



Samhällsnytta

KARLSTADS UNIVERSITET SAMHÄLLSNYTTA AB

Slutleverans till Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16)

Framtagen av Kajsa Westling, Kalle Pettersson, Karin Petrusson och Matilda Legeby.
Stockholm 1 mars 2022.

Innehåll

Hälsolabb syftar till att stödja kommuner och regioner i omställningen till Nära vård	3
Vi har arbetat med en samskapande policyprocess	3
Vi har samlat in erfarenheter och testat en prototyp i tre steg.....	4
Steg 0 - Förstå utmaningen, kartlägga systemet, skapa en process, bjuda in målgrupp och aktörer att delta i processen	5
Steg 1 – Kartlägga äldre personers och anhörigas erfarenheter av insatser från äldreomsorgen samt vilka värden de önskar att äldreomsorgen ska skapa.....	6
Steg 2 – Validering och vidareutveckling av värden från äldre och anhöriga med medarbetare i äldreomsorgen, samt skapa förståelse för den lokala kontexten för nationell plan för vård och omsorg	11
Steg 3 – Testa utredningens förslag tillsammans med chefer och ledare från kommun och region, anhörigrepresentanter och myndighetsaktörer, genom diskussioner av prototyper	23
Sammanfattningsvis ser aktörerna i systemet positivt på förslag på plan för vård och omsorg.....	25
Planen bör testas igen i ett fortsatt arbete	26

Hälsolabb syftar till att stödja kommuner och regioner i omställningen till Nära vård

Hälsolabb är en samverkan mellan Experio Lab vid Region Värmland, Sveriges kommuner och Regioner (SKR), Samhällsnytta och Centrum för Tjänsteforskning (CTF) vid Karlstads Universitet samt Linköpings Universitet. Hälsolabb har som målsättning att stärka kommuners och regioners kapacitet och förmåga att arbeta användardrivet, hitta nya lösningar i gränslandet mellan olika aktörer, och hantera komplexa utmaningar i omställningen till Nära vård. Arbetet är en del av SKR:s stöd till regioner och kommuner för att utveckla en Nära vård.

En viktig del av arbetet består av att undersöka vilka faktorer inom styrning och ledning såsom exempelvis ledarskap, ersättningssystem, lagstiftning och uppföljning, som behöver utvecklas för att skapa förutsättningar för en Nära vård. Samtidigt vill Hälsolabb också utforska policyutveckling där både lokal, regional och nationell nivå samverkar, och där arbetet utgår från och inkluderar användarnas – och medarbetarnas – behov och resurser. Hälsolabb samarbetar med bland annat statliga utredningar för att stödja dem i att förstå behoven och resurser hos de användare eller målgrupper de arbetar med, samt att skapa arenor för samskapande med relevanta aktörer i systemet.

Vi har arbetat med en samskapande policyprocess

Det finns flera argument för policyutveckling som dels utgår från användarnas behov och resurser, dels är samskapande med många aktörer i systemet. Det handlar bland annat om att involvera användare, i detta fall äldre personer och deras anhöriga, som en aktiv del i arbetets olika faser. Genom att kartlägga och lyssna på deras erfarenheter och önskemål kan andra typer av problembeskrivningar identifieras, som ofta kan skilja sig från de som organisationerna själva upplever. Värden som ska skapas genom utredningens förslag kan därför formuleras ur de äldres perspektiv, snarare än organisationens. Äldre och deras anhöriga kan dessutom berätta om upplevelsen att få insatser från olika delar av systemet och ge en helhetsbild över hur samordning fungerar mellan olika aktörer. De kan även reagera på tidiga förslag, så kallad prototyper, som utredningen lämnar och ge sitt perspektiv på vilket värde de skulle skapa. En fördjupad förståelse för målgruppens erfarenheter och behov underlättar således för utredningen att lägga förslag som fokuserar på det som är viktigt för äldre i mötet med omsorg och hälso- och sjukvård och som skapar värde i deras liv.

Ett annat argument för en samskapande policyprocess är behovet av ett systemperspektiv. Genom att samla flera aktörer som finns runt äldre personer och deras anhöriga, och beakta flera olika perspektiv, är det möjligt att dels förstå samverkan mellan olika delar av systemet bättre, dels få insikter kring lösningar som kan bidra till att hela systemet runt den äldre förbättras. När det gäller mer komplexa samhällsutmaningar är det ofta problematiskt att bara fokusera på enskilda delar av en utmaning, eller enskilda aktörers roller och uppdrag. Man behöver i stället ha fokus på samspelet mellan dessa och mellanrummen mellan olika aktörer.

Ett tredje argument handlar om vikten av att förstå den lokala och regionala kontexten som de nya förslagen kommer att påverka. Och att i ett tidigt skede försöka förstå vilka konsekvenser förslagen skulle få i vårdens och omsorgens vardag och för organisationernas styrning och ledning. Genom att låta medarbetare, chefer, kvalitetsfunktioner som MAS, MAR, SAS, ekonomer och controllers från kommuner och regioner och myndighetsföreträdare diskutera tidiga utkast på förslag är det

möjligt att få in information om hur förslagen behöver konkretiseras eller justeras för att verkligen bidra till värde för både äldre personer och anhöriga, och vara genomförbara i verksamheterna.

