

Södertörns Högskola  
Institutionen för ekonomi och företagande  
Företagsekonomi/ Entreprenörskapsprogrammet  
Magisteruppsats  
Handledare Karl Gratzer  
Vårterminen 2005

## **VÅGAR DU BLI GAMMAL?**

- en fallstudie av ett äldreboendes arbete med kvalitetssäkring i form av brukarinflytande

Jag avser med denna fallstudie belysa hur ett äldreboende arbetar för att kvalitetssäkra verksamheten genom att studera hur det undersökta äldreboendet tillämpar de föreskrifter och rekommendationer som Socialstyrelsen ställer angående brukarinflytande. Intressant är att Socialstyrelsen trots sina föreskrifter och rekommendationer, i SOSFS 1998:8 har en förmildrande klausul som säger; *att varje verksamhet behöver anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna och kvalitetssystemen bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens kvalitetsmål.* Jag anser att detta ger de kommunala verksamheterna ett vitt tolkningsutrymme och avser därav studera vilka kanaler och rutiner som mitt undersökta äldreboende använder sig av för att möjliggöra för de boende och dennes anhöriga att utöva sin berättigade möjlighet till påverkan. Eftersom syftet med kvalitetssystem; brukarinflytande, är att säkerställa att den enskilde vårdmottagarens behov tillfredställs så kommer studien även att inkludera hur mottagarna av äldreboendets tjänster upplever den erhållna omsorgen. Dessa resultat kommer dock att vara av sekundär betydelse, då de främst syftar till att ge en bild av hur de upplever äldreboendets arbete. Det primära i denna studie är att studera *hur* äldreboendet arbetar för att möjliggöra brukarinflytande. Genom att studera vilka kanaler och rutiner de har, samt vilken inställning personalen har gentemot de synpunkter, förslag och klagomål som brukarna kan komma med.

Det som jag via studien kommer fram till är att det undersökta äldreboendet aktivt arbetar för att involvera brukarna av vård och omsorgsarbetet. Det finns flertalet kanaler för brukarna att komma till tals genom. Samtliga respondenter, oavsett befattning, anser även att det är fördelaktigt att involvera brukarna i det dagliga arbetet om än de ger olika förklaringar till varför brukarna bör involveras. Att tillämpa brukarinflytande, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, är dock ingen garanti för att verksamheten skall leva upp till de av brukarna ställda förväntningarna. De boende anser exempelvis att det erhållna vård och omsorgsarbetet försämrats mellan åren 2003 och 2004. Intressant är att de anhöriga till skillnad mot de boende under samma tidsperiod blivit mer nöjda med vård och omsorgsarbetet. För att få klarhet i hur det kan komma sig samt varför respondenter med olika befattning givit olika förklaringar till varför brukarna bör involveras i det operativa arbetet, så rekommenderar jag Dig att läsa hela uppsatsen.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.2 BAKGRUND.....	5
1.2.1 <i>Introduktion av undersökningsproblemet</i> .....	6
1.3 SYFTE, AVGRÄNSNING OCH UNDERSÖKNINGSFRÅGOR.....	7
<b>2. TILLVÄGAGÅNGSSÄTT</b> .....	<b>10</b>
2.1 DEN INITIALA FASEN OCH VALET AV FORSKNINGSSOMRÅDE.....	10
2.2 VAL AV FORSKNINGSMETOD OCH ANSATS.....	10
2.3 STUDIENS UNDERLAG.....	12
2.4 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT VID INTERVJUER.....	12
2.5 DISKUSSION KRING VALIDITET OCH RELIABILITET.....	13
<b>3. TIDIGARE FORSKNING INOM ÄMNET</b> .....	<b>15</b>
3.1 TEORETISKT RAMVERK.....	15
3.2 BRUKARINFLYTANDE.....	16
3.3.1 <i>Strategier för påverkan</i> .....	16
3.3.2 <i>Påverkansnivåer</i> .....	16
3.3 KVALITETSSYSTEM INOM SJUKVÅRDEN.....	17
<b>4. INFORMATION FRÅN DET UNDERSÖKTA ÄLDREBOENDET</b> .....	<b>19</b>
4.1 TELEFONINTERVJU MED NICKLAS, MEDARBETARE PÅ SOCIALSTYRELSENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNING.....	19
4.2 INTERVJU MED KARIN, ÄLDREBOENDETS VERKSAMHETSCHEF.....	20
4.2.1 <i>Vårdplanering</i> .....	20
4.2.2 <i>Kontaktmannaskap</i> .....	21
4.2.3 <i>Anhörigmöten</i> .....	22
4.2.4 <i>Svarskort och enkätundersökningar</i> .....	22
4.3 INTERVJU MED MARIT, SJUKSKÖTERSKA PÅ ÄLDREBOENDET.....	23
4.4 INTERVJU MED PAULA, UNDERSKÖTERSKA PÅ ÄLDREBOENDET.....	24
4.5 ANALYS AV DANDERYDKOMMUNS ENKÄTUNDERSÖKNING FRÅN ÅREN 2003 OCH 2004.....	25
4.5.1 <i>De boendes enkätresultat</i> .....	26
4.5.2 <i>De anhörigas enkätresultat</i> .....	27
4.5.3 <i>Sammanfattning av enkätundersökningens resultatet</i> .....	28
<b>5. MINA ERFARENHETER SOM TIMVIKARIE PÅ ÄLDREBOENDET</b> .....	<b>30</b>
<b>6. ANALYS</b> .....	<b>31</b>
6.1 BRUKARINFLYTANDE.....	31
6.2 KANALER FÖR BRUKARINFLYTANDE.....	31
6.2.1 <i>Svarskort och enkätundersökningar</i> .....	32
6.2.2 <i>En kort resumé av de boendes enkätsvar</i> .....	33
6.2.3 <i>En kort resumé av de anhörigas enkätsvar</i> .....	33

6.2.4 Vårdplanering.....	33
6.2.5 Anhörigmöten .....	34
6.2.6 Kontaktmannaskap .....	34
6.3 KVALITETSSYSTEM INOM SJUKVÅRDEN.....	35
<b>7. RESULTAT .....</b>	<b>37</b>
7.1 VARFÖR ÄR DET VIKTIGT ATT INVOLVERA BRUKARNA I VÅRD- OCH OMSORGSARBETET.....	37
7.2 TILLÄMPNING AV BRUKARINFLYTANDE I ENLIGHET MED FÖRESKRIFTER OCH REKOMMENDATIONER.....	37
7.4 ÄLDREBOENDETS KANALER FÖR BRUKARINFLYTANDE .....	38
7.4.1 Vårdplanering.....	39
7.4.2 Kontaktmannaskap .....	39
7.4.3 Anhörigmöten .....	39
7.4.4 Svarskort .....	39
7.4.5 Resultat från Danderydkommuns enkätstudie om hur brukarna uppfattar det erhållna vård och omsorgsarbetet .....	39
<b>8. SLUTSATS .....</b>	<b>41</b>
<b>9. DISKUSSION OCH FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING.....</b>	<b>43</b>
9.1 METOD DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING .....	44
<b>KÄLLFÖRTECKNING.....</b>	<b>45</b>
<b>BILAGA 1; BEGREPPSDEFINITIONER.....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>BILAGA 2; SOSFS 1996:24. SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD OM KVALITETSSYSTEM I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN. ....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>BILAGA 3; SOSFS 1998:8. SOCIALSTYRELSENS ALLMÄNNA RÅD OM KVALITETSSYSTEM INOM OMSORGERNA ÄLDRE OCH FUNKTIONSHINDRADE. .....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>

# 1. Inledning

## 1.2 Bakgrund

Äldreformen 1992 innebar en dramatisk förändring av sjukvården. Tidigare var landstinget ensam vårdgivare, men nu skulle ansvaret fördelas mellan två parter. Landstinget förblev den part som skulle ansvara för den akuta sjukvården, medan det istället blev kommunerna som tog över ansvaret för vård och omsorgsarbetet av våra äldre. I egenskap av vårdgivare för omvårdnaden blev det nu kommunens uppgift att fastställa äldreboendenas övergripande kvalitetsmål och policys. Sjukvård och omvårdnad är dock av nationellt intresse och kommunernas arbete regleras av tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter gällande kvalitetssystem inom hälso- och sjukvård, SOSFS 1996:24, med kompletterande allmänna råd om kvalitetssystem inom äldreomsorgen, SOSFS 1998:8, föreskriver kommunerna att aktivt arbeta för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten<sup>1</sup>.

Att intresset för kvalitetsfrågor inom sjukvården och omsorgen ökat under de senaste decennierna kan ses som en följd av kommunernas allt mer ansträngda ekonomi. Den ansträngda ekonomin kan förklaras med det ökade antalet äldre i befolkningsutvecklingen, vilket resulterat i att kommunerna måste tillhandahålla de kommunala verksamheterna mer resurser för att kunna tillgodose det ökade hjälpbehovet. Ytterligare en bakomliggande orsak till det ökade intresset för kvalitetsfrågor kan vara ett antal uppmärksammade fall av så kallade ”vårdskandaler”, vilket har lett till en ökad oro för vad som händer med kvaliteten inom den svenska sjukvården<sup>2</sup>.

Vård av hög klass har nog alltid, mer eller mindre, omhulats i hälso- och sjukvården och varit en del av professionens normer och värderingar. Vårdkvalitet har således varit en implicit del av personalens åtagande, ett värdebegrepp med en bestämning som legat i ”betraktarens öga”. Men den bestämningen tycks inte politiker och tjänstemän längre lita till. Man tror inte längre på de professionellas strategier för att hantera kvalitet, osäkerhet och risker i sjukvården och det har därför satsats både centralt och lokalt för att få ett grepp om den så kallade kvalitetsstyrningen<sup>3</sup>. Kvalitetsledning (TQM) har därför blivit en populär ledningsstrategi även inom den offentliga sektorn då den genom ett systematiskt och analytiskt arbetssätt möjliggör reducerade kostnader samtidigt som den ökar kvaliteten<sup>4</sup>. Detta möjliggörs genom målsättningen att skapa en kvalitetskultur där kostnadseffektivitet och patientanpassning står i fokus, där samtliga medarbetare involveras i kontinuerlig kontroll, samt att krisarbete ersätts av planering<sup>5</sup>.

Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 1996:24, ålägger kommunerna att säkerställa att all hälso- och sjukvårdspersonal skall omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling

---

<sup>1</sup> SOSFS 1996:24

<sup>2</sup> Vabo. I Bejerot & Hasselbladh 2002

<sup>3</sup> Furusten. I Bejerot & Hasselbladh 2002

<sup>4</sup> Vabo. I Bejerot & Hasselbladh 2002

<sup>5</sup> ibid.

av verksamheten<sup>6</sup>. Det som kvalitetssystem, enligt SOSFS 1996:24, syftar till att säkerställa är: att kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses, att patienten och dess närstående visas omtanke och respekt, att patientens värdighet och integritet tillgodoses, att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga, samt att förslag och synpunkter från patienter och närstående tas om hand och beaktas<sup>7</sup>. Målsättningen är att den svenska sjukvården skall utformas utifrån en helhetssyn på individens behov, samt bygga på respekt för individens rätt till självbestämmande och integritet<sup>8</sup>. De äldre skall med andra ord även vid beroende av äldreomsorg kunna utöva inflytande över sitt liv och sin vardag, och detta skall möjliggöras genom delaktighet i planeringen och utformningen av vårdinsatserna<sup>9</sup>.

Ansvarsfördelningen ser ut som följande; att kommunen är vårdgivare och därav är de som skall ge direktiv och säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem med organisation, resurser och rutiner att säkerställa kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är sedan i sin tur upp till varje kommunal verksamhet att inom de erhållna resurserna ta fram ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp och utveckla kvaliteten i verksamheten. Dessa kvalitetssystem bör leva upp till de av Socialstyrelsen via kommunen fastställda kvalitetsmålen, samtidigt som det är ålagt de kommunala verksamheterna att eftersträva kostnadseffektivitet<sup>10</sup>.

### *1.2.1 Introduktion av undersökningsproblemet*

Kommunens uppgift i egenskap av vårdgivare är alltså att ”få ut så mycket som möjligt” av varje skattekrona, samt säkerställa att de föreskrifter och allmänna råd som finns tillämpas av de kommunala verksamheterna. Intressant är att kommunerna endast *bör* säkerställa att de sociala tjänster som kommunen genom avtal i enlighet med 4§ tredje stycket i socialtjänstlagen överlämnat till de kommunala verksamheterna att utföra, verkligen lever upp till de ställda kvalitetskraven. Anmärkningsvärt är även att det i kommunens tillsynsmyndighet Socialstyrelsens skrivelse står; ”att varje verksamhet behöver anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna och kvalitetssystemen bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens kvalitetsmål”<sup>11</sup>. Denna formulering anser jag ger de kommunala verksamheterna ett lite för vitt tolkningsföreträde. Å ena sidan förväntas kommunen i egenskap av vårdgivare garantera att medborgarna erhåller en kvalitativ och säker vård medan den verksamhet som på uppdrag av kommunen tillhandahåller servicen, endast i enlighet med sina förutsättningar behöver leva upp till de ställda kvalitetsmålen.

Utöver kravet på ett ändamålsenligt kvalitetssystem ställer Socialstyrelsen i sin föreskrift, SOSFS 1996:24, även krav på de kommunala verksamheterna att på ett kostnadseffektivt sätt styra verksamheten<sup>12</sup>, men även kommunen i egenskap av finansiär ställer sparkrav på sina kommunala

---

<sup>6</sup> SOSFS 1996:24

<sup>7</sup> *ibid.*

<sup>8</sup> *ibid.*

<sup>9</sup> Äldreuppdraget 1998:15

<sup>10</sup> SOSFS 1998:8

<sup>11</sup> SOSFS 1998:8

<sup>12</sup> SOSFS 1996:24

verksamheter. Detta torde leda till att verksamhetschefer tvingas göra prioriteringar och avvägningar i hur mycket av de erhållna resurserna som kvalitetssystemen får ta i anspråk.

Socialstyrelsen betonar vidare i föreskriften SOSFS 1996:24 att kvalitetstänkandet skall vara väl förankrad i hela organisationen. Jag tolkar detta som att alla medarbetare oavsett organisationsnivå och befattning aktivt skall arbeta för att säkerställa kvaliteten. Kvalitet är däremot ett subjektivt begrepp och frågan är om begreppet ges samma innebörd av samtliga medarbetare, eller kan det vara så att begreppet tolkas olika beroende av medarbetarens befattning. Det vill säga att deras arbetsuppgifter påverkar hur de ser på kvalitet och varför kvalitetsarbete skulle vara betydelsefullt.

Jag intresserar mig för hur de kommunala verksamheterna hanterar ovanstående problematik. Vad menas i praktiken med ett ändamålsenligt kvalitetssystem? Detta avser jag besvara genom att studera hur ett äldreboende arbetar för att skapa de kvalitetssystem som, i enlighet med Socialstyrelsens direktiv, skall säkerställa; att kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses, att patienten och dess närstående visas omtanke och respekt, att patientens värdighet och integritet tillgodoses, att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga, samt att förslag och synpunkter från patienter och närstående tas om hand och beaktas<sup>13</sup>.

### 1.3 Syfte, Avgränsning och undersökningsfrågor

Syftet med denna uppsats är att genom en fallstudie av ett äldreboende i Stockholm se hur verksamheten arbetar med att tillämpa de föreskrifter och rekommendationer som finns angående kvalitetssystem. Eftersom kvalitetssystem är ett begrepp med ett flertal definitioner är en avgränsning nödvändig. Jag definierar kvalitetssystem i denna uppsats i enlighet med SOSFS 1996:24 och SOSFS 1998:8, det vill säga som de rutiner som syftar till att säkerställa;

- att insatser utformas efter den enskildas behov och i samråd med den enskilde och/ eller dennes närstående.
- att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas

Jag vill genom att studera ett äldreboende se vilka rutiner och kanaler de använder sig av för att hantera dessa ovanstående punkter som ett kvalitetssystem, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, syftar till att säkerställa. Jag kommer vidare att endast titta på de rutiner och kanaler som möjliggör direkt brukarinflytande och kommer alltså inte att ta hänsyn till de kanaler av indirekt brukarinflytande, såsom lokala pensionärsråd, som äldre kan använda sig av för att påverka sin situation. Jag avser vidare att studera vilka kanaler som finns, samt vilka det i sådant fall är, som omsorgsmottagarna och dennes anhöriga kan använda sig av för att utöva sin berättigade inverkan på utformningen av den erhållna vården och omsorgen.

---

<sup>13</sup> ibid

I detta arbete kommer en bred definition av brukare att användas. I fokus står de direkta brukarna, det vill säga de som är direkt berörda av äldreboendets vård och omsorgsarbete. Dessa är i min studie omsorgsmottagarna men eftersom denna grupp inte alltid, på grund av sjukdom, är i stånd att själva utöva påverkan så företräds de i praktiken ofta av sina anhöriga eller annan närstående. Jag kommer därför att göra åtskillnad mellan dessa intressenter genom att använda mig av snarlika begrepp till brukare. Brukare i form av omsorgsmottagare kan i denna uppsats även komma att kallas: boende eller patient. Dessa termer skall då likställas med omsorgsmottagaren. Men termen brukare inkluderar, som jag nämnt ovan, även de anhöriga som ibland kan komma att företräda en boendes intressen. Jag kommer att försöka använda mig av dessa snarlika begrepp istället för enbart brukare, så att det för läsaren blir tydligt vilken intressent det är jag syftar till.

