan med slutenvården är att de inte alltid känner till vilket ansvar de har samt att de ibland köper platser på andra sjukhus som inte lyder under samma avtal och som då har andra rutiner. Biståndsbedömarna saknar skrivna rutiner för de olika aktörerna då det gäller korttidsvård. Man har tidigare skrivit lokala rutiner med de egna korttiderna men eftersom att man ibland använder andra korttider i Stockholms stad samt att korttidsavdelningarna i Älvsjö tar emot brukare från andra stadsdelsförvaltningar är det inte funktionellt. Om alla beställare och utförare skriver individuella rutiner med varandra så blir det väldigt otydligt, överskådligt och svårförankrat. De försök man hittills gjort att utforma skriftliga rutiner med de egna korttiderna har inte heller fungerat bra. Biståndsbedömarna tycker att det borde finnas stadsövergripande rutiner för samverkan vid korttidsvård där ansvar noga regleras. Man upplever att bristen på skriftliga rutiner kan leda till att brukare och anhöriga ibland får ett orimligt stort ansvar att själva samordna de olika inblandade aktörerna.

"I dag beviljas mest korttid för avlastning och då finns de ofta en anhörig i hemmet som håller i kontakter med vårdcentral, hemtjänst och så. Det är nog på gott och ont för anhöriga och kan säkert lätt bli till en belastning."

Brukare och anhöriga svarar:

På frågan hur samverkan fungerar mellan slutenvård, korttidsvård, hemtjänst, hemrehabilitering och biståndsbedömare, svarar brukare och anhöriga att hemkomsten från slutenvården ofta är mest problematisk. Det som kan fungera dåligt är att få nödvändiga hjälpmedel på plats. En anhörig tar upp att maken vid hemkomst en fredag eftermiddag inte hade inkontinentskydd med sig hem från sjukhuset. Då vårdcentralen inte var öppen fick man svårt att ordna med detta. Hemtjänsten fick, i det aktuella fallet, låna av en annan brukare över helgen och vårdcentralen löste situationen under nästkommande vecka. En annan brukare har varit med om att skickas hem från sjukhus utan att nödvändig lift var på plats vilket ledde till en besvärlig och otrygg situation för brukaren samt en dålig arbetsmiljö för hemtjänstpersonalen. Det finns även erfarenheter av att samverkan vid hemkomst från sjukhus fungerat bra och då företrädesvis efter vårdtid på geriatrik avdelning.

En annan synpunkt som framkommit är att transporter (samtrans) till och från korttidsavdelningar ofta är försenade, vilket kan leda till att hemtjänsten inte alltid finns på plats när personer kommer till eller ska åka från avdelningen. Att hemtjänstpersonal ibland har svårt att vara på plats innebär ofta ett ökat ansvar för anhöriga vilket för vissa upplevs som stressande. Hemkomst från korttidsavdelningar fungerar annars i allmänhet bra och de tillfrågade personerna upplever sig ha en god kommunikation med personalen. Bäst fungerar det vid växelvård då det blir en kontinuitet som alla inblandade känner till.

En synpunkt som framförts av flera av intervjupersonerna är låg personalbemanning på korttiderna. Framförallt är det lite personal på kvällar, nätter och helger. Det innebär att anhöriga ofta känner sig tvungna att komma och hjälpa till och avlastningen blir inte så stor som den kunde ha blivit. En av intervjupersonerna uppger man avbrutit korttidsvistelsen i förtid då kvalitén upplevts som dålig.

”Jag vet att jag borde vila men det känns oroligt //...// jag vet att personalen har svårt att hinna med och de blir i alla fall ingen avlastning om jag inte vet att //...// har det bra. Jag får i alla fall sova på nätterna och det hjälper lite.”