Arbetet har genomförts i tre steg

Samarbetet mellan Hälsolabb och utredningen¹ har fokuserat på den delen av utredningens uppdrag som handlar om att ta fram förslag på områden i en nationell plan för vård och omsorg². Under arbetet har en metod för Open Policy eller policydesign används som kan beskrivas i tre steg, inklusive ett förberedande steg.



Figur 1. Beskrivning av metod och process

- **Steg 0** - Förstå utmaningen, kartlägga systemet, skapa en process, bjuda in målgrupp och aktörer att delta i processen
- **Steg 1** – Kartlägga äldre personers och anhörigas erfarenheter av insatser från äldreomsorgen samt vilka värden de önskar att äldreomsorgen ska skapa
- **Steg 2** – Validering och vidareutveckling av värden från äldre och anhöriga med medarbetare i äldreomsorgen, samt skapa förståelse för den lokala kontexten för den nationella omsorgsplanen
- **Steg 3** – Testa utredningens preliminära förslag tillsammans med chefer och ledare från kommun och region, anhörigrepresentanter och myndighetsaktörer, genom diskussioner av prototyper

Vi har samlat in erfarenheter och testat en prototyp i tre steg

¹ Utredningen om en äldreomsorgsplan och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S2020:16)

² I utredningens direktiv (dir 2020:142) beskrivs utredningens uppdrag i förhållande till det som där benämns "Nationell omsorgsplan". Under samarbetet med Hälsolabb har arbetsnamnet varit "nationell plan för vård och omsorg. Utifrån inspel under arbetets gång, om att begreppet "plan" är förvirrande i sammanhanget så avser utredningen att ändra namnet i sitt slutliga förslag.

Steg 0 - Förstå utmaningen, kartlägga systemet, skapa en process, bjuda in målgrupp och aktörer att delta i processen

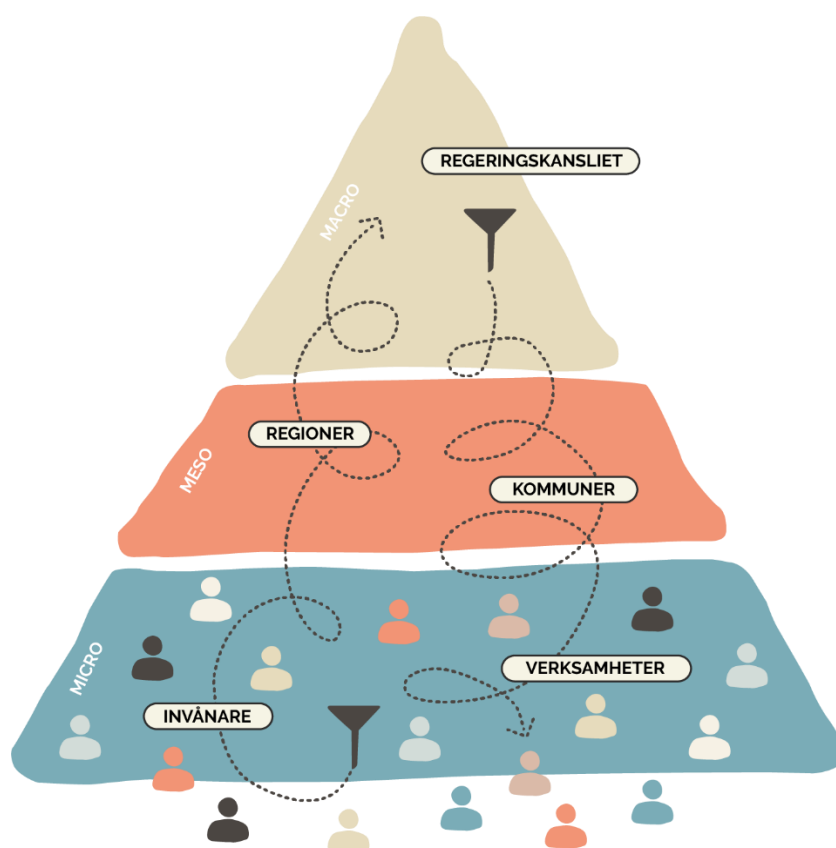
Arbetet började med förberedelser, såsom att skapa en designprocess, kartlägga relevanta aktörer i systemet runt den äldre, rekrytera deltagande äldre och anhöriga. För att få förståelse för den lokala kontexten identifierades tre olika utvecklingsmiljöer i Hälsolabbs nätverk som ville delta som piloter i samarbetet. Dessa bestod av kommuner och regioner i Region Kronoberg, Region Värmland och Region Örebro län. Samarbetet skedde med designers och tjänstepersoner lokalt som tillsammans med Hälsolabb utförde intervjuer, utvecklade workshopsmetodik, rekryterade deltagare till workshops, faciliterade workshops med mera.

Systemet med aktörer identifieras som:

Mikro: Mötet mellan den äldre personen och dess anhöriga och medarbetare i äldreomsorgen och hälso- och sjukvården till exempel undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, biståndshandläggare med flera.

Meso: Chef- och ledningsstrukturer i kommun och region, inklusive exempelvis MAS, MAR och SAS.