Eftersom syftet med kvalitetssystem är att säkra den enskildes behov är det fördelaktigt att i arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten även ta hänsyn till hur den enskilde vårdmottagaren upplever verksamhetens kvalitet. Jag kommer därför även att studera vilka synpunkter de boende eller dess anhöriga har på omsorgen, om än detta är av sekundär betydelse för uppsatsen. Det primära är att studera *hur* äldreboendet arbetar för att möta de boendes och anhörigas rätt till att utöva inflytande över sin erhållna vård- och omsorg.

Då jag är intresserad av att studera hur ett äldreboende arbetar för att möta brukarnas rätt till att utöva inflytande i vård- och omsorgsarbetet blir personalens förhållningssätt gentemot brukarinflytande av yttersta vikt. Jag önskar därför att ta reda på deras förhållningssätt till: brukarinflytande, samt se om skillnader i inställning kan finnas beroende av den anställdas befattning. Vidare avser jag att jämföra det undersökta äldreboendets arbete med att involvera brukarna i vård- och omsorgsplaneringen med de direktiv som Socialstyrelsen ställer genom vårdgivaren kommunen, då det enligt Socialstyrelsens föreskrifter är upp till varje enskild verksamhet att anpassa kvalitetssystemen efter sina egna förutsättningar. Jag önskar se hur det undersökta äldreboendet tolkar denna ”förmildrande” klausul genom att studera om och i sådant fall genom vilka kanaler de involverar brukarna i vård och omsorgsarbetet.

Denna studies övergripande frågeställning är:

- Hur det undersökta äldreboendet arbetar för leva upp till de av Socialstyrelsen ställda direktiven angående brukarinflytande?

Utöver den övergripande frågeställningen avser jag att besvara följande del frågor:

- 
- Ges brukare möjlighet att påverka sin vård och omsorg, och i sådant fall genom vilka kanaler?
- Hur ser personalen på brukarinflytande?
- Kan befattning ha en inverkan på hur personalen ser på brukarinflytande?
- Hur upplever brukarna den vård och omsorg de erhåller av äldreboendet?



Delfråga ett, två och tre avser jag besvara genom intervjuer med anställda inom äldreboendet. För att få klarhet i om skillnader i inställning gentemot brukarinflytande kan finnas, har jag valt att intervjua en representant ur varje organisationsnivå. Delfråga fyra som gäller brukarnas upplevelser av äldreboendet avser jag besvara genom att analysera de enkätsvar från 2003 och 2004 som Danderydkommun fått in via den årliga enkätundersökningen. Dessa är samlade i en databas som jag fått tillgång till.

## 2. Tillvägagångssätt

### 2.1 Den initiala fasen och valet av forskningsområde

Eftersom jag är intresserad av ämnen som organisationsutveckling så bestämde jag mig i ett tidigt stadium att skriva om kvalitetssäkring/ kvalitetsutvecklingsarbete inom äldreomsorgen. Jag anser mig ha en god kännedom om de äldres situation eftersom jag vid sidan av mina studier under tre års tid arbetat extra vid ett äldreboende i Stockholm. Vidare anser jag genom min kontakt med vården att den kännetecknas av en tröghet när det gäller förändring och förändringsarbete och jag ville sätta mig djupare in i ämnet, samt förmedla hur verkligheten för våra äldre ser ut idag.

Initialt gjorde jag slumpmässiga sökningar via de sökverktyg och informationskällor som jag via Södertörns Högskolas hemsida har tillgång till. Sökorden jag använde mig av var olika kombinationer av följande ord: kvalitetssäkring, kvalitetsstyrning, kvalitetsarbete, kvalitetsutveckling, klagomålshantering, standardisering med flera. Ju mer jag sökte efter ämnesspecifik litteratur innehållande ord som: kvalitetssäkring/ kvalitetsutveckling och brukarinflytande inom sjukvård och äldreomsorg, insåg jag att det redan fanns en hel uppsjö av forskning gjord inom området. Kvalitetssäkring inom den offentliga sektorn var inte någon ny företeelse, utan begreppet ”kvalitetssäkring” började användas i sjukvårdsammanhang redan i mitten av 1990- talet<sup>14</sup>. Svårigheten låg nu snarare i att avgränsa mig.

Enligt Lena Dahlbergs rapport i Äldreuppdraget (1998:15) har en hel del studier gjorts utifrån ett brukarperspektiv, då äldre tillfrågats om sina möjligheter att påverka sin situation. Lena Dahlberg menar att det finns en kunskapslucka när det gäller brukarinflytande ur ett ledningsperspektiv. Jag tolkar denna lucka som att få undersökningar gjorts kring hur ledningen och dess förlängda arm personalen arbetar för att hantera brukarinflytande. Jag avser därför att studera detta genom att titta på vilka kanaler äldreboendet erbjuder brukarna att komma tills tal genom, samt vilken inställning och attityd personalen som skall mottaga brukarnas synpunkter har gällande vikten av att involvera brukarna i vård och omsorgsarbetet. Inställningen gentemot brukarinflytande och om skillnader finns beroende av befattning, hoppas jag kunna utläsa genom de intervjuer jag tänkt genomföra med en representant ur var organisationsnivå på det aktuella äldreboendet.

### 2.2 Val av forskningsmetod och ansats

I denna studie har forskningsmetoden fallstudie valts som övergripande forskningsstrategi, då avsikten är att förklara ett fenomen. En fallstudie bygger på att genom en undersökningsenhet försöka lyfta fram det som är generellt. Fördelar med fallstudier, utöver att det är en djupgående och detaljrik studie, är att den a) möjliggör metodtriangulering, b) att den passar för undersökningar där omständigheter och faktorer inte behöver kontrolleras, c) och att den passar när undersökningen är småskalig. Nackdelar med en fallstudie är a) att den ofta är svår att generalisera utifrån, b) att det är svårt för forskaren att få tillträde till den situation som skall

---

<sup>14</sup> Öhrming, Sverke. I Bejerot & Hasselblad 2002

undersökas c) och att forskaren kan ge upphov till en kontrolleffekt där de som undersöks uppträder annorlunda än vad de brukar göra<sup>15</sup>.

Två av nackdelarna med användandet av fallstudier torde jag i denna studie ha kunnat om inte undvika, så i alla fall minska. Nackdel b) har jag kunnat minimera genom att genomföra studien på min arbetsplats. Jag känner verksamhetschefen, kollegorna och de boende väl, vilket inneburit att jag haft lätt att få tillgång till information. Nackdel c) kan däremot nog ha ökat något på grund av min relation till de intervjuade. De kan ha försökt ställa sig och det undersökta äldreboendet i ljusare dager, men eftersom jag är väl insatt i verksamheten så torde jag ha sett igenom den eventuella fasad medarbetarna kan ha velat förmedla.

Eftersom jag avser att genom en fallstudie förklara ett fenomen så faller det sig naturligt att metodvalet blir kvalitativt, då kvalitativa studier lämpar sig bäst om syftet är att förstå *hur* människor resonerar eller agerar. I en kvalitativ undersökning är ord den centrala analysenheten. Analysen bygger på detaljerade beskrivningar av människor eller händelser och målet är att ge läsaren detaljer om en komplex situation. Kvalitativa studier är ofta småskaliga med ett begränsat antal källor som undersöks djupgående, och därmed försöker man skapa en helhetsbild samt visa hur de olika variablerna hänger ihop<sup>16</sup>. Det innebär oundvikligen att jag kommer att prägla resultatet av arbetet; då det är jag som väljer forskningsinstrumenten samt söker ut vad som skall innefattas i studien, men detta är ett accepterat fenomen inom forskarvärlden. Forskningsdesignen är ofta öppen så att teorier, metoder och urval kan utvecklas och prövas efterhand<sup>17</sup>.

Då jag vid sidan av mina studier arbetat som timvikarie på det undersökta äldreboendet har jag en hel del förkunskaper om hur vård och omsorgsarbetet fungerar i praktiken. Men dessa deltagande studier som gjorts har jag försökt att ”ställa åt sidan” under uppsatsskrivandets gång, då jag i egenskap av timvikarie kan ha haft en begränsad insyn i hur brukarna praktiskt involverats i vård och omsorgsarbetet. Mina erfarenheter av vården kommer utöver stycket; Mina erfarenheter som timvikarie på äldreboendet, snarare ha en kontrollerande funktion. Det vill säga att jag har kunnat jämföra den information jag via intervjuer erhållit med hur den operativa verksamheten ser ut i praktiken.

Jag upplever att jag på grund av mina tidigare erfarenheter av vården även har kunnat förbereda relevanta frågor som underlag för intervjuerna, samt att jag under intervjuens gång genom att jämföra svaren med hur jag upplever att verkligheten ser ut, kunnat hålla mig kritisk till respondenternas svar och ställa följdfrågor vilket ibland resulterat att respondenten backat och givit ett ärligare svar.

I ett deduktivt tillvägagångssätt utgår man från existerande teorier för att göra empiriska undersökningar<sup>18</sup>. Eftersom det redan finns mängder av teorier inom mitt valda intresseområde (kvalitetssäkring, kvalitetsutveckling, samt brukarinflytande inom äldreboenden) så upplevs det inte

---

<sup>15</sup> Denscombe 2000

<sup>16</sup> Denscombe 2000

<sup>17</sup> Denscombe 2000

<sup>18</sup> ibid.

meningsfullt att på nytt skapa nya teorier. Därav uppsatsens deduktiva tillvägagångssätt.

### 2.3 Studiens underlag

För att kunna se helheten i en situation rekommenderas metodtriangulering, vilket innebär att flera källor används för att undersöka samma sak<sup>19</sup>. De källor jag använt mig av är böcker, rapporter, artiklar, verksamhetsdokument, lagar och föreskrifter för äldreomsorgen samt en databas där Danderyd kommun sammanställt information från brukarundersökningar genomförda 2003 och 2004.

För att ta reda på brukarnas åsikter om äldreboendets verksamhet har en databas från Danderyds kommun använts. Det var en diskett innehållande statistik från de brukarundersökningar Danderydkommun låtit göra åren 2003 och 2004. Denna diskett som jag fick låna innehöll en mängd tabeller ur vilka man fritt kunde välja önskade uppgifter för visning på skärm, utskrift eller för överföring till den egna PC:n med möjlighet till vidare bearbetning. Disketten innehöll uppgifter om samtliga äldreboenden i kommunen, men jag har främst analyserat de tabeller som avser mitt undersökningsobjekt. Information om de övriga äldreboendena i kommunen har endast syftat till att se huruvida statistiken gällande mitt undersökta äldreboende kan betraktas som generella eller ej.

### 2.4 Tillvägagångssätt vid intervjuer

Intervjuer har skett med personer ur olika organisationsnivåer. Allt ifrån en representant från tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen till sjukvårdbiträdet som arbetar närmast den boende. Detta för att se om skillnader finns i inställning gentemot brukarinflytande och/eller kvalitetsarbete.

Jag har genomfört en telefonintervju med Nicklas, medarbetare på Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning. Detta främst till följd av att jag undrade om SOSFS 1996:24 fortfarande var aktuell. Jag ansåg att en nio år gammal föreskrift om kvalitetshantering borde ha bli uppdaterad. Nicklas kunde berätta att SOSFS 1996:24 var under omarbetning, men att det fortfarande var den som i dagsläget gällde. När Nicklas hörde att jag höll på att skriva en magisteruppsats om ämnet; brukarinflytande inom äldreomsorgen, blev han väldigt intresserad av att diskutera ämnet. Samtalet varade i 40 minuter och avslutades med att han önskade att jag när jag var färdig med denna uppsats åter skulle uppsöka kontakt.

Intervjun med verksamhetschefen Karin skedde under två tillfällen, den 14 samt 26 april 2005. Vardera intervju varade cirka en timme och genomfördes på hennes arbetsrum. Jag hade förberett intervjufrågor inför båda tillfällena, men de faktiska intervjugenomförandena hade mer formen av samtal istället för utfrågning. Endast någon enstaka gång upplevde jag mig behöva ställa en följdfråga eller fråga för att komma in på spår igen. Samtalen spelades in på band.

Intervjun med sjuksköterska Marit genomfördes på hennes rast den 21 april 2005. Då rasten

---

<sup>19</sup> Denscombe 2000

endast varar en timme ansåg jag mig endast kunna ta 30 minuter av hennes tid i anspråk. Eftersom intervjun inte var inbokad i förväg hade inga intervjufrågor förberetts på papper, men i huvudet hade jag ett par färdiga frågor som jag bad henne svara på. Jag tog under intervjun snabba anteckningar som jag efteråt finslipade, för att vid nästa arbetspass visa upp och be henne godkänna. Detta på grund av att jag hade en del citat jag ville att hon skulle få granska, då dessa kunde ha misstolkats eller förvanskats vid renskrivningen. Marit godkände samtliga citeringar.

Intervjun med undersköterska Paula planerades in i förväg. Vi träffades den 4 maj på ett café i City och till det tillfället hade jag förberett frågor. Intervjun blev ett mellanting mellan regelrätt intervju och samtal, och varade i cirka 1 timme 30 minuter. Vid detta tillfälle hade jag en bandspelare med mig, men eftersom sorlet från de övriga kafégästerna var så högt kunde jag knappt höra ett ord på bandet. Därav fick jag förlita mig på slarviga anteckningar, samt minnesanteckningar. När jag erbjöd Paula att kontrollera dessa anteckningar avböjde hon.

Jag har valt att fingera namnen på intervjupersonerna samt att inte omnämna äldreboendet med namn, då dessa uppgifter inte för studien fyller någon funktion. Det enda som jag anser vara relevant i sammanhanget är den befattning respondenterna har inom verksamheten.

## 2.5 Diskussion kring validitet och reliabilitet

Jag tror mig ha mätt det jag avsett att mäta i denna uppsats, nämligen:

1. Hur det undersökta äldreboendet arbetar för leva upp till de av Socialstyrelsen ställda direktiven angående brukarinflytande?
2. Ges brukare möjlighet att påverka sin vård och omsorg, och i sådant fall genom vilka kanaler?
3. Hur ser personalen på brukarinflytande?
4. Kan befattning ha en inverkan på hur personalen ser på brukarinflytande?
5. Hur upplever brukarna den vård- och omsorg de erhåller av äldreboendet?

För att kunna svara på de fyra första frågorna har jag ansett det lämpligaste tillvägagångssättet vara att intervjua en respondent ur varje organisationsnivå. Genom att både jämföra svaren sinsemellan samt med mina erfarenheter anser jag mig ha tillräcklig upplysning för att kunna besvara frågorna. Den sista frågan om brukarnas upplevelse av verksamheten har jag besvarat genom att studera svaren från två befintliga enkätundersökningar. Att jag inte har genomfört någon undersökning själv beror på att verksamhetschefen vid tillfrågningen om jag fick genomföra en enkätundersökning på äldreboendet, svarade att kommunen årligen genomför undersökningar och att jag, om jag ville, kunde få ta del av resultaten från dessa. Jag kunde inte finna någon anledning till att på egen hand genomföra en undersökning om jag kunde få tillgång till informationen från två redan utförda enkätstudier. Dessutom tror jag att tillförlitligheten i informationen om hur brukarna upplever vård- och omsorgen ökat, då Danderydkommun torde ha mer kunskap om och vana i att hantera statistiskt material.

Tillförlitligheten i studien tror jag har ökat då jag använt mig av metodtriangulering. Det empiriska materialet består av både intervjuer, studier av enkätundersökningar, samt förförståelse genom mina tidigare deltagande observationer. Jag hade kunnat intervjua fler personer inom samma befattning för att öka tillförlitligheten men ansåg, genom att jämföra den erhållna informationen med mina tidigare erfarenheter, att respondenternas svar var ganska väntade och därför, enligt min mening, representerade de olika yrkesrollerna väl.

Uppsatsens generaliserbarhet kan däremot diskuteras. Eftersom kommunerna i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter överlåter ansvaret för utformningen av kvalitetssystemen till de enskilda verksamheterna, så borde dessa skilja sig åt. Men eftersom jag genom en fallstudie avser studera *ett* äldreboendes arbete med att möjliggöra brukarnas inflytande, så menar jag att jag har undersökt det jag avsett att studera.

### 3. Tidigare forskning inom ämnet

#### 3.1 Teoretiskt ramverk

Inom den offentliga sektorn har det under senare år blivit väldigt populärt att arbeta med brukarinflytande genom uppföljande av hur brukarna upplever sin vård och omsorg. Lena Dahlberg (Äldreuppdraget 1998:15) anser att de flesta studier som gjorts om brukarinflytande enbart har gjorts utifrån detta brukarperspektiv. Hon menar att det finns en kunskapslucka när det gäller brukarinflytande ur ett ledningsperspektiv och anser att det borde forskas mera kring hur ledningen i praktiken arbetar för att involvera brukarna i bestämmelseprocesserna.

En orsak till det ökade intresset för kvalitet och brukarinflytande inom den offentliga sektorn kan, enligt Socialstyrelsens rapporter, förklaras med de ökade nedskärningarna inom kommun och landsting. Kostnaderna för den svenska sjukvården har ökat drastiskt under de senaste decennierna och i kombination med nedskärningar blir det primära, enligt Andrén och Sandberg, att lösa hur de resurser som sjukvården tar i anspråk på effektivast sätt kan omvandlas till god vård.

Kvalitet kan populärt beskrivas som att göra rätt sak, på rätt sätt, på rätt plats, vid rätt tid och till rätt kostnad. Den allmänna uppfattningen inom vården är att kvalitet kostar pengar, men undersökningar som Andrén och Sandberg hänvisar till visar på att så inte är fallet. Hela 40 procent av resurserna inom sjukvården går till att rätta till begångna fel (Andrén & Sandberg 2001). Genom att göra rätt saker, på rätt sätt, vid rätt tid från första början skulle dessa kostnader för misstag kunna undvikas, varför ekonomi och kvalitet har viktiga samband.