Av de brukare och anhöriga som har tillfrågats är personer som beviljats korttidsvård på avdelning med inriktning demens mer positiva till vården och samarbetet kring vården, än de som beviljats korttidsvård med somatisk inriktning. De anhöriga och brukare som tillfrågats förmedlar alla på olika sätt att man upplever organisationen i äldreomsorgen som oorganiserad. Man tycker att det finns för många olika inblandade aktörer och man vet inte alltid vem som ansvarar för vad. Om det bara är två parter inblandade som t.ex. hemtjänstutövare och korttidsavdelning eller vårdcentral och korttid så går det ofta bra. Är det däremot flera inblandade så uppstår inte sällan problem.

2.2 Ändringsönskemål och restlista

Projektledningen har inte haft några problem med att hålla sig inom de i projektet givna ramarna. Det är snarare så att en avgränsning av projektets målsättningar varit att föredra. Projektledningen har under arbetets gång blivit uppmärksam på att många av målsättningarna varit svåra att uppnå och att projektarbetet tagit mycket längre tid än vad som planerats. Några mindre formuleringsändringar har gjorts men inget som påverkat projektets syfte eller målsättningar.

2.3 Tidsplan

Till följd av omfattande målsättningar, bristande resurskontrakt och organisationsförändringar har projektet haft svårt att hålla tidsplanen. Vid projektslut har man som beskrivits ovan bara uppnått några av projektmålen men en god grund har lagts för fortsättningen av projektet, ”Rehabilitering del två”. Några av projektmedlemmarna har haft svårt att utföra sina aktiviteter inom den angivna tidsramen bl.a. på grund av omorganisationer eller andra uppdrag som har behövt prioriteras, vilket periodvis bromsat upp arbetet.

För att komma tillrätta med ovanstående i framtiden, föreslås att en planering görs tillsammans med projektgruppen innan en projektplan skrivs.

Projektbudget

Projektets initiala budget på 750 tkr har inte överskridits. Budgeten fördelar sig enligt följande:

- Lön för projektledare
- Kostnad för utbildningar och materiel
- Övriga kostnader

Älvsjö stadsdelsförvaltning har tillgodosett projektet med kontorsrum samt möjlighet att använda stadsdelsförvaltningens lokaler och konferensrum. Dessutom har projektet haft tillgång till dator, telefon och kontorsmaterial.

3. ARBETSSÄTT

Här redovisas projektets erfarenheter t ex. angående organisation, arbetsformer och metoder.

3.1 Projektorganisation

Projektorganisationen har till stor del fungerat bra.

- Samarbetsklimatet inom projektet har i huvudsak fungerat bra men har ibland påverkats av tidsbrist hos deltagarna samt av brist på resurskontrakt. Projektet har saknat landstingets deltagande.
- Kompetensmässigt har projektorganisationen saknat projekthandledare.
- Projektets resultat har fått anpassas efter projektets resurser vilket har gått bra. För att uppnå alla projektmålen bedöms resurserna däremot inte vara tillräckliga. Revidering av projektplanen borde därför ha gjorts under projekttiden.
- Bemanningen i projektet har bestått av en projektledare vilket kan vara problematiskt då man i utvecklingsarbete kan behöva bolla tankar och idéer.

Projektledaren/projektsamordnaren har därför ingått i ett nätverk med andra projektledare i staden.

3.2 Samarbetsformer

Samarbetet mellan projektdeltagare, projektledare och styrgrupp har fungerat bra. Projektledaren har haft tillgång till kontor, dator, telefon m.m. på Älvsjö stadsdelsförvaltning vilket bidragit till bra möjligheter för informationsutbyte med projektdeltagare och andra samarbetsparter. Samtliga protokoll från projektmöten har distribuerats via e-post till samtliga berörda. Ett större samarbete kring projektplanen samt ett utökat förankringsarbete i de projektdeltagande verksamheterna i samband med projektstarten hade kunnat ge möjlighet till en bättre måluppfyllelse. Som tidigare nämnts har projektet saknat landstingets deltagande vilket begränsat möjligheten till att utveckla samarbete med dem.

3.3 Metoder och verktyg

Lilla Ratten har använts som projektmetod. I projektet ingår fem beslutspunkter där beslut tas om övergång till nästa fas.