Makro: Nationell nivå, Regeringskansliet (utredningen), IVO och Socialstyrelsen.



Figur 2. En samskapande policyprocess utifrån användarnas behov som inkluderar hela systemet.

Steg 1 – Kartlägga äldre personers och anhörigas erfarenheter av insatser från äldreomsorgen samt vilka värden de önskar att äldreomsorgen ska skapa

Detta steg syftade till att förstå situationen för äldre personer med insatser från hemtjänst eller särskilt boende och deras anhöriga. Arbetet inleddes med en serie djupintervjuer, i huvudsak med äldre men även med anhöriga. Anhöriga kan både vara vårdare och ta stort ansvar för koordinering och samordning av den äldre personens olika insatser och kontakter.

34 semi-strukturerade intervjuer genomfördes med äldre personer på särskilt boende (SÄBO) eller med hemtjänstinsatser, och med anhöriga. De äldre och anhöriga var boende i Kronobergs län, Örebro län, Stockholms län och Skåne län. De öppna intervjuerna hölls i vissa fall via telefon, och i andra fall på plats på SÄBO, med hjälp av en intervjuguide. En stor del av intervjuerna utfördes av Verklighetslabbet i Kronoberg. Fokus i intervjuerna låg på erfarenheter av insatser från äldreomsorgen idag, vilket värde man såg att insatserna skapade samt vilket värde man önskade få. Även insikter från rapporten *Värden för vem*³, med tidigare genomförda intervjuer av Verklighetslabbet i Kronoberg med äldre personer och dessa anhöriga, tillfördes materialet.

En analys av det samlade materialet genomfördes och sex värden som äldre personer och anhöriga tycker är viktiga i äldreomsorgen identifierades. En visualisering togs fram för att illustrera dessa värden.

Workshop 1 med anhöriga och intresseföreningar

En workshop genomfördes för att samla in anhörigas erfarenheter av äldreomsorgen. Inbjudna var anhöriga från de tre pilotlänen och representanter från brukar-, pensionärs- och anhörigföreningar. Totalt deltog 14 personer, samt medarbetare från utredningen och Hälsolabb.

Under workshopen fick deltagarna berätta om sina egna upplevelser av äldreomsorgen samt reflektera kring de värden som identifierats genom intervjuerna. Här låg fokus på att förstå om dessa värden stämde in på deras upplevelser eller om viktiga områden saknades.

Efter workshopen genomfördes ytterligare en analys där medarbetare från utredningen och Hälsolabb, tillsammans med representanter från Verklighetslabbet i Kronoberg, analyserade materialet från workshopen och intervjuer och kompletterade och justerade de värden som tagits fram.

Värden som äldreomsorgen ska skapa ur ett äldre- och anhörigperspektiv

Sammantaget fångades följande sju värden som bör skapas i äldreomsorgen ur ett äldre- och anhörigperspektiv.

³ Experio Lab m.fl. (2021) Värde för vem: Ett tjänstelogiskt perspektiv på invånarens värdeskapande i hälso-, sjukvård och socialtjänst



Figur 3. Resultat från steg 1: Värden som äldreomsorgen ska skapa ur ett äldre- och anhängarperspektiv

1) Jag får enkelt rätt stöd och hjälp in i systemet, och snabbt rätt stöd när jag behöver det

Deltagarna önskar att det ska vara lätt att förstå hur man får kontakt när det första behovet av stöd uppstår. Till exempel ska det vara lätt att hitta information från kommunen om vad det finns för stöd att få. Äldre personer och anhöriga önskar även förebyggande insatser för bibehållen hälsa, eller att en försämring av personens tillstånd snabbt kan identifieras. Flera anhöriga uttryckte oro över att det under biståndsbedömningarna inte alltid skapas en helhetsförståelse för den äldre personens behov och funktionsnivå, och att det är viktigt att biståndsbedömningen blir korrekt eftersom den styr vilka insatser man får framgent. Det måste vara enkelt och smidigt att få kontakt med äldreomsorgen och att kunna ta del av insatser, utan för mycket byråkrati och köer. Det system av omsorg och hälso- och sjukvård som finns måste även upplevas som begripligt ur den äldres eller den anhöriges perspektiv.

Intervjuade äldre personer uttryckte även vikten av att hjälpen verkligen finns där när man behöver den, till exempel att det kommer någon när man tryckt på sitt trygghetslarm. Annars skapar insatsen bara mer otrygghet. Anhöriga betonade även att det måste fungera med insatser även till personer med nedsatt beslutsförmåga, till exempel personer med demenssjukdomar, som kanske säger nej till insatser som de egentligen har behov av.