Behovet av att kunna beskriva och mäta kvalitén inom vård och omsorg har lett till att olika kvalitetssystem prövats inom den offentliga sektorn. Problemet med kvalitetssystem inom vård och omsorgsarbete är att de mått som används ska kunna passa in på tjänsteutförande där det handlar om att beakta individens samlade behov av service, vård och omsorg ur ett socialt, fysiskt, medicinskt, psykiskt och existentiellt perspektiv (Arbetsrapport 3:2001). Kvalitetsbegreppet inom vård och omsorg handlar både om innehållet i servicen och hur den upplevs av den enskilde, och det är därför som brukarnas upplevelser och synpunkter står i centrum när man ska kvalitetsutveckla vården. Därmed inte sagt att ledningens roll är sekundär. Ledningen ansvarar för att tillhandahålla servicen och de delger den boende informationen om vilka rättigheter, samt kanaler de som brukare har att tillgå om de vill komma med synpunkter.

Då brukarinflytande är ett sätt för verksamheten att säkerställa kvalitetsutveckling och mitt valda undersöknings problem är ur ett ledningsperspektiv, känns det viktigt att introducera för läsaren de tankar om brukarinflytande som främst utformats av statsvetaren Tommy Möller. Hans tankar verkar vara tongivande och har flitigt refererats i Socialstyrelsens rapporter om brukarinflytande. För att beskriva de strategier som finns för påverkan har jag valt Hirschmans teori om ”voice och exit”, vad dessa innebär kommer jag att beskriva närmare. Avslutningsvis presenterar jag för läsaren vad kvalitetssystem inom sjukvården innebär, samt vilka tankar och direktiv som finns

inom detta område. Under det stycket gör jag läsaren bekant med ett axplock av de för min studie relevanta föreskrifter som sjukvården måste följa.

### 3.2 Brukarinflytande

Inflytandeproblematiken har under senare tid kommit att bli alltmer central inom äldreomsorgen, då regeringen har fastslagit att den svenska äldreomsorgen ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Äldre ska kunna påverka sitt liv och sin vardag (Äldreuppdraget 1998:15)

Kvalitet är ett subjektivt begrepp och värderas därför individuellt av brukarna. Begreppet måste sättas i relation till deras behov och förväntningar för att bästa möjliga kvalitet skall kunna erbjudas. Brukartillfredställelse behöver dock inte betyda att vårdnadstagaren alltid har rätt, då erbjudaren av tjänsten är expert inom sitt område. Emellertid krävs förståelse för kunden (Bergman, Klevsjö 1994).

Begreppet brukare innefattar i vårdsammanhang alla som är beroende av och påverkas av en medicinsk instans verksamhet och arbetsinsatser. Kvalitetsutveckling utgår, som tidigare nämnts, från brukarnas behov och önskemål. Varför dessa måste identifieras och tydliggöras (Spirapport, 1987). Konflikter mellan olika brukares behov bör tas hänsyn till för att orealistiska förväntningar skall kunna undvikas. Identifiering av intressenter och deras förväntningar kan göras genom enkätundersökningar, intervjuer, attitydundersökningar bland boende/anhöriga och personal, samt ur dokumentation av synpunkter (Spirapport, 1987).

#### 3.3.1 Strategier för påverkan

Enligt tämligen etablerad samhällsvetenskaplig teoribildning antas två huvudsakliga alternativ finnas för den som vill påverka sin situation. För det första kan någon form av protest avges. Detta kan ske på olika sätt och med varierande intensitet beroende på vad omständigheterna anses kräva. För det andra kan man välja en mer radikal strategi och utträda. I det förra fallet brukar man tala om "voice" som påverkansstrategi, i den senare om "exit" (Hirschman. I Äldreuppdraget 1997:7).

De båda strategierna är lämpliga i olika sammanhang. För den missnöjde kunden på marknaden är i regel "exit" att föredra. Med "voice" är det annorlunda. Den är mer nyansrik genom att den innehåller allting mellan diskreta antydningar till våldsamma protester. När det gäller de äldres påverkansmöjligheter inom äldreomsorgen är det naturligtvis "voice" som i första hand gäller. Inte bara därför att förekomsten av alternativ i regel är begränsade, utan även på grund av att de gamla till följd av sjukdom eller funktionshinder inte i samma utsträckning kan använda sig av "exit" strategin (Äldreuppdraget 1997:7).

#### 3.3.2 Påverkansnivåer

Enligt Möller (1997) finns det fyra nivåer där medborgare har möjlighet att påverka sin situation genom. Dessa är:



1. Nationell (riksdag, regering)
2. Kommunal (kommunfullmäktige)
3. Institution (styrelse eller samrådsgrupp)
4. Vardagen (frontpersonal)

De första två nivåerna är knutna till den möjlighet som samtliga vuxna har, att genom val utöva sin påverkansmöjlighet. Dessa nivåer är dock mer en politisk rättighet och hänger inte samman med rollen som brukare (Äldreuppdraget 1997:7).

Ett mer direkt inflytande kan brukare utöva genom den tredje och fjärde nivån. Den tredje nivån kallar Möller för ”den institutionella produktionsenheten”, det vill säga en särskild boendeform eller hemtjänst. Beslut på denna nivå är operativa och tillämpande. Här handlar det om former för brukaren att, själv eller tillsammans med andra, påverka verksamheten. Hur stort brukarinflytandet i praktiken är styrs på denna nivå av dels beslutsutrymmet (vad man har rätt att besluta om), dels av vilket inflytande andra intressegrupper (till exempel personal, fackliga organisationer eller politiska organ) har. På den fjärde nivån är det fråga om påverkan som kan ske i vardagens möte mellan brukare och vårdpersonal. Möller menar att påverkansmöjligheterna på denna nivå avgörs av personalens handlingsutrymme och professionella kompetens samt brukarnas känsla av beroende (Äldreuppdraget 1998:15).

### 3.3 Kvalitetssystem inom sjukvården

Kvalitetssystem innefattas av organisatorisk struktur, rutiner, processer och resurser som gemensamt skapar en grundläggande ordning och reda i verksamheten. Kvalitetssystem syftar även till att, så långt det är möjligt, förebygga skador, avvikelser och felbehandlingar samt identifiera och leda till åtgärder om de inträffar. Varje verksamhet behöver dock anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna och kvalitetssystemet bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens uppsatta kvalitetsmål (SOSFS 1998:8).

Omsorgen av äldre skall utformas utifrån en helhetssyn på individens samlade behov av service, vård och omsorg, samt tillgodose den enskildes sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov (SOSFS 1996:24). Varje verksamhet behöver dock anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna och kvalitetssystemet bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens uppsatta kvalitetsmål (SOSFS 1998:8).

Kvalitetssystem inom sjukvården skall säkerställa:

- att kvalitet och säkerhet i patientens vård och omhändertagande tillgodoses,
- att patienten och dennes närstående visas omtanke och respekt,
- att patientens värdighet och integritet tillgodoses,

- att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga, och
- att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas.

(SOSFS 1996:24)

Information om vård och omhändertagande påverkar patientens, anhörigas och andra intressenters förväntningar. Genom att eftersträva en överenskommelse med patienten, kan ansvarig vårdpersonal säkerställa att patienten fått information om möjliga behandlingar och att patienten har rimliga förväntningar på dessas effekter. Patientens egen roll, ansvar och medverkan i sin vård och behandling blir också tydlig. Genom utvecklade, tydliga och kända rutiner för hantering av förslag och klagomål underlättas kontakterna med patienten och därför bör patienterna få information om vart de ska vända sig, hur hanteringen går till och om eventuella resultat (SOSFS 1998:8).

Synpunkter och klagomål från den enskilde och/eller dennes närstående är en viktig informationskälla för att åtgärda brister för den enskilde samt för att identifiera områden som behöver förbättras (Punk- handboken). En lika viktig del av allt kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbete är att med hjälp av riskanalyser förebygga fel och brister och att med hjälp av avvikelshantering lära sig av de fel och misstag som begåtts. Systematisk kvalitetsutveckling är en ständigt pågående process och utmaningen ligger i att fortlöpande söka förbättringsmöjligheter och aldrig slå sig till ro (Punk- handboken). Grundtanken är att många inkrementella förbättringar över tiden ger en stor kumulativ effekt (Styhre. I Bejerot& Hasselbladh 2002). Kvalitetssystemet bör därför, enligt SOSFS 1998, innehålla rutiner och metoder för:

- hur förslag och klagomål från den enskilde och närstående tas om hand, utreds och vid behov åtgärdas,
- hur anmälan om missförhållanden, övergrepp och skada skall rapporteras, tas om hand och åtgärdas,
- identifiering, analys och bedömning av risker,
- identifiering av felaktigheter, skador och avvikelser som kan ha betydelse för kvaliteten
- hur orsaker till uppkomna fel eller brister åtgärdas, och
- hur erfarenheter från avvikelshanteringen återförs i förebyggande syfte

(SOSFS 1998:8)

Förslag och klagomål från patienter och anhöriga bör ses som en viktig återkoppling till verksamheten och väl utvecklade rutiner för hantering av dessa kan leda till kvalitetsvinster (SOSFS 1996:24). Kvalitetssäkringsarbetet bygger på personalens egen medverkan (Punk- handboken). De enskilda medarbetarna är vårdens basala resurs för att uppnå god kvalitet. Det är därför viktigt att deras kompetens utvecklas kontinuerligt för att möta förändringskraven i vården. Genom att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter för fortbildning och kompetensutveckling kan verksamhetens kontinuerliga utveckling säkras. God introduktion av ny personal i verksamheten är av största vikt och bör särskilt uppmärksammas (SOSFS 1996:24).

## 4. Information från det undersökta äldreboendet

### 4.1 Telefonintervju med Nicklas, medarbetare på Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning

”Socialstyrelsens föreskrift 1996:24 *Kvalitetssystem i Hälso- och Sjukvård* är just nu under revidering och förväntas bli klar vid årsskiftet. Den kommer i stort att se likadan ut men med vissa tillägg för brukarinflytande. Att den inte ändrats tidigare beror på att den fortfarande är aktuell, men vissa tillägg har redan gjorts såsom SOSFS 1998:8 *System för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten*”. Nicklas menar att diskussionen kring kvalitetsarbete under de senaste åren har tagit fart. Ekonomiska problem har tvingat politiker och förvaltningar att fokusera kring frågan vad besparningar har för effekter på kvaliteten, och brukarna som mottagare av dessa tjänster har i allt större grad involverats i diskussionen. Nicklas reagerar starkt på att jag använder mig av termen klagomål när jag talar om brukarinflytande. Han anser att det vore fel att begränsa begreppet brukarinflytande till klagomålshantering. ”Min erfarenhet är att om du ber någon att klaga så blir det tyst. Ställer du däremot frågan om de har en synpunkt eller en åsikt om en fråga kan du få ett uttömmande svar”. Han menar vidare att input från brukarna är grunden för allt kvalitetsutvecklingsarbete. ”Självklart ska de som får vård också vara med och bedöma kvaliteten på den tjänst de erhåller. Kvalitet för mig innebär att patientens förväntning och upplevelse av vården överensstämmer”.

Brukarinflytande ses idag som en demokratisk rättighetsfråga och Nicklas tror att denna fråga kommer att aktualiseras än mer ”nu när 40-talisterna närmar sig pensionsåldern. Den gruppen kommer att ställa högre krav på en individuellt anpassad vård och detta måste vi kunna möta, genom att utveckla kanaler för dem att påverka sin livssituation. De äldre blir fler och fler, håller sig vitalare, samt har andra värderingar än dagens gamla” och denna utveckling måste äldreomsorgen hålla sig ajour med. ”Den svenska äldreomsorgen ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet”. Nicklas hänvisar till Socialtjänstlagen, som är den lag som reglerar kommunernas skyldigheter vad gäller sociala tjänster till medborgarna. ”I den föreskrivs att brukarna av kommunala tjänster såsom äldreomsorg ska ges möjlighet till delaktighet i planeringen av sina vårdinsatser”.

Socialstyrelsens uppgift är att se till att de beslut som riksdag och regering fattar implementeras, men även kontrollera att besluten i praktiken efterlevs. På uppdrag av regeringen rapporterar Socialstyrelsen varje år om hur läget ser ut inom bland annat äldreomsorgen och Nicklas betraktar Socialstyrelsen som en brygga mellan beslutsfattare och verksamhetsutövare. ”Men vi lägger oss inte i den exakta utformningen av kvalitetssystemen. Varje verksamhet ska själv anpassa sina kvalitetssystem efter den egna verksamhetens förutsättningar och de ska inte vara mer omfattande än nödvändigt för att uppfylla den av vårdgivaren (kommunen) föreskrivna kvalitetsmålsättningen”.

## 4.2 Intervju med Karin, äldreboendets verksamhetschef

Äldreboendets vision, enligt informationsfoldern, är: *att erbjuda individuellt anpassad vård och omsorg efter den boendes omvårdnadsbehov. Vi ska i nära samverkan med de boende och anhöriga verka för att de får en trygg och meningsfull ålderdom. Verksamheten ska kännetecknas av hög kvalitet, kontinuitet och integritet.*

Karin anser att det är väldigt viktigt att involvera de boende och dess anhöriga i vård och omsorgsplaneringen, ”då det är dem vår verksamhet är till för. De gamlas hem är vår arbetsplats och vi som arbetar på äldreboendet finns till för att ge de boende en god omvårdnad och omsorg. Vården och omsorgen ska vara individuellt anpassad utifrån ett helhetsperspektiv, där de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven beaktas”.

”Vår målsättning är att våra kunder ska känna att de kan lämna synpunkter, förslag och klagomål, och självfallet ska dessa beaktas, åtgärdas och återkopplas i verksamheten”. Det skapar, enligt Karin, trygghet och trovärdighet, samtidigt som det är utvecklande för den egna verksamheten att kvalitetssäkra kontinuerligt.

De kanaler som äldreboendet använder sig av för att ta tillvara på synpunkter, förslag och klagomål är: vårdplanering, anhörigmöten, kontaktmannaskap, kommunala enkätundersökningar, samt att det finns svarskort (blanketter) placerade vid entrén som både de boende men även dess anhöriga lätt kan fylla i och lämna in i den utställda brevlådan. ”Det är viktigt att vi tar till oss synpunkter och klagomål, men naturligtvis kan vi inte i praktiken tillgodose allas önskemål även om det är vår målsättning. Vill till exempel en boende åka till ett badhus så har vi inte tillräckliga resurser för att tillgodose hennes önskemål. Ställer de anhöriga upp och tar henne dit är det välkommet, men det kan inte förväntas av oss att vi ska undvara någon ur personalen under många timmar. Så det finns gränser för vad som kan förväntas av oss”, dessa gränser sätts av verksamhetsramen.

”90 procent av alla klagomål bottnar i bristande kommunikation. Det är därför viktigt att vi är tydliga i vår information, så att de boende och de anhöriga på förhand vet vad de kan förvänta sig av tiden här. Men självfallet ska vi ta till oss deras synpunkter och i bästa möjliga mån försöka tillgodose dem alla.”

### 4.2.1 Vårdplanering

I samband med att den äldre flyttar in på äldreboendet (kommunen har nu alltså fastställt ett vårdbehov samt beviljat dess insatser) vidtas en planering om hur dessa insatser i praktiken skall ges. En vårdplanering skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen ske senast tre veckor från det att den boende flyttat in. De som närvarar vid ett sådant möte är förutom vårdmottagaren själv en: sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, och en ur personalen tilldelad kontaktman. Om vårdmottagaren önskar kan även anhöriga och läkare bjudas in till mötet. Planeringen av omsorgen bör, enligt Karin, ses som ett tillfälle för den enskilde att påverka sin situation. ”Vårdplanen ska ses som ett gemensamt arbete där vi tillsammans diskuterar vad vi förväntar oss av tiden tillsammans. Det är jätte viktigt att vi har en öppen och rak kommunikation, men även att

samtliga känner sig nöjda med det vi kommit fram till. Vi ska fastställa hur den faktiska vårdplanen ska se ut och denna vårdplan kan sedan likställas med ett kontrakt mellan den boende och oss”.

Den utformade vårdplanen signeras av deltagarna i mötet och kan därigenom ses som ett kontrakt mellan vårdgivare och vårdmottagare. Teoretiskt sett kan detta kontrakt ligga grund för ett överklagande från den boendes sida i de fall det finns brister i verkställandet av beslut. ”Det är därför det är så viktigt att informationen om vad vi kan bistå med är tydlig, så att boende och anhöriga inte har en orealistisk bild. Vi kan inte utlova några underverk, men vi gör vårt bästa för att ge den boende en så trygg och bra omvårdnad som möjligt”.

Vårdplanering är inte en engångsföreteelse, utan den följs upp var tredje månad om inte en tillståndsförändring av den boende skett under tiden. Förändras vårdmottagarens behov av omvårdnad drastiskt skall vårdplanen revideras så att den hålls ajour med den boendes hälsotillstånd. Den vårdplanering som görs kan ses som den arbetsplan som vårdpersonalen förväntas följa, då syftet med den är att den förmedlas vidare till omvårdnadspersonalen på den aktuella avdelningen. Alla boende har en personlig pärm där medicinsk- och omvårdnadshistorik kan utläsas. Den medicinska dokumentationen har sjuksköterskorna hand om och den förvaras i ett låsbart skåp i sköterskeexpeditionen. Den pärm där information om den boendes omvårdnadsdirektiv finns dokumenterad återfinns i personalrummet på den aktuella avdelningen. Den förväntas personalen att läsa, men även fylla på med anteckningar om hur arbetet med den dagliga omvårdnaden förflyter. ”Sker något extraordinärt, hur liten avvikelse det än är från den dagliga handlingsplanen, ska det *absolut* dokumenteras i den personliga pärmen. Vi har ett talesätt inom vården som är: står det ingenstans så har det inte hänt”.