1. Beställaren beslutar att påbörja projektet (2009-11-16)
2. Projektdirektivet skrivs på vilket leder till att projektplanering påbörjas (2009-11-16)
3. Projektplanen godkänns och fastställs av styrgruppen och beslut tas att genomföra projektet (2010-01-22)
4. Projektet godkänns av styrgruppen (2010-01-22)
5. Slutrapporten godkänns av styrgrupp och projektet avslutas formellt (2010-11-26)

Under projekttiden har regelbundna projektgruppsmöten hållits cirka två gånger i månaden under våren och cirka en gång i månaden under hösten. Dessutom har styrgruppsmöten hållits cirka en gång i månaden och vid dessa tillfällen har även lägesrapporter lämnats kontinuerligt. Vid projektgruppsmöten har samtal förts kring projektarbetet och utvärdering har gjorts kontinuerligt av projektdeltagarna.

I projektet har kvantitativa metoder använts vid beräkning av antal korttider samt av antal beviljade växelvårdsplatser. Metod och tillvägagångssätt vid dessa beräkningar är beskrivet under rubriken resultat. Beräkning har även gjorts av antal hemtjänstärenden och anlitade hemtjänstutförare samt av, under projekttiden, använda korttidsavdelningar. Kvalitativ metod har använts vid intervjuer med projektdeltagare samt med brukare och anhöriga. Intervjuerna har genomförts som kvalitetssäkring för att säkerställa att projektet beaktat skilda perspektiv som t.ex. brukar- och anhörigperspektiv så väl som ett personal- och organisationsperspektiv.

3.4 Kvalitetssäkring

Ett kvalitetssäkringsarbete har utförts av de kvalitetsansvariga vid de regelbundna styrgruppsmöten som hållits under projekttiden. Detta innebär att korrigeringar kunnat läggas in och att regelbundna uppföljningar gjorts.

4. ÖVRIGA ERFARENHETER

En av de erfarenheter som gjorts är att förändringsarbete tar tid då det är en process som påverkas av människors tankar och attityder. Vid arbete med projekt som innehåller förändringsarbete och samverkan bör därför tid avsättas för att tillsammans utforma mål och syften med projektdeltagarna. För att ett förändringsarbete ska ta fart är det viktigt att deltagarna känner sig motiverade och delaktiga. Det salutogena perspektivet sätter fokus på att ett sammanhang behöver vara meningsfullt, begripligt och hanterbart och ju bättre man lyckas med att skapa upplevelsen av detta desto mer kommer arbetsglädjen att öka och resultaten att förbättras. Organisering och ledning handlar då mycket om att skapa förutsättningar för lärande och förståelse samt att ge möjlighet till egna initiativ. I projektet kunde man själva ha utgått mer från ett salutogent ledarskap och man borde ha arbetat mer med förankring. Projektplanen skulle t.ex. ha vunnit på att utformas och justerats gemensamt av projektdeltagarna innan starten samt under arbetets gång.

Beslutet att starta projektarbetet med att organisera utbildningar för att ha ett gemensamt synsätt att enas kring vara ett bra beslut. Beslutet var bra eftersom ett av de hinder som konstaterats då det gäller samverkan, inom vård och omsorg, är att man genom olika huvudmän och aktörer med skilda uppdrag och mål samt skilda lagar och yrkestraditioner lätt skapar olika synsätt. Dessa skillnader i synsätt kan leda till missförstånd och konflikter om man inte regelbundet träffas och samtalar med varandra. Det salutogena perspektivet kan komma att utgöra en plattform där ett gemensamt synsätt eventuellt kan uppnås och förhoppningsvis kan det vara till hjälp att nå igenom olika yrkestraditioner och skilda lagstiftningar.