"Jag vill känna att de initierar det jag behöver, för jag vet inte vad jag ska fråga efter. Jag behöver hjälp att tänka, få veta vad jag har rätt till." (anhörig)

"Jag har fått kämpa som ett djur, suttit i många telefonköer. Men nu har det blivit bättre...nu finns det mycket mer information på nätet. Men det måste finnas information på annat ställe med." (anhörig)

"Var går gränsen när man inte längre är kapabel att hantera sig själv? När man inte kan ge samtycke." (anhörig)

2) Jag blir sedd som en person, och får stöd utifrån mina behov och resurser

Deltagarna betonar vikten av ett mänskligt och vänligt bemötande, och att stödet och insatserna kan anpassas efter varje persons behov, förmåga och preferenser. Att man får fortsätta att vara en unik individ även om man bor på ett särskilt boende, till exempel att kunna välja när och vad man vill äta eller när och hur ofta man vill duscha. Man vill även bli sedd för de resurser, förmågor och erfarenheter man faktiskt har. Här lyfter man vikten av att förstå personens livshistoria, speciellt efter man tappat förmågan att själv kommunicera sina behov och önskemål. Flera äldre personer som intervjuades lyfter vikten av de mellanmänskliga relationerna till personalen, och hur välgörande det är när man känner varandra och personalen till exempel ger en klapp på axeln eller att man kan skoja tillsammans.

"När de hälsar med namn och så, och kommer ihåg vem man är. Då känns det riktigt bra." (äldre person)

"Folk pratar till honom som om han är en liten dum gammal människa. Men han är ju en yrkesarbetande man! Visst han är över 80, men dum – det är han inte!" (anhörig)

"Roligt om du kan skoja med någon och dom kan skoja tillbaka, som den lilla vildbjärnan, hon är helt tokig. Hon är så omtyckt av alla här. Igår kommer hon och sätter sig och kramar om Berit. Då blir jag faktiskt lite berörd. Sen bråkar hon med mig resten av tiden, men det är bara på skoj" (äldre person)

3) Jag får stöd och vård som är sammanhängande och relationellt

Både äldre personer och anhöriga upplever svårigheter när man träffar många olika personer under en dag eller en vecka, både för omsorgs- och hälso- och sjukvårdsinsatser. Anhöriga lyfter till exempel att det kan vara utmanande för personer med demenssjukdom när man hela tiden möter nya personer. Man önskar träffa så få personer som möjligt, och ser stora värden i att man lär känna varandra. Det leder till tillit mellan personal och den äldre och anhöriga. Man önskar även att samordningen mellan olika aktörer ska fungera, till exempel mellan hemtjänst, hemsjukvård och andra hälso- och sjukvårdsinsatser, utan att man som anhörig ska behöva lägga mycket tid och kraft på att koordinera olika aktörer och insatser. Ett exempel är övergång från sjukhusvistelse till hemmet där det behöver finnas god samverkan och kommunikation mellan region och kommun för att övergången ska upplevas som trygg. Många anhöriga efterlyser också tydligare information och kommunikation med vården och omsorgen, för att skapa kontroll och trygghet där att man vet vad som kommer att hända.

”På två månader fick far hjälp med dusch av 14 olika personer. Det berodde inte på att någon var sjuk eller så, det var tvåmånaders-planeringen som innehöll 14 namn. Enbart för att få duscha. Jag tyckte så synd om honom då. Han som alltid har varit så pryd. Inte ens jag har sett honom naken någon gång. Jag blir ledsen nu när jag tänker på hur det måste ha varit för honom.” (anhörig)

”Vår gamla läkare, Per-Anders, var härifrån trakten så han kände alla. Den nya läkaren är inte alls lika involverad, det blir ett glapp nu.” (äldre person)

”Samverkan mellan olika enheter är det värsta. Man leker Svarte Petter o skjuter problemet till nån annan.” (anhörig)

”Brist på kommunikation till oss anhöriga skapar oro och tvivel. Har det gått fram? Även information om att något inte har hunnits med är viktig information.” (anhörig)

”Det lämpar sig inte bra för oroliga dementa att få olika människor som kommer till hemmet varje dag... Redan på morgonen var hon orolig för att det skulle komma hemtjänstpersonal som hon inte kände på kvällen” (anhörig)

4) Jag kan vara delaktig i min vård och omsorg och får möjlighet att göra mina egna val

Framför allt de äldre personer som intervjuats lyfter vikten av att kunna vara så aktiv som det går och få stöd till att kunna göra det man fortfarande kan själv, till exempel att duscha själv. Man vill även kunna göra egna val kring saker som handling och vilken mat man vill äta. Äldre och anhöriga betonar vikten av att behålla makten över så många beslut och val som möjligt. Här är det viktigt med tillgång till begriplig information för att känna till sina rättigheter och vilka insatser som man kan ta del av. Anhöriga påpekar att personer med nedsatt beslutsförmåga också ska kunna vara delaktiga utefter sin förmåga, och att delaktigheten anpassas till personer med till exempel demenssjukdomar.

”De är gulliga och snälla, det är inte det, men det är så mycket regler... de får inte städa ur kylskåpet. Vad är det för en regel? Torka lite damm och dammsuga mitt på golvet, det kan jag göra själv” (äldre person)

”Man får veckans meny varje måndag och kan kryssa för vilka rätter man vill ha.” (äldre person)

”Igår lärde jag mig att gå på toa själv, så slipper jag ringa personalen för det. Nu ska jag lista ut hur jag kan duscha själv så jag slipper höra ”nä det får vi ta nästa dag”. (äldre person)

5) Jag har en meningsfull vardag och möjlighet till social gemenskap

Flera av de äldre som intervjuats uttrycker att de upplever en avsaknad av sociala kontakter och gemenskap. Samtidigt uttrycker en del farhågor över att till exempel behöva bo på ett särskilt boende och äta med många andra människor. En slutsats är att det är viktigt att ha tillgång till social gemenskap om man vill. Äldre personer uttrycker även att man vill kunna ta del av aktiviteter för att inte vardagen ska bli för långtråkig, men att det då ska vara aktiviteter som passar ens egna intressen. En del lyfter att det är svårt att bli begränsad när man tidigare levt ett aktivt liv, medan andra uttrycker att behoven och längtan också ändras när man blir äldre. Anhöriga lyfter vikten av att lokalerna till exempel på ett särskilt boende ska vara trevliga och att det ska finnas möjlighet att kunna vistas utomhus, men att det också måste finnas personal som kan ta med de äldre ut.