#### 4.2.2 Kontaktmannaskap

För att skapa kontinuitet med såväl boende som anhöriga så tillämpas kontaktmannaskap. Det innebär att en person, men vanligtvis två, ur avdelningspersonalen ansvarar för den boende. Antalet boende per kontaktman är 2-4 stycken. Vilka som blir vårdmottagarens kontaktmän sker till en början slumpvis då de tenderar ”följa med rummet” (det måste ”ha lämnat” *..läs dött..* en boende för att någon ny skall kunna flytta in). ”Viktigt är att personkemin fungerar mellan den boende och kontaktmannen. Ibland händer det efter ett tag att den boende eller någon i personalen ber om att sinsemellan få byta kontaktperson, då de kommer så bra överens med en annan i personalen eller annan boende som de inte ansvarar för. Det brukar då nästan alltid kunna lösas. Vår uppgift och ansvar är ju att leverera hjälp och trygghet, så vi försöker anpassa oss efter den boende i den mån det är möjligt”.

”Fördelen med kontaktmannaskap är att man bygger upp en relation mellan den boende och den som skall stå för omvårdnaden”. Genom att samma personal ansvarar för en och samma boende kan förändringar i vårdbehovet snabbt uppmärksammas och åtgärdas, de boende ibland kan vara förhindrade av sjukdom eller ork att bevaka sina egna intressen. Då utgör kontaktmannaskap ”den kontinuitet som är a och o för en fungerande omvårdnad. Vi måste kunna följa de boendes utveckling och genom att kontinuerlig bevaka deras tillstånd kan vi tidigt uppmärksamma om försämring skett och snabbt sätta in extraåtgärder”. En annan fördel som uppnås genom

kontaktmannaskap är att den boende känner sig trygg. ”Då vi eftersträvar att bygga upp en relation mellan den boende och personalen hoppas vi att den boende därigenom upplever sig få en trogen förlängd arm. Det är speciellt viktigt när man arbetar med äldre då de inte alltid själva av hälsoskäl är kapabla till att föra sin talan”. Det är alltså tänkt att kontaktmannen skall snappa upp den äldres uttalade och outtalade behov. ”Kontaktmannen ska genom sin dagliga kontakt med den boende kunna förutse vad denne behöver, och det i sin tur skapar en lugnare och tryggare vardag för den boende”.

#### *4.2.3 Anhörigmöten*

Vid anhörigmöten närvarar de boendes kontaktperson, sjuksköterska och verksamhetschefen. Anhörigmöten hålls två till tre gånger om året och syftet med dessa är att informera de anhöriga om verksamhetsutvecklingen sedan föregående möte. ”Huvudsyftet är att informera om verksamheten, men ofta vill de anhöriga ha enskilda samtal och då försöker man ge utrymme åt det. Det är nästintill oundvikligt att det under dessa möten kommer upp frågor och tyckande från de anhöriga, men oftast är de synpunkter i bara positiva ordalag”.

Tidigare, när äldreboendet var under privat regi, startade de anhöriga på eget initiativ ett Anhörigråd för att bevaka de boendes intressen. Nu när äldreboendet åter är under kommunal regi har Anhörigrådet splittrats. Det beror, enligt Karin, på att vård och omsorgsarbetet nu är så väl fungerande att det inte längre finns något behov av rådet.

#### *4.2.4 Svarskort och enkätundersökningar*

Vid ena entréväggen på äldreboendet finns en anslagstavla där rutiner för klagomålshantering finns upphängd tillsammans med blanketter för synpunkter/ klagomål. Har de boende eller deras anhöriga synpunkter, förslag eller klagomål kan de lätt ta en blankett från väggen för att sedan fylla i och lämna in den i den utställda brevlådan. På blanketten finns tio tomma rader där synpunkter kan fyllas i. Naturligtvis får man vara anonym men utrymme finns för att fylla i namn om man önskar bli kontaktad. Har den boende eller anhöriga fyllt i sitt namn ska åtgärden återkopplas till vederbörande inom en vecka. Baksidan av blanketten är till för verksamhetschefen, då det är hon som tar emot de inkomna synpunkterna. Efter att Karin läst den inkomna talongen skall hon på baksidan notera de vidtagna åtgärderna, samt hur uppföljning och återkoppling är tänkt att ske. Svarskortet sparas sedan i en speciell pärm för att det överhuvudtaget skall vara möjligt att göra en uppföljning. Två gånger om året, den 30/6 och 31/12, skickas alla inkomna klagomål vidare till kommunens produktionsenhet för uppföljning.

”Om jag får in muntliga synpunkter, förslag eller klagomål måste jag först besluta allvarsgraden i det framkomna. Är det en bagatell som kan åtgärdas på direkten gör jag det, men gäller det något allvarigare så är det min uppgift att skriva ner det i ett svarskort och behandla ärendet som om det vore en inkommen talong”. Även i detta fall gäller principen att vederbörande skall kunna förvänta sig att få information om hur ”problemet” tänkts att åtgärdas inom en vecka.

Utöver denna möjlighet till att lämna sina synpunkter, förslag och klagomål finns det även på anslagstavlan information om andra tillvägagångssätt för den boende och dess anhöriga att lämna in synpunkter. ”Meningen är att de boende och dess anhöriga skall känna att de kan vända sig

direkt till oss om det är något, men ibland kan det upplevas som svårt då man är rädd för att verka jobbig. Det väsentliga är att vi får in synpunkterna och hur vi får in dem är sekundärt i sammanhanget”. De kontakter som finns på anslagstavlan om man vill vända sig till en annan instans med sina synpunkter/ klagomål är: telefonnummer och information om Patientnämnden (före detta Förtroendenämnden), telefonnummer och upplysning om Socialkontoret, samt telefonnummer och information om Äldreombudsmannen.

Äldreboendet lämnar årligen på uppdrag åt kommunen ut enkäter till både boende och anhöriga som sedan lämnas till kommunen för utvärdering. ”Det är ett sätt för kommunen att kvalitetssäkra sin verksamhet och få klarhet i hur boende och anhöriga upplever att det ser ut. Via undersökningarna får vi en lägesrapport och en antydning om vad vi bör förbättra. Det är viktigt att vi ständigt strävar efter att bli bättre”.

Karin har en positiv syn på de förslag och klagomål som kommer in från boende och dess anhöriga. Hon ser det inte som klagomål i negativ bemärkelse, utan som ett sätt att förbättra verksamheten och ett sätt för den boende att göra sin röst hörd. Hon anser att äldreboendet har tillräckligt med kanaler för att ta till vara på de boendes och dess anhörigas önskemål, om än inte alla i slutändan kan uppfyllas. När ett klagomål rapporteras tar hon varje inkommet fall på fullaste allvar och kontrollerar händelsen noggrant innan hon tar ställning och vidtar åtgärder. Via dokumentation kan en hel del information fås och det är därför den är så viktig för kvalitetsarbete.

Som exempel på ett nyligen inkommet klagomål nämner Karin en boende som ansåg att personalen ignorerat hennes larmningar. ”När en boende trycker på sitt personliga larm förväntar jag mig att personalen genast ska kontrollera hur det står till med den boende”. Efter en bakgrunds undersökning som byggde på journalgenomgång, samtal med personal och kontroll av antal larm ringningar, så kunde det konstateras att den boende larmat cirka var sjunde minut under en hel helg. ”Det kunde härledas till att vi på prov förändrade medicineringsdosen av lugnande och att personalen i det läget inte svarat på samtliga larm är fullt förståeligt. De har ju även andra att ta hand om”.

#### 4.3 Intervju med Marit, sjuksköterska på äldreboendet

På dagen arbetar tre sjuksköterskor tillsammans för att täcka 40 boendes vårdbehov. Nattetid är bemanningen en sjuksköterska och två undersköterskor på äldreboendet, men genom uppdelade ansvarsområden tar de gemensamt hand om de boende. Sjuksköterskorna som arbetar dagtid har varsin avdelning med tio boende som de ansvarar för, men de känner samtliga på äldreboendet och rycker in vart än de behövs. ”Som sjuksköterska kan mina arbetsuppgifter delas in i fyra huvuduppgifter: att vara patient och omvårdnadsansvarig för mina tio boende om än jag rycker in där det behövs, att dokumentera händelser på huset enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, att konsultera och vara den medicinskt ansvariga när jag blir kallad till en boende, samt att fungera som arbetsledare för omvårdnadspersonalen”. Sjuksköterskornas arbete handlar alltså utöver ansvaret för medicinering även om att vara arbetsledare till omvårdnadspersonal/ undersköterskor. ”När jag arbetar är det jag som är ytterst ansvarig för att arbetet på avdelningen fungerar. Om jag

delegerat ut en arbetsuppgift till en undersköterska måste jag även kontrollera att de genomförs, så det blir en hel del spring till avdelningarna både i syfte att delegera och kontrollera”.

Marit har arbetat som sjuksköterska i cirka 20 år och hon upplever att alltmer av hennes tidigare omvårdnadsuppgifter, såsom omläggning av sår med flera, delegeras ut till undersköterskorna. Sjuksköterskeyrket menar Marit har blivit en alltmer kontorsliknande profession. Hon tror att det bottnar i att kvalitetssäkring blivit så på modet. ”Den av Hälso- och sjukvårdslagen ålagda dokumentationen tar allt mer tid i anspråk, om jag förr satt cirka en halvtimme om dagen dokumenterar jag idag närmare tre timmar. Principen är att om det inte står någonstans har det inte hänt. Detta har nästan tagit sig i absurda uttryck. Exempelvis så måste en tablett från det att den låses ut från medicinskåpet i sjuksköterskeexpeditionen genomgå fyra signeringar innan den hamnar i den boendes mun, och då ska det tilläggas att de flesta av våra 40 boende har betydligt fler än en tablett”. Kvalitetsarbete likställer Marit alltså till stor del med pappersarbete.

På min fråga om hur hon ser på patientinflytande svarar Marit att det är självklart att de boende så långt det är möjligt ska göras delaktiga i utformningen av omvårdnaden. ”Vi människor är alla olika och tycker olika om saker, så det underlättar ju för alla parter om vi vet vad den boende tycker om. För då kan vi på förhand veta hur vi ska förhålla oss till den boende. Däremot finns det områden som vi är specialister på, såsom medicinering. Ibland kan det på vårdplaneringarna från anhöriga komma upp synpunkter som; att de inte anser att mamma behöver 10 tabletter om dagen, eller att de vill dra ner på den lugnande medicineringen. Det är inte alltid lätt att möta sådan kritik”. Marit berättar vidare ”att de anhöriga kan ha svårt att acceptera att deras mor eller far är gammal och sjuk. Vi ger vård i livets slutskede och om den anhöriga vägrar inse det, så kan åsiktsskiljaktigheter uppstå i hur omvårdnaden ska se ut”. Marit menar att många väntat länge för att få en plats på äldreboendet och när de äntligen kan flytta in ”tror man att vi ska kunna göra underverk”. Det är därför viktigt att den informationen som den boende och dess anhöriga får är korrekt och inte på något vis är förskönande då det annars lätt kan leda till besvikelse.

#### 4.4 Intervju med Paula, undersköterska på äldreboendet

På varje avdelning arbetar dagtid två till tre undersköterskor för att ta hand om tio boende. ”Även om det kan låta som många per boende är det full rulle hela dagen. När man arbetar med människor vet man aldrig vad som kommer att hända, och otroligt nog händer det hela tiden saker. Vi har aldrig en lugn stund och är vi bara två som jobbar blir det riktigt stressigt”. Paula berättar att sparkrav inom äldreboendet inneburit att bemanningen på avdelningarna minskat. Förr var de tre som arbetade hela dagen. Idag är bemanningen endast tre vid de kritiska tidpunkterna; morgon och kväll, då de boende skall tas upp respektive läggas. Under de övriga timmarna förväntas två personer vara fullt tillräckligt för att ta hand om de boende. Paula tycker även att de boende blivit ”tyngre”. ”De nya som kommer är ofta i ganska så dåligt skick och inte sällan beroende av total omvårdnad”.



På min fråga om det finns rutiner för att involvera de äldre i utformningen av vården svarar Paula ”det är väl det vårdplaneringen är till för, då träffas syrran, de utsedda kontaktpersonerna, den boende och om den boende vill även dess anhöriga, annars vet jag inte riktigt...”. Jag frågar vidare om hur hon anser att synpunkter från de boende mottas av personalen. ”Det beror lite på vad det är. Synpunkter kan ju vara allt från att en boende tycker att hon inte fått sitta på toaletten tillräckligt länge till att vilja ha en extra smärtstillande tablett. Ber exempelvis en boende mig att ta med dem ut i trädgården, är det klart att jag i mån av tid försöker göra det. Rutinen är väl att jag först gör en bedömning om hur allvarligt vi ska ta på det hela. Behöver jag råd vänder jag mig i första hand till mina kollegor på avdelningen. Kommer vi inte fram till något eller det handlar om medicinska frågor, så vänder jag mig direkt till den ansvariga syrran”.

Paula menar att det inte alltid är den boende som kommer med synpunkter, utan det är ofta personalen på avdelningen som uppmärksammar en försämring av den boendes tillstånd som kanske kräver extraåtgärder i form av insättning av näringsdryck, eller andra extra insatta resurser såsom fallbälte eller rullstol. ”Eftersom vi jobbar så nära de boende lär man känna dem och deras behov väl. Efter ett tag lär man sig tyda signalerna och man vet ofta redan innan den boende själv när det är dags att gå på toaletten”.

På frågan om hon hört eller känner till begrepp som kvalitetssäkring och brukarinflytande svarar Paula att hon inte är så värst insatt. ”Mitt jobb är ju att ta hand om de boende och ge dem en så bra tillvaro som möjligt. Jag vet att vi ibland har kvalitetsmöten, men jag tycker ofta att de bara består av en massa snack. De borde ge oss resurser istället så att vi kan ta oss tid till att bara sätta oss ner och snacka med de boende. Det om nått ger väl livskvalitet. Jag tycker verkligen att jag har världens härligaste jobb. Men ibland när jag går härifrån kan jag känna mig otillräcklig, jag kunde kanske ha gjort mer. Det är tungt”.

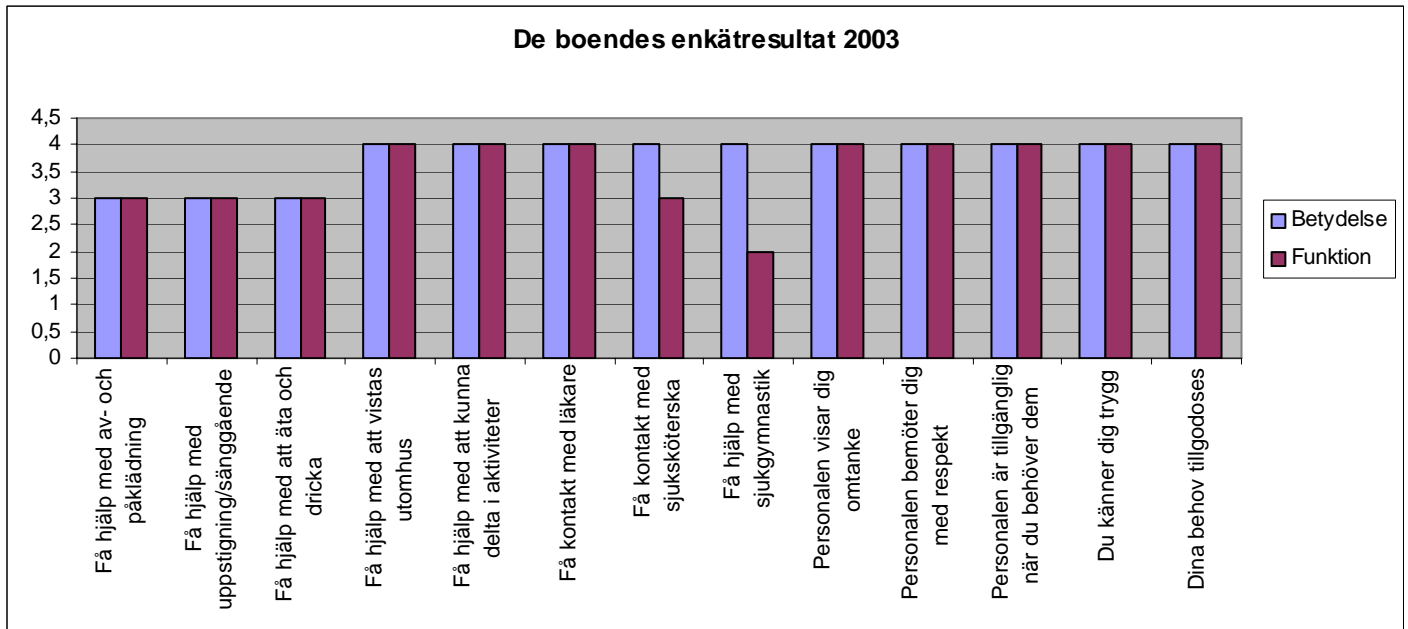
#### 4.5 Analys av Danderydkommuns enkätundersökning från åren 2003 och 2004

De enkätundersökningar som Danderydkommun gjort år 2003 och 2004 bygger på en rad frågeställningar angående den operativa verksamheten. De boende och dess anhöriga har tillfrågats om vad de anser vara av vikt för att den äldres vardag skall vara så kvalitativ som möjligt. Vidare har brukarna fått svara på ett antal frågor om hur de anser att verkställandet av dessa funktioner fungerar idag. Poängen är alltså att ställa dessa funktioner av *betydelse* mot den *upplevda funktionen* för att se om överensstämmelse eller brist på överensstämmelse finns. Visar det sig finnas brist på överensstämmelse är det sedan dessa områden som bör prioriteras i kvalitetsutvecklingsarbetet.