Äldreomsorgen i dag präglas av många olika aktörer som alla har ansvar för sin del men där ansvar för helheten saknas. Vem det är som har ansvar för att förmedla kontakt mellan alla de inblandade aktörer i äldreomsorgen i Stockholm är idag ofta oklart och kan leda till svårigheter att garantera en god och säker vård. På grund av komplexiteten i organisationen av vården och omsorgen av de äldre har projektet då och då fastnat och haft svårt att komma vidare. Det går att hitta bra lösningar men det är inte helt lätt eftersom krav på nytänkande och nya idéer går hand i hand med ständiga förändringar. För att kunna hitta lösningar tror vi det

är viktigt att noga ta reda på vilka förutsättningar och tankar de olika aktörerna har samt hur man vill hantera helheten. Annars finns risken att var och en arbetar ur egenintresse, kanske till och med i konflikt med andra, och utan att ha en gemensam helhet som målsättning.

Ytterligare en erfarenhet som gjorts, och som även den har att göra med de många inblandade aktörerna, handlar om ambitionen att utforma tydliga rutiner vid korttidsvård. Det skulle behövas rutiner men det är svårt att uppnå på lokal nivå. Detta eftersom staden använder korttiderna som en gemensam resurs och korttidsavdelningarna därmed kan användas av alla stadsdelsförvaltningar i staden. Om beställare och utförare skriver individuella rutiner med varandra så blir det väldigt otydligt, översködligt och svårförankrat. De försök man hittills gjort att utforma lokala skriftliga rutiner i Älvsjö har inte heller fungerat på ett bra sätt. Rutiner för korttidsvård bör istället utformas centralt för att gälla i hela staden.

I intervjuerna har det framkommit att samverkan framförallt brister mellan landstinget och de olika aktörerna i äldreomsorgen i Älvsjö. Mot bakgrund av detta är det särskilt tråkigt att projektet inte fått med någon representant från landstinget. Något som bör beaktas i rapportens intervjuresultat är att projektet representerats av kommunen och att intervjupersonerna därför kan ha en tendens att framföra kritik framförallt riktad mot andra aktörer. Intervjusvaren måste ses med utgångspunkt från den vetskapen.

De genomförda utbildningarna inom projektet har varit givande och uppskattade. Inom projektets ram hade man hoppats kunna skapa en träffpunkt för cirkelledarna. Förhoppningsvis kan en träffpunkt organiseras inom projektet "Rehabilitering del två". Tillsvidare uppmuntras cirkelledarna att själva skapa en träffpunkt, detta eftersom man kan behöva bolla tankar och idéer. I förändringsarbeten kan man ibland fastna och få svårt att gå vidare. Man kan då behöva samtala med andra för att på så sätt hitta nya vägar och tankesätt.

4.1 Arbetssätt i projektet

Projektgruppen har haft regelbundna möten, något som varit av stor vikt för kommunikation och samarbete i projektet. Projektet har kontinuerligt samtalat med de olika projektdeltagarna både vid personliga möten samt via telefon och via mejl. Intervjuer har genomförts då det gäller korttidsvård och samverkan mellan olika aktörer detta för att undersöka om projektets antaganden i huvudsak stämmer överens med projektdeltagarnas uppfattningar.

4.2 Projektdokument och styrning

Projektplanen har trots väl högt satta mål och lite dålig förankring i stort haft ett positivt värde för projektarbetet. Den förankrades i ett relativt tidigt skede i projektgruppen. Aktivitetslista och mötesanteckningarna har även dessa bidragit till en god styrning av projektet.

5. REFERENSER:

Antonovsky, Aaron (1999) *Hälsans mysterium*. Natur och kultur

Gurner, Ulla & Thorslund, Mats (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och kultur.

Hansson, Anders (2010) *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning AB

Hjalmarsson, Ingrid (2009) *Goda relationer – grunden för samverkan i Älvsjö*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Rapport 2009:11

Hjalmarsson, Ingrid & Norman, Eva (2005) *Samverkan, enkelt i teorin – svårare att praktisera*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Rapport 2005:3

Ingberg, Anna & Gewitsch, Laila (2007) *Samverkan – Hur svårt kan det vara*. Stockholm (Älvsjö): KC-Kompetenscentrum, Rapport 52

Stockholms läns landsting (2004) *Den framtida sjukvården*. 3S-utredning (del 1 av 2 utredningar). Stockholm: Stockholms län