“Det är bara av ren ålderdom som jag är här på boendet, och så slipper jag ensamheten. Det är underbart, är bara havet som fattas!” (äldre person)

“Ja, vi har varit aktiva och då känns det ju av att bli så här begränsad. Det är det som grämer mig mest, att det har blivit begränsat och det har slagit emot det jag tyckte bäst om. Det tycker jag var tråkigt” (äldre person)

“Jag går på social samvaro varje tisdag och torsdag. Det är mina ljuspunkter i vardagen. Det är två flickor från hemtjänsten som är där, de är så gulliga. Alltid har de hembakat till kaffet. Och kommer man inte ringer de och undrar “mår du inte bra idag”. De saknar oss som brukar gå varje gång. Det kan inte vara bättre, de är fantastiska.” (äldre person)

6) Att bli mött i mina existentiella behov och tankar

Flera av de äldre som intervjuats uttrycker ett behov av att bli mött utifrån de existentiella behov och tankar som kan komma med åldrande, och med att närma sig livets slutskede. Det kan handla om att man vill känna att man fortfarande betyder något för någon och att man finns i ett sammanhang, trots att många av ens förmågor har försvunnit. Anhöriga till personer med demens uttrycker till exempel att det är viktigt för personer med demenssjukdom att få ett eget sammanhang, till exempel i form av dagverksamhet, eftersom man blir så beroende av sina anhöriga som ofta sköter mycket av ens omsorg. Det kan också handla om att hantera den ensamhet som man kan uppleva när ens livspartner eller ens vänner dör, eller om ens barn bor långt bort.

“Ensamheten är det värsta av alltihop, jag vill hellre vara död. Att äta själv... kan du tänka dig det?” (äldre person)

“När jag vaknar så brukar jag tänka på hur dagen kommer att bli. Det är enkelt. Den ena dagen är lik den andra. Ibland vet jag inte om jag tycker det är värt att stiga upp.” (äldre person)

7) Mina anhöriga får stöd och avlastning och kan vara delaktiga vid planering, bedömning och genomförande

Anhöriga, som i många fall blir vårdare till maka, make eller föräldrar, upplever att man ofta behöver mer stöd och avlastning än vad man får idag. Man önskar att det vid biståndsbedömning, planering men även genomförande av insatser även ska tas hänsyn till den anhörigas liv och behov. Det ska vara möjligt att ha ett fungerande liv trots att man vårdar sin familjemedlem. En del uttrycker svårigheter i att ens hem förvandlas till ett sjukrum och att personal från vård och omsorg kommer och går. Flera uttrycker att samhället också måste ta hänsyn till anhängvårdares egen hälsa, och att många anhängvårdare själva är äldre. Tydliga roller och ansvarsfördelning mellan den anhängige och äldreomsorgen efterfrågas, så att man vet vad som förväntas av en och vad det är som äldreomsorgen tar ansvar för. Många uttrycker att träffar, utflykter och utbyten mellan anhängvårdare ger väldigt mycket, både i form av social stimulans och möjligheten att utbyta erfarenheter.

“Om inte min man åkte in på sjukhuset då och då – då skulle jag aldrig få en stund ledig för mig själv!” (anhörig)

“Min man är den av oss som har hemtjänst så därför bäddar de bara hans sida av dubbelsängen.” (anhörig)

"I Örebro finns ett anhörigcentrum där man kan få hjälp eller en fri eftermiddag för att ta hand om sig själv" (anhörig)

"Vad har jag som ansvarig som anhörig?"... och vad har de på äldreboendet för ansvar?" (anhörig)

Steg 2 – Validering och vidareutveckling av värden från äldre och anhöriga med medarbetare i äldreomsorgen, samt skapa förståelse för den lokala kontexten för nationell plan för vård och omsorg

Workshop 2 i Kronoberg, Karlstad och Örebro

För att komplettera de värden vi identifierat tillsammans med äldre och anhöriga arrangerades tre workshops med undersköterskor, sjuksköterskor och enhetschefer från SÄBO och hemtjänst, områdeschefer, MAS, MAR, SAS, fysioterapeuter och arbetsterapeuter med flera, från de tre piloterna. Sammantaget deltog ett 80-tal personer på workshops. Workshopen i Värmland genomfördes digitalt.

Syftet var att få ett professionellt och verksamhetsnära perspektiv på de framtagna värdena. Vi ville också undersöka vilka förutsättningar som krävs för att en nationell plan för vård och omsorg ska bli användbar och stöttande i medarbetares vardag. Detta gjordes genom att undersöka vilka styrdokument som deltagarna ansåg var stödjande idag och varför, och hur de önskade att en nationell plan skulle vara utformad för att göra nytta i verksamheten.