Undersökningsmaterialet visar att de funktioner som betraktas som viktiga skiljer sig åt beroende av vem som tillfrågats. De boende och de anhöriga har med andra ord inte samma syn på vad som

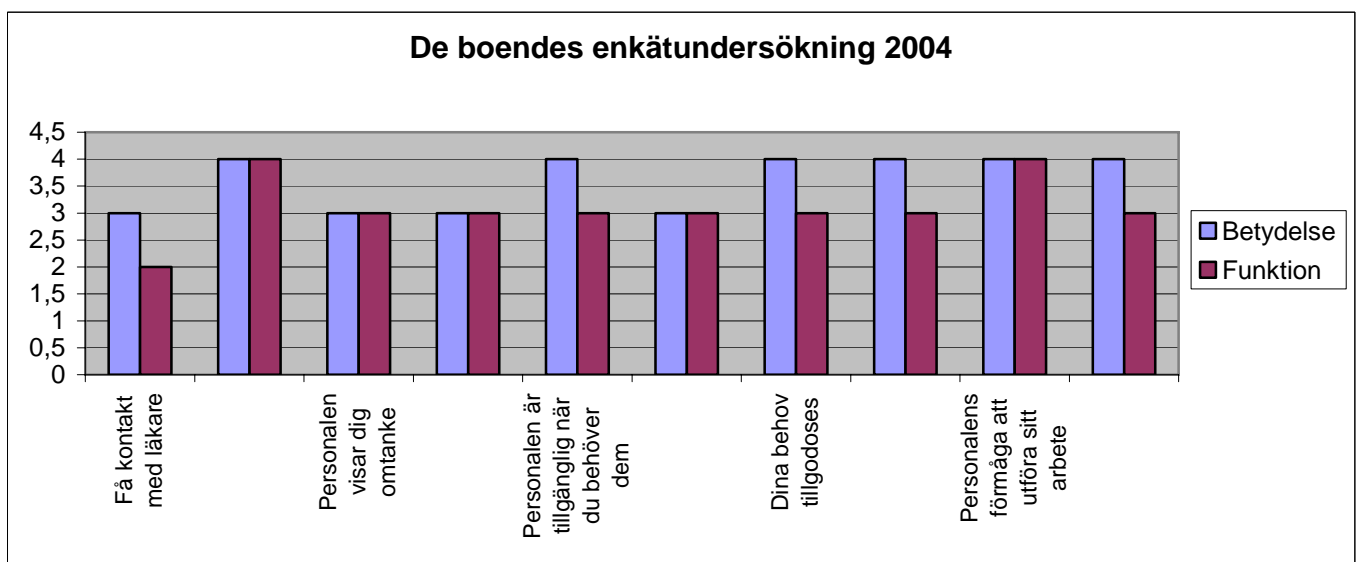
är väsentligt för att vården och omsorgen skall upplevas som god. Det kan även konstateras att de anhöriga i högre grad än de boende tenderar vara kritiska gentemot äldreboendets omvårdnadsarbete.

#### 4.5.1 De boendes enkätresultat



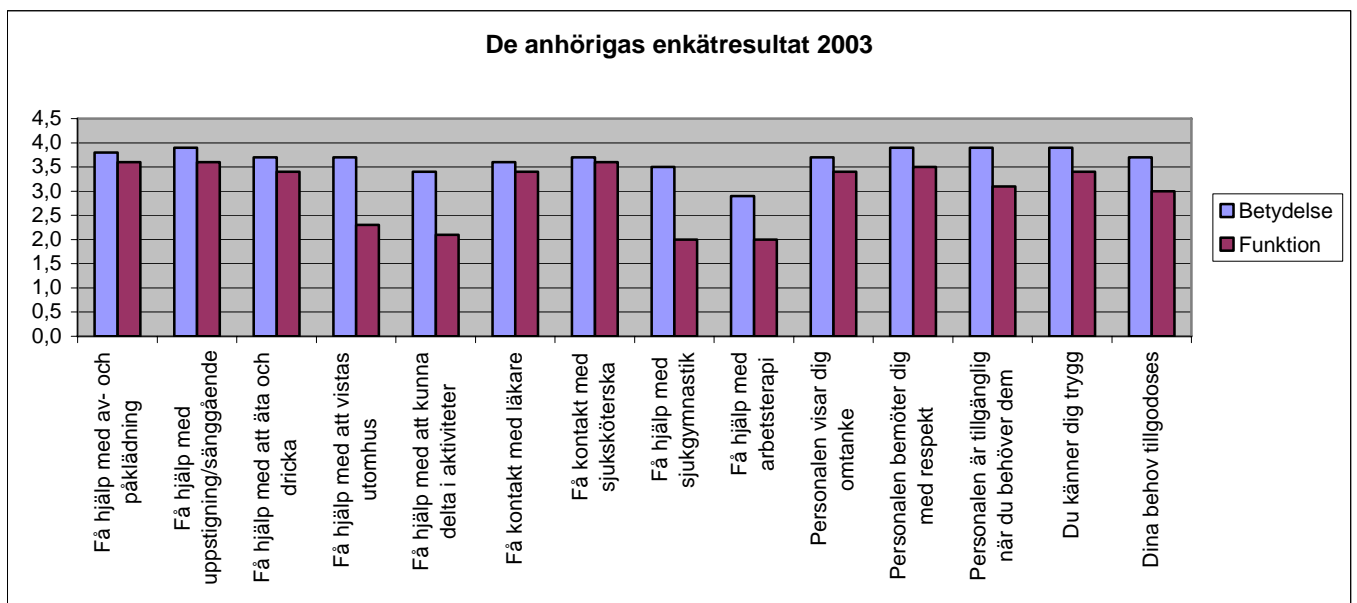
Källa: Danderydkommuns enkätundersökning 2003

Studien av 2003 enkätundersökning visar på att den praktiska omvårdnaden i form av; att få hjälp med av- och påklädning, uppstigning/läggande, samt hjälp med att vistas utomhus, prioriteras en aningen lägre än att få de sociala, sällskapliga och trygghetsbehoven tillfredställda. På endast två punkter uppstod enligt undersökningsresultatet brist på överensstämmelse mellan de boendes syn på betydelsen av- och upplevelsen av funktionen. De områden som de boende upplevde att det fanns brister i den erhållna servicen var hos arbetsterapeuten och sjukgymnasten. Differensen mellan betydelse och upplevelse av funktionen; gällande hjälp från arbetsterapeuten är hela  $-2,0$ , medan differensen gällande sjukgymnastens hjälp ligger på  $-1,0$ .

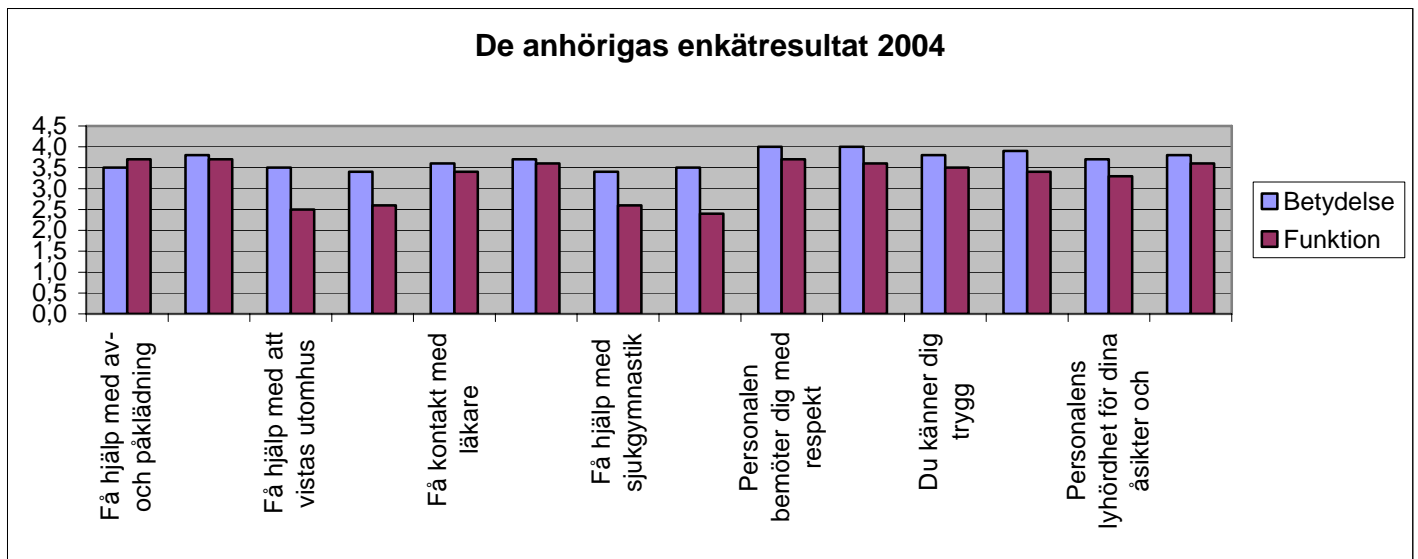


Resultatet av enkätundersökningen från 2004 visar att antalet funktioner där differens i den boendes syn på betydelsen av- och det faktiska utförandet av funktionen ökat på ett flertal områden. De brister som de boende däremot upplevde 2003 gällande kontakten med arbetsterapeuten och sjukgymnasten är inte längre aktuella, då de båda funktionerna 2004 levde upp till de boendes förväntningar. Däremot upplever de boende följande brister: få kontakt med läkare, personalens tillgänglighet när de behöver dem, att behoven tillgodoses, personalens lyhördhet för åsikter och synpunkter, samt brister i att få relevant information från verksamheten. Samtliga funktioner har en differens på  $-1.0$ .

#### 4.5.2 De anhörigas enkätresultat



Resultatet av de anhörigas enkätundersökning visar att äldreboendet inte på en enda funktion lyckas motsvara betydelsen av funktionen. Mest missnöje riktas mot aktiviteterna. Differensen när det gäller att vistas utomhus är  $-1.5$  och differensen gällande möjligheten att få hjälp med att kunna delta i aktiviteter är  $-1.3$ . De funktioner som bäst överensstämmer med betydelsen var omvårdnaden av de basala behoven. Även personalens bemötande fick relativt gott omdöme.



2004 har äldreboendet tagit till sig kritiken från de anhöriga om aktiviteter för de äldre, vilket kan ses genom att differensen för både; aktiviteter utomhus, och hjälp med att kunna delta i aktiviteter, minskat till  $-1.0$  respektive  $-0.6$ . Men fortfarande lever inte de båda funktionerna upp till den nivå som de anhöriga önskar att antalet aktiviteter bör ligga på. Även aktivitetsforumen arbetsterapi och sjukgymnastik anser de anhöriga att de boende borde bruka i högre grad. Anhöriga rankar likväl som de boende trygghet högst och betraktar aktiviteter som sekundärt, om än det i de anhörigas svarsenkäter framkommer mest brist på överensstämmelse mellan betydelsen av aktiviteter och det faktiska genomförandet av dessa på äldreboendet. Intressant är att anhöriga anser funktionen att få hjälp med av- och påklädning, vara bättre genomförd än betydelsen av utförandet.

#### 4.5.3 Sammanfattning av enkätundersökningsresultatet

När det gäller de boendes syn på äldreboendet så har en viss försämring skett mellan åren 2003 och 2004. Under 2003 var differensen mellan den totala betydelsen (3.8) och den totala upplevelsen av funktionerna (3.6) endast  $-0.2$ . Ett år senare har betydelsen minskat till 3.6 och funktionen till 3.2, vilket lett till ökad differens ( $-0.4$ ). För de anhöriga talar siffrorna däremot ett annat språk. Både 2003 och 2004 har de anhöriga varit mer konsekventa när det gäller besvarandet av betydelsen av en viss funktion och det sammanlagda resultatet av betydelsen var 3.7. De anhöriga anser att verksamheten blivit bättre när det gäller utförandet av vård och omsorgsarbetet på det undersökta äldreboendet då den totala differensen visar plus 0.3.

För att få en uppfattning om dessa i enkätstudien framkomna siffror är representativa har jag jämfört resultaten från det aktuella undersökningsobjektet med de övriga kommunala äldreboendena i Danderydskommun. Dessa undersökningar visar alla enhälligt på att det som de boende och anhöriga prioriterar högst är social samvaro och trygghet. I likhet med enkätresultaten

från mitt undersökningsobjekt har de anhöriga på de övriga äldreboendena önsknings om att fler aktiviteter ska finnas för de boende, då dessa funktioner visar på stor brist i överensstämmelse mellan betydelse och funktion. De boende prioriterar i högre utsträckning social samvaro och trygghet. Endast ett äldreboende fick under 2003 svarsresultat som visar på att brukarna (både boende och anhöriga) upplevde att det faktiska vård och omsorgsarbetet överensstämde med förväntningarna. De övriga tre undersökta äldreboendena hade i likhet med mitt undersökningsobjekt en negativ differens mellan upplevelse och utförande av vård och omsorgsarbetet.

## 5. Mina erfarenheter som timvikarie på äldreboendet

Jag har under tre års tid vid sidan av mina studier arbetat extra som timvikarie på det undersökta äldreboendet. Intressant är att jag inte en enda gång under alla dessa år hört termerna brukarinflytande eller kvalitet nämnas. Det är snarare underförstått att vi i personalen förväntas ge de boende en så trygg och god omvårdnad som möjligt.

När jag började arbeta på äldreboendet hade jag en inskolningsperiod under en vecka för att lära mig rutinerna för arbetsuppgifterna samt lära känna de boende. Under denna vecka gick jag dubbelt med mina arbetskolligor och lärde mig arbetsuppgifterna genom att titta på hur de arbetade. Jag upplevde att synen på omvårdnadsarbete bland personalen var att det handlade om sunt bondförnuft. Att omvårdnadsarbete skulle bygga på fasta rutiner och metoder har jag inte kommit i kontakt med förrän jag påbörjade denna studie. Plötsligt så använde sig verksamhetschefen, samt arbetsledaren för omvårdnadspersonalen (avdelningssjuksköterskan) sig av termer som brukarinflytande, kvalitetssystem och kvalitetssäkring.

Jag har i och med denna studie även på ett helt annat sätt börjat ta till mig skriftlig information. Fortfarande kan jag häpnas över den mängd information i pappersformat som finns i personalrummen. Samtliga bordsytor är täckta med papper, på hyllorna står pärmar i rad och anslagstavlan är full av nålar med flertalet pappersark hängandes på varje nål. När jag i samband med denna studie började gå igenom denna information så förvånades jag över det faktum att det för så gott som alla arbetsuppgifter fanns fastställda rutiner och metoder för utförandet av arbetsuppgifterna. Det intressanta är att jag aldrig sett någon av mina kollegor läsa dessa papper. Istället fungerar arbetet i verkligheten som så, att var gång en medarbetare går på ett arbetspass så samlas personalen för att ge en kort muntlig lägesrapport om de boende och deras hälsotillstånd. Det verkar som om det inom vården talas två vitt skilda språk. Ett officiellt där vikten av bland annat; kvalitet, fasta rutiner och brukarinflytande betonas, samt ett inofficiellt språk som snarare handlar om att ge varandra den nödvändiga information om de boende så att omvårdnadsarbetet underlättas.

Genom att involvera de boende i omvårdnadsarbetet så underlättas utförandet av arbetssystemen, och det faller sig därav naturligt för personalen att göra dem så delaktiga i vård och omsorgsarbetet som möjligt. Att involvera brukare tenderar, enligt min mening, bland kollegor begränsas till att innebära att den boende tillfrågas om den kan "hjälpa till" vid genomförandet av det praktiska omvårdnadsarbetet. Exempelvis såsom att "lyfta på rumpan" när blöja skall bytas.

De synpunkter eller önskemål som de boende eller dess anhöriga kan komma med kan gälla allt från att "mamma vill ha oliver till maten", till att den boende efter duschning önskar få håret upplagt på spolar. Bemötandet av önskemål sker alltid med en trevlig ton men vad den faktiska åtgärden blir tenderar bero på vem i personalen den boende eller dess anhöriga vänder sig till, samt om personalen anser sig ha tid eller möjlighet till att utföra önskemålet.

## 6. Analys

### 6.1 Brukarinflytande

Det är kommunen, i egenskap av vårdgivare, som fastställer de mål och policyn som dess kommunala verksamheter ska leva upp till. Det framtagna kvalitetssystemet utgör i sin tur ett stöd för verksamhetschefen<sup>20</sup>, Karin, så att hon ska kunna styra verksamheten mot de uppsatta målen. Det är även Karin, som inom befintliga resurser skall ta fram ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten, så att verksamheten kan nå de av vårdgivaren uppsatta målen<sup>21</sup>. Att utvärdera och vidta lämpliga förbättringsåtgärder ligger med andra ord både på kommunens och Karins bord. När det gäller sjukvården kan det även finnas andra intressenter såsom myndigheter, som genom direktiv kan ge upphov till förbättringsåtgärder. Ytterligare en viktig källa som kan leda till förbättringsåtgärder är de synpunkter som de boende och/ eller dess anhöriga kan ha angående vård- och omsorgsarbetet<sup>22</sup>.