Värdena validerades och tydlighet efterfrågades i planen

I stor utsträckning validerades de värden som beskrivits i figuren. Deltagarna ansåg dock att det förebyggande, främjande och rehabiliterade perspektivet borde lyftas fram ännu tydligare, och även perspektivet kring att bibehålla sin förmåga och hälsa. Man tryckte även på vikten av att vård och omsorgsplanen verkligen blir till nytta för äldre personer och stöttar ett personcentrerat arbetssätt.

"Patienters mål ska styra, det ska vi ställa om på. Det är vi lite nyvakna kring. Och patientens mål behöver formuleras och det behöver vi hjälp med." (verksamhetsnära medarbetare)

"Fattas ett värde kring det medicinska – att få behålla hälsan – få den medicinska behandlingen som man ska ha" (verksamhetsnära medarbetare)

De styrdokument som man ansåg vara stöttande var rutiner och riktlinjer som kan skapa systematik och likvärdighet, där det var tydligt med roller, syfte och mål. Man uppskattade tydliga lättförståeliga och kortfattade texter och instruktioner. Användbarheten och ett förtydligande kring hur:et ansågs som viktigt. Man uppskattade även att kunna bryta ner exempelvis den nationella värdegrunden till lokal nivå, och att den på så sätt kan fungera som diskussionsunderlag i medarbetargruppen. På en workshop var det tydligt att de riktlinjer som fanns kring teamträffar var det viktigaste dokumentet för deltagarna eftersom man tyckte att teamarbetet var så centralt.

"Viktigt att hjälpa varandra i teamet, alla delar är värdeskapande. Att alla perspektiv finns med. Risker finns för vårdskador när teamet inte samarbetar" (verksamhetsnära medarbetare)

"Ett bra exempel är basala hygienrutiner, den är så tydlig. Sen har vi länsövergripande riktlinjer, och uppdragsbeskrivningar, utbildningar och hygienombud. Det måste omsättas och malas ner" (verksamhetsnära medarbetare)

Man uttryckte även att det finns många olika styrdokument och rapporteringskrav. Det kan bli arbetskrävande för exempelvis chefer som ansvarar för rapportering men även svårt för undersköterskor att navigera i all den information som finns tillgänglig. Det framkom även att om det finns för mycket riktlinjer och regler finns det en risk att medarbetarna slutar tänka själva, och bara följer bara de instruktioner som ges.

”Som undersköterska är det mest omsorgens handböcker [som används], inte lätta att hitta och ibland förstå, det är alldeles för mycket dokument att hålla koll på.” (verksamhetsnära medarbetare)

Deltagarna hade ett antal önskemål kring utformningen av en nationell plan för vård och omsorg för att den skulle vara stöttande:

- Förtydliga uppdraget och vilka förväntningar som finns
- Behov av mål som följs upp och mäts, till exempel genom nyckeltal och indikatorer
- Utgå från nationella krav och bestämmelser, till exempel den nationella värdegrunden
- Utgå från den äldres behov och ett personcentrerat förhållningssätt
- Bör beskriva hur:et och vara användbar i verksamheten
- Stor efterfrågan på tydlighet:
 - Begränsa tolkningsutrymmet
 - Definiera centrala begrepp
 - Tydliga krav/mål
 - Enkelt språk och kortfattad

”Nationella omsorgsplanen måste vara tydlig, så alla olika professioner vet vad som gäller för just dom i sitt arbete” (verksamhetsnära medarbetare)

”Den bör vara enkelt skriven och lätt att förstå, inte så stort tolkningsutrymme” (verksamhetsnära medarbetare)

Deltagarna ansåg det som positivt om en nationell plan kunde skapa likvärdighet i landet gällande äldreomsorgen. Det fanns både önskemål om detaljreglering av till exempel genomförande av planen, för att säkerställa likvärdighet, men även vissa farhågor kring detaljstyrning.

”Jag har inga problem med ingrepp i det kommunala självstyret, det ska inte spela någon roll var du bor utan äldreomsorgen ska vara likvärdigt överallt” (verksamhetsnära medarbetare)

Man uttryckte önskemål om att planen skulle bidra till bättre samordning, till exempel att Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen kan fungera bättre ihop. Det uttrycktes även viss förvirring kring vad planen egentligen skulle vara för typ av dokument, till exempel hur den relaterade till redan befintliga genomförandeplaner. Flera uttryckt att det kan bli förvirrande om det kommer finnas flera olika planer, och man önskade en vård- och omsorgsplan. Det fanns även en farhåga att planen skulle kunna komma att innebära att det som redan görs bra idag kommer behöva göras på nya sätt.

Gällande målgrupp för planen ansåg deltagarna att planen skulle kunna brytas ner på olika nivåer för olika professioner, och att de äldre och anhöriga var en viktig målgrupp. Man nämnde även att den viktigaste målgruppen var de som finns i verksamheterna närmast den äldre personen, men att planen även kunde användas för att visa politiker vilka resurser som krävs till verksamheten. Flera påpekade att planen även måste fungera för personer med till exempel demenssjukdom och nedsatt beslutsförmåga.

”Kan vi prata om skydd för äldre också? Andelen ökar med personer med kognitiv nedsättning som utsätter sig för fara, säger nej till saker, men vi kan inte tvinga dem med lagstiftning. De kan vara ute och snurra på natten och riskera att bli påkörd” (verksamhetsnära medarbetare)

I ett analysarbete togs en prototyp fram

I ett gemensamt analysarbete mellan Hälsolabb och utredningen reviderades värdena än en gång utifrån insikter från workshopen. En översättning av värdena till förslag på områden samt delmål i planen genomfördes. I denna fas togs ett utkast på modell eller prototyp fram för hur den nationella planen för vård och omsorg hör ihop med relaterad lagstiftning samt hur planen skulle kunna vara strukturerad.

Prototyp över plan för vård och omsorg innehåller åtta områden



Figur 4. Värden som äldreomsorgen bör uppfylla ur ett äldre- och anhörigperspektiv samt områden i nationell plan för vård och omsorg



Figur 5. Prototyp över plan för vård och omsorg och planens förhållande till lagstiftning

Den nationella planen för vård och omsorg föreslås innehålla åtta områden. En utgångspunkt i formuleringen av förslagen till områden är vad som skapar värde för äldre personer och dess anhöriga. Utredningen har därefter härlett dessa områden till mål och krav i socialtjänstlagen och förslagen i äldreomsorgslagen. Därefter har utredningen formulerat preliminära områden och delmål på ett sätt som ska harmonisera med lagkraven för att uppnå en samstämmighet mellan den nationella planen för vård och omsorg och de övergripande lagbestämmelserna. Delmålen blir ett sätt att visa på vad som behöver uppnås för att de övergripande målen i socialtjänstlagen (SoL) och äldreomsorgslagen ska uppnås. Eftersom det handlar om författningstext, med bindande regler och skyldigheter för dem som träffas av bestämmelserna, behöver dock delmålen och reglerna vara tydligt formulerade och rikta sig mot dem som träffas av skyldigheterna (snarare än utifrån vad ”jag” som enskild individ ska erhålla).

Preliminärt förslag på områden för en nationell plan för vård och omsorg:

- 1) Förebyggande, funktionsstödjande och hälsofrämjande
- 2) Tillgänglighet
- 3) Samordning och kontinuitet
- 4) Individanpassning och personcentrering
- 5) Självbestämmande och delaktighet
- 6) Stöd, avlastning och involvering av anhöriga/närstående
- 7) En meningsfull tillvaro
- 8) Trygg och säker vård och omsorg

Förslag på områden för en nationell plan för vård och omsorg

1) Förebyggande, funktionsstödande och hälsofrämjande



"Det finns betydligt mer hjälp att få för att bli frisk än vad man kan få för att inte bli sjuk"
(äldre person)

Exempel på (möjliga) delmål:

Kommunen ska

- ha/ skaffa sig god kännedom om invånares befintliga behov och en prognos över behov som kan förväntas uppstå (struktur/samhällsnivå)
- utifrån varje persons behov, förutsättningar och önskemål inrikta vården och omsorgen på att bidra till bästa möjliga funktionsförmåga och hälsa (individnivå)

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande

- kompetens inom...(både baspersonal + leg personal)
- utredning av personens behov för att bidra till bästa möjliga funktionsförmåga och hälsa vid biståndsansökan (till exempel med stöd av IBIC)
- förebyggande, funktionsstödande och hälsofrämjande perspektiv i genomförandeplanen
- inkludering av förebyggande och rehabiliterande insatser i individuell plan
- att skapa förutsättningar för en meningsfull tillvaro
- att arbeta med t. ex. Senior Alert (riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning)

Synpunkter från workshop

Följande synpunkter uttrycktes på workshopen kring området och dess delmål:

- Behov av att flera aktörer samverkar kring det förebyggande uppdraget

- Att det finns gemensamma strukturer och planering för förebyggande arbete
- Delande av data från flera huvudmän, till exempel regionens data kring diagnoser, för att kunna genomföra gemensamma prognoser
- Samarbetet mellan olika professioner behöver öka

2) Tillgänglighet



"Hemtjänsten kommer hit och hjälper oss, det är underbara och är det något fel så är det bara att trycka på larmet så kommer dem, vi behöver inte vara oroliga. Ramlar man tar det inte många minuter innan dom är här."
(äldre person)

Exempel på (möjliga) delmål

Kommunen ska

- vara enkel att komma i kontakt med
- säkerställa att information om vilket stöd och vilken hjälp man kan få är lättillgänglig.
- se till att det är enkelt att få hjälp när nya behov uppkommer.