Att kommuner idag efterfrågar kvalitet i så hög utsträckning bottnar, enligt Nicklas från Socialstyrelsen, i de tunga besparingar som vården under senare år tvingats genomföra. Dels vill kommunerna ha effektiva kvalitetssystem för att få ut så mycket som möjligt av varje skattekrona, men även för att garantera att myndigheters nationella föreskrifter och rekommendationer efterlevs. Även undersköterska Paula omnämner vårdens sparkrav. Hon menar att det undersökta äldreboendet för att klara de uppsatta sparkraven skurit ner på bemanningen. I dag förväntas två personer per avdelning med tio boende vara tillräckligt vid de mindre kritiska tidpunkterna, till skillnad mot de tidigare tre. ”Vi har aldrig en lugn stund och är vi bara två som jobbar blir det riktigt stressigt”<sup>23</sup>

När det gäller vikten av att involvera brukarna i vård och omsorgsarbetet är samtliga respondenter överens, om än de ger olika förklaringar till varför det är viktigt. Nicklas, socialstyrelsen, ser brukarinflytande som en demokratisk rättighet. Karin, verksamhetschef, ser brukarinflytande som ett sätt att bidra till att den egna verksamheten förbättras. Medan sjuksköterska Marit och undersköterska Paula däremot betonar de praktiska fördelarna som brukarinflytande innebär för den operativa verksamheten. ”Vi människor är alla olika och tycker olika om saker, så det underlättar ju för alla parter om vi vet vad den boende tycker om. För då kan vi på förhand veta hur vi ska förhålla oss till den boende”<sup>24</sup>.

### 6.2 Kanaler för brukarinflytande

Enligt Hirschman finns det främst två former av påverkansstrategier som den som vill utöva påtryckning kan använda sig av. Den ena strategin kallas ”exit” och innebär att brukaren visar sitt missnöje genom att överge tillhandahållaren av tjänsten. När det gäller de äldres möjligheter till

---

<sup>20</sup> SOSFS 1998:8

<sup>21</sup> Punk- handboken

<sup>22</sup> Punk- handboken

<sup>23</sup> Intervju med Paula; undersköterska.

<sup>24</sup> Intervju med Marit; sjuksköterska.

att utöva påverkan genom "exit" strategin är dessa ganska begränsade. Ofta är de i för dåligt skick för att lämna äldreboendet, så istället är det i första hand strategin "voice" som de kan använda sig av. Strategin "voice" är mer nyansrik och innefattar alla missnöjesyttringar från diskreta antydningar till våldsamma protester<sup>25</sup>. Det finns olika nivåer brukarna kan vända sig till för att utöva "voice" strategin. Dessa är enligt Möller (1997):

1. Nationell (riksdag, regering)
2. Kommunal (kommunfullmäktige)
3. Institution (styrelse eller samrådsgrupp)
4. Vardagen (frontpersonal)

Det är främst via nivå tre och fyra som mer direkt brukarinflytande kan utövas. Med brukarinflytande på den tredje nivån menar Möller att det handlar om beslut som är operativa och tillämpliga. På den fjärde nivån handlar det däremot mer om påverkan som sker i det dagliga mötet mellan brukare och vårdpersonal<sup>26</sup>.

Brukarinflytande genom nivå tre möjliggör det undersökta äldreboendet genom att på anslagstavlan vid entrén ha information och telefonnummer till kontaktpersoner inom kommun och socialförvaltning. Det finns inom vården en mängd olika kontrollinstanser som brukare av äldrevård och anhöriga kan vända sig till för att föra fram synpunkter och/eller klagomål. Några exempel på instanser som det på anslagstavlan finns information om är; Patientnämnden, Socialkontoret och Äldreombudsmannen. Inställningen gentemot dessa externa kanaler för brukarsynpunkter är enligt verksamhetschefen Karin: "Meningen är att de boende och dess anhöriga ska känna att de kan vända sig direkt till oss om det är något, men ibland kan det upplevas som svårt då man är rädd för att verka jobbig. Det väsentliga är att vi får in synpunkterna och hur vi får in dem är sekundärt i sammanhanget".

#### *6.2.1 Svarskort och enkätundersökningar*

Det undersökta äldreboendet har vid entréplanet även egna blanketter som boende och anhöriga lätt kan fylla i och lämna i den utställda brevlådan. Rutinen vid ett inkommet svarskort är att verksamhetschefen Karin skall notera de vidtagna åtgärderna samt notera hur uppföljning och återkoppling är tänkt att ske. Har den boende eller dennes anhöriga i talongen uppgett namn skall information om hur åtgärden är tänkt att återkopplas i verksamheten ges till vederbörande inom en vecka. Samma procedur gäller om synpunkten/ klagomålet inkommit muntligt, den enda skillnaden är då att det är Karin som fyller i talongen åt den boende eller dess anhöriga. Dessa svarskort sparas sedan i en speciell pärm för att en kontroll av verkställandet skall vara möjlig.

På nivå tre kan även de enkätundersökningar som Danderyd kommun årligen genomför för att få in de boendes och deras anhörigas synpunkter nämnas. Dessa brukarundersökningar ligger till grund för kontroll, granskning samt utformning av det kommande årets kvalitetsarbete inom den kommunala verksamheten. "Det är ett sätt för kommunen att kvalitetssäkra sin verksamhet... Via

---

<sup>25</sup> Äldreuppdraget 1997:7

<sup>26</sup> Äldreuppdraget 1998:15



undersökningarna får vi en lägesrapport och en antydning om vad vi bör förbättra. Det är viktigt att vi ständigt strävar efter att bli bättre<sup>27</sup>. Resultaten av Danderydkommuns enkätundersökningar från åren 2003 och 2004 visar att synen på vad som betraktas vara viktigt i vård och omsorgsarbetet skiljer sig åt beroende av vem som tillfrågas. Resultaten visar även att de anhöriga tenderar vara mer kritiska gentemot den tillhandahållna vården och omsorgen än vårdmottagarna själva.

#### *6.2.2 En kort resumé av de boendes enkätsvar*

2003 års undersökningsresultat visar att de boende endast på två punkter upplevde brist på överensstämmelse; gällande kontakten med sjukgymnast samt arbetsterapeut. Denna kritik tog verksamheten till sig och redan nästkommande års undersökning visar på att överensstämmelse mellan betydelsen och upplevelsen av funktionen ha åstadkommit. Dock kan däremot en försämring av den totala upplevelsen av tillfredsställelse utläsas. Resultaten från 2004 visar på att differensen mellan betydelsen och upplevelsen av omsorgen på ett flertal punkter ökat, bland annat kan: kontakt med läkare, personalens tillgänglighet, att ens behov tillgodoses, personalens lyhördhet gentemot synpunkter och åsikter, samt tillgång till relevant information, nämnas.

#### *6.2.3 En kort resumé av de anhörigas enkätsvar*

Resultatet av 2003 års enkätstudie visar på att de anhöriga upplever brist på överensstämmelse mellan betydelsen och upplevelsen av det faktiska utförandet på samtliga punkter. Mest missnöje väckte frågor rörande de boendes möjlighet till aktivitet. De funktioner som däremot bäst överensstämde med de anhörigas förväntningar var utförandet av de funktioner som rörde de boendes basala behov.

2004 års enkätstudie visar däremot att de anhöriga tenderar att ha blivit ”nöjdare” med äldreboendets vård och omsorgsarbete. Fortfarande önskar de mer aktiviteter för de boende, men den totala differensen mellan betydelsen av- och upplevelsen av genomförandet har nu minskat. Intressant att poängtera är dock att de anhöriga upplevde att de boendes hjälp med av och påklädnad översteg betydelsen av funktionen.

Sammanfattningsvis kan det nämnas att de funktioner som både de boende och de anhöriga prioriterade högst var social samvaro och trygghet. De anhöriga önskar dock att det skall finnas mer aktiviteter för de boende, och även om det boende prioriterar dessa funktioner högt så upplevs social samvaro och trygghet viktigare.

I enlighet med Möllers nivå tre är även äldreboendets vårdplaneringsmöten och anhörigträffar kanaler som de boende och dess anhöriga kan använda sig av för att utöva brukarinflytande.

#### *6.2.4 Vårdplanering*

Vårdplaneringen bör enligt Karin, verksamhetschefen, ses som ett tillfälle för den enskilda att påverka sin situation. Vid vårdplaneringen närvarar utöver vårdmottagaren själv en sjuksköterska,

---

<sup>27</sup> Intervju med Karin, verksamhetschef.

den boendes utsedda kontaktman, sjukgymnasten, arbetsterapeuten och om den boende vill även dess anhöriga och en läkare. Syftet med vårdplaneringen är att gemensamt med den boende ta fram en handlingsplan som omvårdnadspersonalen sedan ska följa. ”Vårdplanen ska ses som ett gemensamt arbete där vi tillsammans diskuterar vad vi förväntar oss av tiden tillsammans. Det är jätte viktigt att vi har en öppen och rak kommunikation, men även att samtliga känner sig nöjda med det vi kommit fram till”<sup>28</sup>. Den utformade vårdplanen ligger sedan till grund för hur omvårdnadspersonalen skall arbeta, och med andra ord för hur den boendes vardag i praktiken kommer att se ut.

Information om vård och omhändertagande påverkar patientens, anhörigas och andra intressenters förväntningar<sup>29</sup> och det är därför ”...jätte viktigt att informationen om vad vi kan bistå med är tydlig, så att de boende och anhöriga inte har en orealistisk bild. Vi kan inte utlova underverk, men vi gör vårt bästa för att ge den boende en så trygg och bra omvårdnad som möjligt”<sup>30</sup>.

Vårdplaneringen är inte en engångsföreteelse utan den följs kontinuerligt upp, var tredje månad, om inte en drastisk tillståndsförändring av den boende sker. Förändras vårdmottagarens omvårdnadsbehov revideras vårdplanen så att arbetsplanen ständigt hålls ajour med boendes hälsotillstånd.

#### 6.2.5 Anhörigmöten

Anhörigmöten syftar främst till att informera de anhöriga om verksamheten, men det är även en kanal som möjliggör för de anhöriga att komma med synpunkter. Förr när äldreboendet var under privat regi fanns ett aktivt anhörigråd som nu splittrats. Det beror enligt Karin, verksamhetschefen, på att vård och omsorgsarbetet nu är väl fungerande.

Den sista kanalen till brukarinflytande som det undersökta äldreboendet erbjuder sina boende är; kontaktmannaskap. Möller menar att den fjärde nivån kännetecknas av påverkan som sker i vardagens möte mellan brukare och vårdpersonal, och kanalen kontaktmannaskap hamnar därav under den fjärde påverkansnivån.

#### 6.2.6 Kontaktmannaskap

”Fördelen med kontaktmannaskap är att man bygger upp en relation mellan den boende och den som skall stå för omvårdnaden”<sup>31</sup>. Kontaktpersonen är tänkt att fungera som den boendes förlängda arm och hon/han skall bevaka och företräda den boendes intressen. Kontaktmannaskap skapar även den kontinuitet ”som är a och o för en fungerande omvårdnad”<sup>32</sup>, vilket är ”speciellt viktigt när man arbetar med äldre då de inte alltid själva av hälsoskäl är kapabla till att föra sin talan”<sup>33</sup>. Karin menar vidare att kontaktmannaskapet har en tryggande funktion för den boende, då en och samma person ur personalen bär huvudansvaret för omvårdnaden. Förändringar i

---

<sup>28</sup> Intervju med Karin; verksamhetschef.

<sup>29</sup> SOSFS 1998:8

<sup>30</sup> Intervju med Marit; sjuksköterska.

<sup>31</sup> Intervju med Karin; verksamhetschef.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Ibid.

vårdbehov kan även snabbare uppmärksammas och åtgärdas om en person ur personalen kontinuerligt följer den boendes hälsoutveckling.

### 6.3 Kvalitetssystem inom sjukvården

Kvalitetssystem inom sjukvården ska säkerställa:

- *att kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses,*
- *att patienten och dennes närstående visas omtanke och respekt,*
- *att patientens värdighet och integritet tillgodoses,*
- *att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga, och*
- *att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas.*

(SOSFS 1996:24)

Vidare bör kvalitetssystem säkerställa:

- *att det ges information om omsorgens innehåll så att den enskilde och dennes ställföreträdare kan hävda sina rättigheter,*
- *att den enskildes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser uppmärksammas och tillgodoses,*
- *att insatserna utformas efter den enskildes behov och i samråd med den enskilde och/ eller dennes närstående.*

(SOSFS 1998:8)

De krav som Socialstyrelsen genom vårdgivaren (kommunen) ställer på omsorgen av äldre är; att utformningen ska ske utifrån en helhetssyn av individens samlade behov och i samråd med denne<sup>34</sup>. Verksamhetschefen betonar att äldreboendets ”vård och omsorg ska vara individuellt anpassad utifrån ett helhetsperspektiv, där de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven beaktas”<sup>35</sup>. Hur dessa kvalitetssystem ska utformas i praktiken bestämmer varje kommunalt äldreboende själv efter den egna verksamhetens förutsättningar, och de ska inte vara mer omfattande än nödvändigt för att uppfylla den av vårdgivaren föreskrivna kvalitetsmålsättningen”<sup>36</sup>.

Kvalitetssystemet bör innehålla rutiner och metoder för:

- *hur förslag och klagomål från den enskilde och närstående tas om hand, utreds och vid behov åtgärdas,*
- *hur anmälan om missförhållanden, övergrepp och skada skall rapporteras, tas om hand och åtgärdas,*
- *identifiering, analys och bedömning av risker,*
- *identifiering av felaktigheter, skador och avvikelser som kan ha betydelse för kvaliteten,*
- *hur orsaker till uppkomna fel eller brister åtgärdas, och*
- *hur erfarenheter från avvikelshanteringen återförs i förebyggande syfte.*

---

<sup>34</sup> SOSFS 1996:24

<sup>35</sup> Intervju med Karin; verksamhetschef.

<sup>36</sup> Telefonintervju med Nicklas; medarbetare på Socialstyrelsen.

(SOSFS 1998:8)

Det undersökta äldreboendet har rutiner och metoder för samtliga punkter, men en skillnad i arbetssätt kan ändå urskiljas. Karin, verksamhetschef, och Marit, sjuksköterska, ser på rutinerna som tydliga och fasta. Omvårdnadspersonalen verkar däremot ha en lite lösare inställning till rutinerna, de fattar många av besluten på egen hand eller i samråd med kollegorna på avdelningen. Först när de inte anser sig kunna bemöta den boendes önskemål eller synpunkter vänder de sig till sjuksköterska om råd. ”Ber exempelvis en boende mig att ta med dem ut i trädgården, är det klart att jag i mån av tid försöker göra det. Rutinen är väl att jag först gör en bedömning om hur allvarligt vi ska ta på det hela. Behöver jag råd vänder jag mig i första hand till mina kollegor på avdelningen. Kommer vi inte fram till något eller det handlar om medicinska frågor, så vänder jag mig direkt till den ansvariga syrran”<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Intervju med Paula; undersköterska.

## 7. Resultat

### 7.1 Varför är det viktigt att involvera brukarna i vård- och omsorgsarbetet

Samtliga respondenter betonar vikten av att involvera brukarna i vård och omsorgsarbetet. Intressant är däremot att alla givit olika svar på varför de anser brukarinflytande vara viktigt. Nicklas från Socialstyrelsen ser brukarinflytande som en demokratisk rättighet. Verksamhetschefen Karin menar att den input i form av synpunkter från brukarna är viktig då den utgör en källa till verksamhetsförbättring. Slutligen betonar både Marit, sjuksköterska, och Paula, vårdbiträde, att deras arbete underlättas om brukarna involveras i omsorgsarbetet. ”Vi människor är alla olika och tycker om olika saker, så det underlättar ju för alla parter om vi vet vad den boende tycker om. För då kan vi på förhand veta hur vi ska förhålla oss till den boende ”<sup>38</sup>.

Jag ser det inte som särskilt anmärkningsvärt att synen på brukarinflytande gått isär beroende av vem som tillfrågats. Det är snarare ett tecken på att begreppet brukarinflytande är vitt och att den innebörd som begreppet ges ligger i ”betraktarens öga”. Troligt är även att de boende och dess anhöriga utefter karaktären av synpunkten vänder sig till den person eller instans de tror är mest lämpad till att åtgärda problemet. Om så är fallet torde respondenterna, i egenskap av representanter för olika yrkeskategorier, få in olika typer av synpunkter vilket med ganska hög sannolikhet borde påverka deras upplevelser av brukarinflytande.

### 7.2 Tillämpning av brukarinflytande i enlighet med föreskrifter och rekommendationer

Kommunens uppgift i egenskap av vårdgivare är att säkerställa att Socialstyrelsens föreskrifter och rekommendationer tillämpas av de kommunala verksamheterna. Kommunen har dock genom avtal i enlighet med 4§ tredje stycket i socialtjänstlagen överlämnat ansvaret för utformningen av kvalitetssystemen till de enskilda kommunala aktörerna. Även de kommunala verksamheternas tillsynsmyndighet Socialstyrelsen anser, anmärkningsvärt nog, att varje verksamhet bör anpassa sina kvalitetssystem efter de egna förutsättningarna samt att de inte bör vara mer omfattande än att de lever upp till de uppsatta kvalitetsmålen. Detta innebär, enligt min mening, att de kommunala verksamheterna har en stor tolkningsfrihet.

De föreskrifter och rekommendationer som Socialstyrelsen önskar att sjukvården skall säkerställa är, enligt SOSFS 1996:24, bland annat att:

- kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses,
- patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga, och
- förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas.

Vidare betonas i SOSFS 1998:8 att:

- information om omsorgens innehåll ges så att den enskilde och dennes ställföreträdare kan hävda sina rättigheter,
- att insatserna utformas efter den enskildes behov och i samråd med den enskilde och/eller

---

<sup>38</sup> Intervju med Marit; sjuksköterska.

dennes närstående.

Det undersökta äldreboendet arbetar aktivt för att uppfylla dessa kvalitetsmål. Verksamhetens vision; *att erbjuda individuellt anpassad vård och omsorg efter den boendes omvårdnadsbehov, i nära samverkan med de boende och anhöriga verka för att de får en trygg och meningsfull ålderdom, och att verksamheten ska kännetecknas av kvalitet, kontinuitet och integritet*, visar på att äldreboendet anser det vara viktigt att låta brukarna vara med och utforma vård och omsorgsarbetet. Även vissa citeringar från intervjuerna med verksamhetschefen Karin såsom; ”vården och omsorgen ska vara individuellt anpassad utifrån ett helhetsperspektiv, där de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven beaktas” och ”vår målsättning är att våra kunder ska känna att de kan lämna synpunkter, förslag och klagomål, och självfallet ska dessa beaktas, åtgärdas och återkopplas i verksamheten”, skulle kunna vara direkt hämtade ur Socialstyrelsens föreskrifter. Detta visar på att Karin är väl medveten om Socialstyrelsens föreskrivna direktiv och att hon genom att använda sig av dessa citat vill visa att äldreboendet medvetet arbetar för att säkerställa att den erbjudna vården och omsorgen är anpassad efter den enskildes behov och utformad i samråd med denne eller dennes anhöriga.

Brukarna involveras i vård och omsorgsarbetet via ett flertal kanaler och dessa kanaler ger en mer eller mindre direkt möjlighet för den boende och/ eller dess anhöriga att påverka den boendes situation genom. Det undersökta äldreboendet har både fasta och lösare rutiner för att vård- och omsorgsarbetet skall bli individuellt anpassad, samt utformad i samråd med de boende. De fasta rutinerna tillämpas genom återkommande vårdplanerings- och anhörigmöten. Att involvera brukarna i det dagliga arbetet kan snarare betraktas som en lösare rutin, då utfallet av den inkommande synpunkten från den boende eller dess anhöriga i mångt och mycket beror på om omvårdnadspersonalen anser sig ha tid eller kunna uppfylla denna önskan eller ej.

När det gäller hantering av förslag och synpunkter från de boende och dess anhöriga är även utfallet av dessa beroende av vad ärendet gäller, samt vem den boende eller dess anhöriga vänder sig till. Omvårdnadspersonalen tenderar att fatta beslut om hur önskemål och synpunkter skall hanteras efter ”eget huvud” eller i samråd med kollegorna på avdelningen.

#### 7.4 Äldreboendets kanaler för brukarinflytande

De kanaler som äldreboendet möjliggör brukarinflytande genom är: vårdplanering, kontaktmannaskap, anhörigmöten, svarskort samt enkätundersökningar. Verksamhetschefen Karin anser dessa kanaler vara fullt tillräckliga och eftersom det är upp till varje verksamhet att själv bestämma utformningen av kvalitetssystemen, finns här lite att anmärka på. Det viktiga är att de kvalitetssystem som tillämpas lever upp till de av Socialstyrelsen via vårdgivaren kommunen uppsatta föreskrifterna och rekommendationerna. I enlighet med Socialstyrelsens ålagda målsättning betonar Karin vikten av att ”vården och omsorgen ska vara individuellt anpassad utifrån ett helhetsperspektiv, där de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven tillgodoses”<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Intervju med Karin; verksamhetschef.

#### *7.4.1 Vårdplanering*

Under vårdplaneringsmöten ges vårdmottagaren möjlighet till att vara med i utformandet av handlingsplanen för det kommande vård och omsorgsarbetet, och de har därför via denna kanal möjlighet till att utöva direkt påverkan. Medverkar i dessa möten gör utöver den boende även en sjuksköterska, kontaktpersonen, sjukgymnasten och arbetsterapeuten. Om den anhöriga önskar kan även dess anhöriga samt läkare vara med vid mötet.

#### *7.4.2 Kontaktmannaskap*

Kontaktsmannen är tänkt att fungera som den boendes förlängda arm, men om synpunkter på omvårdnad som kräver direkta åtgärder kommer in saknar kontaktpersonerna reell makt att direkt åtgärda problemet. Därav ser jag denna kanal som en mer indirekt möjlighet till att utöva påverkan. Med detta inte sagt att jag betraktar funktionen som oviktig, kanalen anser jag vara väldigt viktig då kontaktpersonen via sin relation till den boende kan ”snappa upp” synpunkter som vid första anblicken kanske inte kan tyckas vara väsentlig. Eftersom dessa personer sedan sitter med vid vårdplaneringsmötena kan de tidigare erhållna synpunkterna ha en stor inverkan på möjligheten att utforma en för den boende så god vård och omsorgsplan som möjligt. Så det kan diskuteras hur vida denna kanal bör ses som en direkt eller indirekt kanal för brukarinflytande.

#### *7.4.3 Anhörigmöten*

Anhörigmöten syftar främst till att informera de anhöriga om verksamhetsutvecklingen, men kanalen används även till att få in synpunkter från de anhöriga. Tidigare då äldreboendet var under privat regi fanns ett aktivt Anhörigråd. Denna har nu splittrats och Karin menar att det beror på att vård och omsorgsarbetet nu är så väl fungerande att detta råd inte längre fyller någon funktion. Genom att jämföra detta svar med Danderydkommuns enkätstudie, så kan det konstateras att de anhöriga 2004 visade sig vara mer positivt inställda till äldreboendets vård och omsorgsarbete än vad de var 2003. På en hel del punkter har äldreboendet tagit till sig den tidigare erhållna kritiken och aktivt arbetat med att genomföra förbättringsåtgärder. Men om detta är den enda anledningen till att Äldrerådet splittrats kan jag inte yttra mig om.

#### *7.4.4 Svarskort*

Svarskort, det vill säga blanketter som både boende och anhöriga kan fylla i är ytterligare en kanal som äldreboendet använder sig av för att få in synpunkter. Fördelen med denna kanal är att synpunkten kan lämnas in anonymt. Både blanketter och brevlåda finns lättillgängligt utställd på entréplanet. Rutinen är att när verksamhetschefen fått in en skriftlig synpunkt så vidtar hon en åtgärd, samt beslutar hur den tänkta åtgärden skall följas upp och återkopplas i verksamheten. Önskar vederbörande som kommit in med synpunkten att kontakt skall tas, tar Karin kontakt med vederbörande inom en vecka.

#### *7.4.5 Resultat från Danderydkommuns enkätstudie om hur brukarna uppfattar det erhållna vård och omsorgsarbetet*

Det undersökta äldreboendet lämnar årligen ut enkäter till de boende och anhöriga för vårdgivaren Danderydkommuns räkning. Dessa enkätundersökningar ligger till grund för kontroll, granskning samt utformning av det kommande årets kvalitetsarbete. De boende tenderar svara ”snällare” och vara mer nöjda med den erhållna vården än dess anhöriga. Dock visar 2004 års undersökning på

att de boende upplevt en försämring av den erhållna vård- och omsorgen. Vid en jämförelse av de svar som inkommit 2003 och 2004 kan en ökad differens i överensstämmelse ses mellan upplevelse och betydelse av funktioner på följande områden: kontakt med läkare, personalen tillgänglighet, upplevelse av att ens behov tillgodoses, personalens lyhördhet gentemot synpunkter och åsikter, samt tillgång till relevant information. Denna försämring kan troligtvis ses som en följd av äldreboendets sparkrav. Paula, undersköterska, beskriver att det undersökta äldreboendet skurit ner på personalantalet från tidigare tre till två. Det märkliga är att resultatet från de anhörigas enkätundersökning 2004 i motsats till de boendes istället visar på att de anhöriga blivit mer nöjda med den vård och omsorg som äldreboendet levererar. En tänkbar förklaring till detta kan vara att det som anhöriga prioriterat högst, det vill säga aktiviteter, prioriterats högre av äldreboendet och att personalen till följd av detta ökat antalet aktiviteter för de boende.



## 8. Slutsats

Det undersökta äldreboendet arbetar aktivt för att involvera brukarna i vård och omsorgsarbetet. Socialstyrelsens direktiv innebär att de insatser som ges skall vara utformade efter den enskildes behov, samt i samråd med den enskilde och/ eller dennes närstående. Vidare står det i Socialstyrelsens föreskrifter att förslag och klagomål från patienter och närstående skall tas om hand och beaktas. Jag anser att det undersökta äldreboendet aktivt arbetar för att verksamheten skall uppfylla dessa uppsatta kvalitetsmål. Äldreboendets verksamhetsvision; *att erbjuda individuellt anpassad vård och omsorg efter den boendes omvårdnadsbehov, i nära samverkan med de boende och anhöriga verka för att de får en trygg och meningsfull ålderdom, och att verksamheten ska kännetecknas av kvalitet, kontinuitet och integritet.* Denna vision visar på att äldreboendet inser vikten av brukarinflytande och medvetet vill arbeta för att involvera brukarna i vård och omsorgsarbetet. Detta påstående understöds av följande av verksamhetschefen Karins citeringar: ”..vi som arbetar på äldreboendet finns till för att ge de boende en god omvårdnad och omsorg. Vården och omsorgen ska vara individuellt anpassad utifrån ett helhetsperspektiv, där de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven beaktas”, ”vår målsättning är att våra kunder ska känna att de kan lämna synpunkter, förslag och klagomål, och självfallet ska dessa beaktas, åtgärdas och återkopplas i verksamheten”.

I arbetet med att uppnå brukarinflytande erbjuder äldreboendet ett flertal kanaler för både de boende och dess anhöriga att utöva inflytande genom. Dessa kanaler är: delaktighet i vårdplanering, kontaktmannaskap, anhörigmöten, svarskort och enkätundersökningar. Via dessa kanaler ges de boende och dennes närståendes möjlighet till att inkomma med synpunkter och klagomål som verksamheten beaktar för att sedan om förslagen är realistiskt genomförbara återkoppla i verksamheten.

Möjligheten att via spontana synpunkter och förslag påverka vård och omsorgsarbetet är det däremot tveksammare om äldreboendet per automatik möjliggör. På ledningsnivå, det vill säga verksamhetschef och sjuksköterska, betonas det att det finns fasta rutiner för hur synpunkter och förslag skall beaktas oavsett om de inkommit skriftligt eller muntligt. Däremot verkar det som om de som befinner sig närmast de boende har lite lösare rutiner, vilket kan bero på bristande kunskap om att det finns fast utformade rutiner för så gott som alla operativa arbetsuppgifter. Undersköterskor tenderar fatta beslut om hur de skall hantera en inkommen synpunkt på egen hand, vilket resulterar i att återkopplingen till stor del är beroende av om undersköterskan anser sig ha tid eller möjlighet att tillgodose önskemålet. Det är dock troligt att den boende eller dennes anhöriga utefter karaktären av synpunkten/ förslaget vänder sig till den person eller instans som de anser vara mest lämpad för att åtgärda problemet, så utfallet torde i slutändan bli att synpunkten eller förslaget av äldreboendet beaktas och förhoppningsvis även återkopplas i verksamheten.

Samtliga respondenter ser fördelarna som kan vinnas genom att i verksamhetsarbetet ta hänsyn till brukarnas synpunkter, vilket kommer till uttryck genom att samtliga i personalen anser brukarinflytande vara av stor vikt för utförandet av deras praktiska arbete. Verksamhetschefen ser ”input” i form av synpunkter från brukarna som en viktig källa till verksamhetsförbättring, medan

sjuusköterska Marit och undersköterska Paula betonar att deras arbete underlättas om brukarna involveras i omsorgsarbetet med motiveringen; ” att de då på förhand vet hur de ska förhålla sig gentemot den boende”. Med andra ord har befattning betydelse för varför brukarinflytande betraktas som viktigt.

Att tillämpa brukarinflytande i enlighet med de föreskrifter och rekommendationer som finns innebär däremot inte någon garanti för att verksamheten skall lyckas med att leva upp till de förväntningar som brukarna ställer på verksamheten. Danderydkommuns enkätundersökning från 2003 och 2004 visar på att de boende upplever att vård och omsorgsarbetet på det undersökta äldreboendet försämrats. Deras anhöriga har, anmärkningsvärt nog, däremot under samma tidsperiod blivit mer nöjda med den erhållna omsorgen. Detta torde bero på att de boende i högre grad känner av äldreboendets sparkrav, i form av bland annat minskad bemanning. En förklaring till att de anhöriga däremot under samma tidsperiod blivit välvilligare inställda beror nog på att deras synpunkter om ökat antal aktiviteter beaktats och åtgärdats av verksamheten.

## 9. Diskussion och förslag till vidare forskning

Att kommunens har överlämnat ansvaret till den enskilda verksamheten att utforma kvalitetssystem för brukarinflytande efter den egna verksamhetens förutsättningar har jag reagerat ganska starkt på. Jag anser att det sänder ut signalen att brukarinflytande inte står så högt på dagordningen som de nationella lagar och föreskrifter gör gällande. Visst skall de kvalitetssystem som verksamheten tillämpar leva upp till de av kommunen uppsatta målen, men i tider av nedskärningar är risken stor att betydelsen av brukarinflytande negligeras. Det vore intressant att undersöka om en gemensam nationell rutin för att hantera brukarinflytande skulle kunna framtas, eller om en studie gjordes som kunde ge upplysning om varför det är fördelaktigare att verksamheten själv utifrån sina förutsättningar utformar kvalitetssystem.

Intressant är även att det inom en och samma verksamhet kan finnas olika uppfattningar om hur brukarinflytande bör hanteras. På ledningsnivå verkar rutinerna för hantering av brukarinflytande vara fasta och klart strukturerade medan ledningens förlängda arm personalen tenderar ha lösare rutiner för hur de inkomna synpunkterna hanteras. Karin i egenskap av verksamhetschef kunde snabbt rabbla upp alla kanaler som verksamheten använder sig av, medan Paula, vårdbiträdet, snarare beskrev vård och omsorgsarbetet som "sunt bondförnuft". Personalen fattar oftast beslut på egenhand om hur synpunkter från de boende eller dess anhöriga skall tas om hand och eftersom det finns fasta rutiner för samtliga uppgifter är det märkligt att personalen upplever sig ha "så fria händer". Denna brist på ett enhetligt språk inom vården och omsorgen anser jag vara problematiskt. Jag tror att den inneboende tröghet gentemot förändring, som jag upplever att vården kännetecknas av, skulle kunna minskas om samtliga i organisationen oavsett befattning talade samma språk. Det vore intressant att studera vari fenomenet två skilda språk bottnar.

Enligt de enkätundersökningar som Danderydskommun har gjort är de anhöriga mer kritiska till vård och omsorgsarbetet än de boende. Kan detta bero på en generationskillnad i inställning till klagomål, eller är det så att våra önskemål förändras i samma takt med att vi blir äldre. Ett återkommande problem som jag mött under mitt arbete på det aktuella äldreboendet är att de anhöriga ber om mer fysiska aktiviteter för de boende, medan de boende gärna avböjer aktiviteter när de erbjuds. Boende uppskattar aktiviteter som innefattar social samvaro, såsom diskutera gamla minnen, medan de sällan anser sig ha ork att vara med på fysiska aktiviteter. Även detta fenomen anser jag vore intressant att studera vidare.

Ett intryck som slog mig från första början när jag kom till det aktuella äldreboendet var att personalrummet är fullt belamrad med information i pappersform. På anslagstavlan i personalrummet hänger det information, på hyllorna står de boendes personliga pärmar, samt avföringslistor, duschlistor, städningslista och så vidare. Alla ytor är täckta av information. Det intressanta är att jag knappt sett någon ur omvårdnadspersonalen sitta och läsa dessa denna tryckta information. De enda som används/läses är de så kallade "måste listorna" såsom avförings, städ- och duschlistor. Sedan jag påbörjade denna studie har jag börjat studera denna information och har insett att det en väldigt massa information om rutiner och förhållningssätt går personalen förbi, eftersom de aldrig/ sällan att under ett arbetspass har tid att sätta sig ner och läsa. Med andra

ord så produceras en massa text och kunskap som aldrig kommer till sin rätt. Något det undersökta äldreboendet borde arbeta med är att komma på alternativa lösningar till hur denna information skulle kunna förmedlas. Kanske vore det ett bättre alternativ att även ha individuella pärmar för personalen, där en kontroll av att de tagit till sig informationen skulle kunna ske genom en enkel signering (som rutinen är när personalen ger en tablett till en boende). Att ett sådant förfarande vore praktiskt genomförbart ställer jag mig däremot tveksam till, då personalen redan idag likställer kvalitetsarbete med pappersarbete.

### 9.1 Metod diskussion och kritisk granskning

Studien baseras på dokumentstudier, intervjuer, studie av en databas med resultaten från Danderydkommuns enkätstudier från 2003 och 2004, samt viss förståelse genom tidigare deltagande observation. Kanske har det funnits fler för ämnet relevanta dokument eller intervjupersoner som hade kunnat bidra med ytterligare klargörande om hur brukarinflytande faktiskt hanteras inom äldreomsorgen. Jag kunde kanske även i större grad fört mina egna erfarenheter, men eftersom jag inte ville prägla uppsatsen alltför mycket genom subjektiva bedömningar har jag medvetet försökt att vara ”objektiv” och spegla hur det faktiskt ser ut på äldreboendet. Viss subjektivitet kan dock inte bortses ifrån. Skall poängteras att även för resultaten av den enkätstudie som Danderydkommun gjort, kan vissa förbehåll gälla. Frågan är om tillräckligt generella slutsatser kan dras utifrån en studie där jag endast haft tillgång till 2003 och 2004 års enkät svar. Jag har dock via metodtriangleringen kunnat jämföra de resultat jag fått och har haft möjligheten att ställa dem mot mina tidigare erfarenheter, så jag anser mig ha kunnat ge en fullgod bild av hur verkligheten för våra äldre på det undersökta äldreboendet ser ut.

I denna studie lyfts en rad exempel på kanaler för brukarinflytande fram. Värt att hålla i minnet är att studien har en deduktiv ansats, där syftet är att identifiera de olika påverkanskanaler som äldreboendet möjliggör för brukarna att använda sig av. Studien baseras till stor del på intervjuer med representanter för olika befattningar och dessa har valts utifrån kriteriet att de har just olika befattningar. Detta för att jag ville se om inställning till brukarinflytande kunde kopplas samman med befattning. I efterhand kan jag se att brukare tenderar vända sig till den person eller instans som de tror är mest lämpad till att realisera synpunkten/ önskemålet eller klagomålet, vilket naturligt leder till att personalen beroende av befattning har olika syn på vad brukarinflytande är och innebär.

Den kvalitativa ansatsen gör att resultaten från studien inte kan generaliseras till att ge en fullständig bild av hur situationen vad gäller brukarinflytande ser ut. Ytterligare ett faktum som gör resultaten svåra att generalisera är att det i de föreskrifter som finns angående brukarinflytande finns ett visst förbehåll, nämligen att det är verksamheten själv som skall ansvara för utformningen av kvalitetssystemen samt att dessa kvalitetssystem skall utformas efter verksamhetens egna förutsättningar. Vidare skall här poängteras att jag studerat det jag avsett studera, nämligen hur *ett* äldreboende arbetar för att möjliggöra brukarinflytande. Studien kan i sin tur utgöra ett underlag för genomförande av en kvantitativ studie när det gäller kartläggning av exempelvis förekomsten av kanaler för brukarinflytande i landets övriga äldreboenden.

## Källförteckning

Andrén- Sandberg, Å.(1991). *Aspekter på kvalitetsbegreppet inom sjukvården ur ett svenskt perspektiv*, Lund.

Arbetsrapport, 3:2001. *Gnällspikar eller tillgångar?*

Berg. Kvalitetsrörelsen- mellan politik och organisation. I Bejerorth och Hasselbladh (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

Bergman, B. och Klevsjö, B. (1994). *Quality for Customer Needs to Customer Satisfaction*, Lund.

Denscombe, M. (2002). *Forskningshandboken*. Studentlitteratur, Lund.

Furusten. Från idé till institution. I Bejerorth och Hasselbladh (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

Hasselbladh och Lundgren. Kvalitetsrörelsen i Sverige. I Bejerorth och Hasselbladh (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

Juran, M. (1970). *Quality Planning and Analysis*, United States Of America.

Karlsson. TQM, individen och kollektivet. I Bejerorth och Hasselbladh (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

SOSFS 1996:24. Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

SOSFS 1998:8. Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna äldre och funktionshindrade.

Spirirapport, 1987. Kvalitetssystem för sjukvården. Stockholm

Styhre. Den entreprenöriella arbetstagaren: Kaizen i verksatdsindustrin. I Bejerorth och Hasselbladh (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

Vabo. Kvalitetsretorik i norska kommuner. I Bejerorth och Hasselbladh (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

Äldreuppdraget, 1997:7. Brukarinflytande och konsumentmakt inom äldreomsorgen.

Äldreuppdraget, 1998:15. Ledningens syn på brukarinflytande.

Öhrming och Sverke. Andemeningen är bra, men... Kvalitetsfrågans betydelse för vården. I Bejeroth och Hasselblad (2002). *Kvalitet utan gränser- en belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta AB, Trelleborg.

Punk- handboken, Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet; [www.distriktsköterskan.com](http://www.distriktsköterskan.com)

KvalitetsMagasinet 2004; [www.kvalitetsmagasinet.com](http://www.kvalitetsmagasinet.com)

”Äldreboenden i Danderyds kommun”, Broschyr.

Det undersökta äldreboendets; Affärsplan, reviderad april 2005.

## **Bilaga 1**

### **Definitioner av begrepp och termer**

#### Föreskrift

Med föreskrift avses i denna studie tvingande och bindande regler. Socialstyrelsen kan bara meddela föreskrifter om det finns ett bemyndigande från regeringen.

#### Brukare

Med brukare avses i denna studie de personer som berörs av en kommunal verksamhet, med andra ord åsyftas de boende och dennes anhöriga när termen brukare används.

#### Brukarinflytande

Med brukarinflytande avses i denna studie den enskildes äldres eller dess anhörigas möjlighet att påverka vård och omsorgsarbetet.

#### Vård och omsorgsarbete

Med vård och omsorgsarbete avses i denna studie, i enlighet med Vårdprogrammet 1996, det arbete som syftar till att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov, tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återfinna optimal hälsa, och tillgodose behov av vård i livets slutskede.

#### Kvalitet

Med kvalitet avses i denna studie alla sammantagna egenskaper hos ett objekt eller en företeelse som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade och underförstådda behov.

#### Kvalitetssystem

Med kvalitetssystem avses i denna studie den organisatoriska struktur, rutiner, processer och resurser som är nödvändig för ledning och styrning av verksamheten med avseende på kvalitet.

#### **Kvalitetsutveckling**

Med kvalitetsutveckling avses i denna studie de åtgärder som vidtas för att öka verkan och effektiviteten hos aktiviteter eller processer i avsikt att ge en större nytta åt både organisationen och dess brukare.

#### Rutin

*Med rutin avses i denna studie det specificerade sätt att utföra en aktivitet på.*

#### **Policy**

Med policy avses i denna studie organisationens övergripande avsikter och inriktning vad gäller kvalitet formellt uttalat av högsta ledningen.

## **Bilaga 2**

Socialstyrelsens föreskrifter gällande Kvalitetssystem i hälso- och sjukvård SOSFS 1996:24

### **1§ System för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten**

All hälso- och sjukvårdspersonal skall omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. All personal skall medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten.

### **2§ Patientens värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet**

kvalitetssystemet skall säkerställa

- att kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses
- att patienten och dennes närstående visas omtanke och respekt
- att patientens värdighet och integritet tillgodoses
- att patienten och dennes närstående informeras och görs delaktiga
- att förslag och klagomål från patienter och närstående tas om hand och beaktas

### **3§ Ansvar**

- *Vårdgivaren* skall de direktiv och säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem med organisation, resurser, rutiner och metoder som säkerställer kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten.
- *Verksamhetschefen/motsvarande* skall inom befintliga resurser ta fram och fastställa ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen och främja kostnadseffektivitet.
- *Hälso- och sjukvårdspersonalen* skall medverka och genom ett systematiskt, fortlöpande och dokumenterat kvalitetsutvecklingsarbete svara för att de av vårdgivaren genom verksamhetschefen angivna målen med verksamheten kan uppnås.

### **4§ Krav på kvalitetssystem**

Kvalitetssystemet skall

- vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning
- omfatta mätbara mål och dokumenterade rutiner för hur kvaliteten i verksamheten styrs och säkras mot målen
- säkerställa effektiv användning av tillgängliga resurser
- säkerställa att det finns organisation och dokumenterade rutiner för effektiv kvalitetsgranskning
- vara väl förankrat i organisationen
- dokumenteras i en kvalitetsplan.



### **a. Samverkan och samarbete**

Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för

- klargörande av ansvar för samarbete och samverkan kring vård och omhändertagande av patienten mellan personal, mellan funktioner och gentemot andra enheter, nivåer och ansvarsområden
- rapportering mellan personal om patientens behov, vård och omhändertagande.

### **b. Metoder för diagnostik, vård och omhändertagande**

Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för

- hur nya metoder för diagnostik, vård och omhändertagande skall introduceras
- hur lämpliga metoder för diagnostik, vård och omhändertagande skall tillämpas
- hur inaktuella metoder för diagnostik, vård och omhändertagande skall identifieras och avvecklas.

### **c. Kompetens**

Kvalitetssystem skall innehålla rutiner för att säkerställa att

- personalen har och underhåller den utbildning, erfarenhet och kompetens som behövs för att utföra tilldelade arbetsuppgifter
- ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden är definierade och dokumenterade för personal som leder och utför arbete som påverkar kvaliteten
- planer finns för fortlöpande kompetensutveckling och fortbildning/efterutbildning av personalen med hänsyn till kraven på verksamheten.

### **d. Försörjning och teknik**

Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för

- inköp av produkter och tjänster från leverantörer som är berömda och godkända
- säkra produkturval, säker teknikanvändning och utrangering.

### **e. Riskanalys och avvikelshantering**

Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för

- identifiering, analys och bedömning av risker
- identifiering, dokumentation och analys av felaktigheter, skador och avvikelser från det förväntade förloppet som kan ha betydelse för kvaliteten
- hur orsaker till uppkomna fel eller brister åtgärdas och för hur erfarenheter från avvikelshantering återförs i förebyggande syfte
- hur anmälan enligt "Lex Maria" skall göras.

## **5§ Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring**

Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för

- egenkontroll genom systematisk resultatuppföljning av verksamheten
- egenkontroll genom periodisk granskning av kvalitetssystemets tillämpning, ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå kvalitetsmålen
- hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till verksamhetschefen/motsvarande och till berörd personal.

## **6§ dokumentation och spårbarhet**

Kvalitetssystemet skall innehålla rutiner för

- hur åtgärder rörande en viss patient skall kunna identifieras och spåras i dokumentationen
- dokumentation av genomförda förbättringsåtgärder i kvalitetssystemet och i verksamheten
  - hur verksamhetens resultat och kvalitetssystemets effekter redovisas relaterade till

## **Bilaga 3**

### ***Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade SOSFS 1998:8***

#### **System för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten**

För att utveckla och säkerställa de krav på god kvalitet som ställs i 7a § socialtjänstlagen bör all omsorg av äldre och funktionshindrade omfattas av system för fastställande av kvalitetsmål, samt för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. Med omsorg om äldre och funktionshindrade avses i dessa allmänna råd sådan verksamhet, bestående av service, omvårdnad och annan omsorg, som omfattas av socialtjänstlagen och som avser äldre och funktionshindrade.

För att omsorgen om äldre och funktionshindrade skall kunna utformas utifrån en helhetssyn på individens samlade behov av service, vård och omsorg och tillgodose den enskildes sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov är det viktigt att en gemensam syn på kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet kommer till stånd inom hälso- och sjukvårdens områden. Inom hälso- och sjukvården gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1006:24) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Varje verksamhet behöver anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna och kvalitetssystemen bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens kvalitetsmål. Dessa allmänna råd gäller oberoende av vilken modell för kvalitetssystem som används.

#### **Den enskildes trygghet, självbestämmande och integritet**

Kvalitetssystemen bör säkerställa:

- att den enskilde får möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och blir bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet,
- att det ges information om omsorgens innehåll så att den enskilde och dennes ställföreträdare kan hävda rättigheter,
- att den enskildes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser uppmärksammas och tillgodoses,
- att insatserna utformas efter den enskildes behov och i samråd med den enskilde och/ eller dennes närstående,
- att de som vårdar närstående äldre och långvarigt sjuka ges stöd och avlösning, och
- att den fysiska miljön i lokaler och bostäder utformas efter den enskildes behov och förutsättningar.

#### **Kommunernas ansvar**

Kommunerna bör fastställa en övergripande inriktning och policy för verksamhetens kvalitet. Vidare bör kommunerna säkerställa att det i varje kommunal verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvalitet. Kommunen bör också klargöra vem eller vilka som har ansvaret för kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet.

Kvalitetssystemet utgör stöd för ledningen så att denna kan styra verksamheten mot uppsatta

mål. Ledningens ansvar och synliga engagemang har en avgörande betydelse för verksamhetens kvalitet och är en viktig förutsättning för att ett effektivt kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbete. Av avgörande betydelse och en lika viktig förutsättning är också att all personal medverkar i det systematiska och fortlöpande kvalitetssäkringsarbetet så att kvalitetsmålen uppnås.

Kommunen bör säkerställa att dessa allmänna råd även tillämpas för verksamhet som kommunen genom avtal enligt 4§ tredje stycket har överlämnat till enskild att utföra, samt för sådan enskild verksamhet från vilken kommunen upphandlar tjänster för att fullgöra skyldigheter enligt socialtjänstlagen som rör omsorgen om äldre och funktionshindrade.

### **Kvalitetssystem- syfte och omfattning**

Syftet med kvalitetssystem är att säkra att den enskildas behov av omsorg, vård och service tillgodoses.

Kvalitetssystemet bör

- vara anpassat till den egna verksamhetens inriktning och omfattning,
- säkerställa flexibel och effektiv användning av tillgängliga resurser,
- vara väl förankrad i organisationen, och
- användas i det dagliga arbetet.

Ett effektivt kvalitetssystem förutsätter vidare att det

- omfattas av mål och dokumenterade rutiner för hur kvaliteten i verksamheten styrs, säkras och utvecklas mot målen,
- omfattas av organisation och dokumenterade rutiner för effektiv analys och utvärdering av verksamhetens kvalitet, och dokumenteras i en kvalitetsplan.

Kvalitetssystemet bör minst omfatta följande områden:

- behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggningen och dokumentation
- extern och intern samverkan och arbete
- förhållningssätt och metoder
- kompetens
- upphandling, inköp, tekniska system och produkter
- riskanalys, avvikelshantering och klagomålshantering

### **Behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggning och dokumentation**

Kvalitetssystemet bör säkerställa

- att behovsbedömningar bygger på den enskildes situation, möjligheter och behov där sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov beaktas,
- att beslut om insatsernas mål, inriktning och omfattning är tydliga och kan förstås,
- att individuella planer upprättas,
- att insatserna utformas tillsammans och med den enskilde och/eller dennes närstående/ställföreträdare, och
- att en systematisk uppföljning av beslut, planer och insatser som berör den enskilde

genomförs och dokumenteras samt vid behov omprövas.

### **Extern och intern samverkan och samarbete**

Kvalitetssystemen bör klargöra hur samverkan och samarbete skall ske internt mellan personal som har det dagliga ansvaret för den enskilde samt mellan verksamheternas olika enheter och externt med myndigheter och organisationer. Kvalitetssystemet bör därför genom rutiner och annan dokumentation klargöra

- att ansvar, befogenheter och samarbetsförhållandena är definierade och dokumenterade, och
- hur rapportering och informationsöverföring kan ske.

### **Förhållningssätt och metoder**

Det är viktigt att det finns rutiner för hur metoder för omsorg introduceras, tillämpas, utvecklas och avvecklas. De metoder som används bör vara förankrade i forskning och beprövad erfarenhet.

I arbetet med att säkra och utveckla kvaliteten är det viktigt att identifiera och dokumentera förhållningssätt, metoder och rutiner inom de delar av omsorgen som är viktiga för hur den enskilde upplever verksamhetens kvalitet.

### **Kompetens**

Kvalitetssystemen bör säkerställa

- att nyanställd personal ges nödvändig introduktion,
- att det inom verksamheten finns tillräckligt med personal med adekvat kompetens och personlig lämplighet för arbetsuppgifterna,
- att personalen har och erhåller utbildning, erfarenhet och kompetens som behövs för att utföra tilldelade arbetsuppgifter,
- att planer finns för fortlöpande kompetensutveckling för personalen med beaktande av kraven på verksamheten,
- att ledningen och övrig personal utbildar sig i sitt arbete efter de krav och riktlinjer som det lokala kvalitetssystemet ställer.

### **Upphandling, inköp tekniska system och produkter**

Kvalitetssystem bör innehålla rutiner för att säkra att de varor som upphandlas/köps har god kvalitet. Därför bör varje upphandling och inköp börja med en klar definition av kraven på varan. Vidare avser rutinerna att säkerställa att kraven vid varje upphandling och inköp är delgivna och förstådda av leverantören. Det är även lämpligt att träffa en överenskommelse med leverantören om kvalitetssäkring av levererade varor. Till slut bör det finnas rutiner för hur och när utrangering av varor skall ske.

### **Riskanalys, avvikelshantering och klagomålshantering**

Synpunkter och klagomål från den enskilde och/eller dennes närstående är en viktig informationskälla för att åtgärda brister för den enskilde samt för att identifiera områden som

behöver förbättras. En lika viktig del av allt kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbete är att med hjälp av riskanalyser förebygga fel och brister och att med hjälp av avvikelshantering lära sig av de fel och misstag som begåtts. Kvalitetssystemet bör därför innehålla rutiner och metoder för

- hur förslag och klagomål från den enskilde och närstående tas om hand, utreds och vid behov åtgärdas,
- hur anmälan om missförhållanden, övergrepp och skada skall rapporteras, tas om hand och åtgärdas,
- identifiering, analys och bedömning av risker,
- identifiering, dokumentation och analys av felaktigheter, skador och avvikelser som kan ha betydelse för kvaliteten,
- hur orsaker till uppkomna fel eller brister åtgärdas, och
- hur erfarenheter från avvikelshantering återförs i förebyggande syfte.

### **Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring**

Egenkontrollen avser en regelbunden uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och utveckling. Utifrån fastställda mål och mått analyseras de interna processerna. Om avvikelser identifieras bör åtgärder vidtas för att analysera orsaker och genomföra förbättringar. Uppföljning och utvärdering av kvalitetssystemet bör genomföras med bestämda intervaller. Observationer, slutsatser och rekommendationer som framkommer bör dokumenteras som underlag för nödvändiga åtgärder.

För att säkerställa systematisk och kontinuerlig säkring och utveckling av verksamhetens kvalitet är det viktigt att kvalitetssystemet innehåller rutiner för

- egenkontroll genom systematisk resultatuppföljning av verksamheten,
- egenkontroll genom periodisk granskning av kvalitetssystemets tillämpning, ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå kvalitetsmålen, och
- hur resultaten av granskningar skall dokumenteras och återföras till politisk ledning, förvaltningsledning och berörd personal.

### **Dokumentation och spårbarhet**

För att möjliggöra utvärdering av verksamhetens kvalitet bör kvalitetssystemet innehålla rutiner för

- hur ansökan, utredning beslut och insatser som gäller den enskilde skall kunna spåras i dokumentationen,
- dokumentation av genomförda förbättringsåtgärder i kvalitetssystemet och i verksamheten, och
- hur verksamhetens resultat och kvalitetssystemets effekter redovisas relaterade till kvalitetsplanen.