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande:

- kompetens inom...
- information
- kommunikation
- bemötande
- proaktivitet
- kontaktfunktioner
- bemanning

3) Samordning och kontinuitet



"I flera dagar låg jag med dygnet-runt- övervakning och slangar med dropp och sånt. Lördag morgon tog de bort allt och skickade hem mig till min ensamma lägenhet. Jag skulle ringa vårdcentralen om det var något. Men där har de stängt på lördagar. Då måste jag erkänna att jag kände mig rädd..."
(äldre person)

Exempel på (möjliga) delmål

Kommunen och regionen ska

- säkerställa samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård
- säkerställa samordning mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård
- tillhandahålla individanpassad information och kommunikation med äldre och anhöriga/närstående
- verka för kontinuerliga och tillitsfulla relationer med så få personal som möjligt utifrån personens behov och önskemål

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande:

- Samordning och kontinuitet i genomförandeplan
- Samordning och kontinuitet i den individuella planen
- Fast omsorgskontakt
- Fast vårdkontakt
- Fast läkarkontakt
- Strukturer för teamwork
- Bemanning
- Ledarskap

Synpunkter från workshop

Följande synpunkter uttrycktes på workshopen kring området och dess delmål:

Delmål: Säkerställa samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård

Samordning är båda parter ansvar (även regionens), viktigt att det framgår i skrivningarna

- Även samordning inom en kommun, inte bara mellan kommun och region
- Samordna olika planer
- Behov av en samordnande/koordinerande funktion med ett tydligt uppdrag
- Vad är samordning? Vad förväntas och hur ska det följas upp?
- Kan planen lösa ut problem i mellanrummen mellan HSL och SoL?
- I Kronoberg samarbetar kommunerna i grupp med regionen, på regional nivå. Tillåter skrivningarna detta?
- Blir det samma krav på små kommuner med mycket mindre resurser – olika förutsättningar?
- Lägg fokus på värdet och upplevelse av helhet för äldre och anhöriga och mät detta

Delmål: Tillhandahålla individanpassad information och kommunikation med äldre och anhöriga/närstående

- Tydligare närståendeperspektiv, de har en sån central roll och har stort behov av att få information och av att ha bra kommunikation med vården och omsorgen
- Äldre kan ha många olika kontakter och information och kommunikation måste fungera mellan dessa och till de anhöriga

Delmål: Verka för kontinuerliga och tillitsfulla relationer med så få personal som möjligt utifrån personens behov och önskemål

- Behov av få personer runt den äldre som jobbar i team med olika kompetenser
- Utgå från individens behov inte systemet
- Kontinuiteten har man jobbat med länge, kommer statlig reglering spela roll?
- ”Så få som möjligt” upplevs som en otydlig skrivning som ger utrymme för tolkningar
- Hitta det grundläggande behovet som kontinuitet ger – till exempel trygghet.

4) Individanpassning och personcentrering samt mål 5) Självbestämmande och delaktighet



*"Jag önskar att jag kunde få följa med och handla. Se varorna och själv bestämma... Och följa med och handla kläder – åh, det har jag inte gjort på flera år."
(äldre person)*

Exempel på (möjliga) delmål

Kommunen ska

- se till att vården och omsorgen utgår från den enskilda personens behov och förutsättningar
- se till att vården och omsorgen tar hänsyn till den enskilda personens identitet, förväntningar och integritet
- utgå från enskilda personens styrkor och förmågor
- utgå från enskilda personens livshistoria
- främja ett så självständigt liv som möjligt
- skapa förutsättningar för att kunna vara aktiv i den egna vardagen
- beakta enskilda personens egna val

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande:

- Kompetens, bl. a. att möta ett brett spektrum av olika identiteter utifrån kultur och sexuell läggning
- Den enskildes involvering och om möjligt aktiva deltagande i genomförandeplan
- Fasta kontakter (FOK/FVK) som kan bygga relation och skapa tillit och möjlighet för individen att ge uttryck för önskemål.
- Individanpassad information och kommunikation som grund för att kunna vara delaktig

Synpunkter från workshop

Följande synpunkter uttrycktes på workshopen kring området och dess delmål:

- Hur mycket kan man reglera personcentrering – det handlar om att vara flexibel utifrån varje individ man möter.
- Kompetens/utbildning centralt för att skapa individanpassning och personcentrering
 - Inom demensområdet finns en medvetenhet och bra kompetensutveckling
 - Medvetenhet om och kompetens inom psykisk ohälsa för äldre bör förstärkas
- Genomförandeplanen är ett verktyg där individanpassning kan göras
 - Denna behöver mer vikt och substans för att bli ett värdefullt verktyg
 - Den kan kopplas tydligare till livsberättelsen
- Livsberättelsen/historien benämns som ett viktigt verktyg för individanpassning
 - Vanligt att livsberättelsen enbart blir en dokumentation som ska följas upp – hur kan den användas för att skapa värde?
- Formuleringen: "beakta personens egna val" bör ses över för de som inte kan eller vill uttrycka sin vilja.

6) Stöd, avlastning och involvering av anhöriga/närstående



"Jag var ledsen först när vi skulle ha hemtjänst för att här ska ränna främmande människor varenda dag varenda dag morgon och kväll, det är man inte van vid"
(anhörig)

Exempel på (möjliga) delmål

Kommunen ska

- utgå från hushållets sammantagna behovsbild, t. ex. att beakta anhörigas/närståendes behov och vilja att vara informerad om och delta i vården och stödet till sin närstående.
- arbeta uppsökande och förebyggande med att stödja närståendes mående och hälsa.

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande:

- att involvera anhöriga/närstående i genomförandeplan (utifrån lämplighet och den enskildes önskemål) samt i individuell plan där tillämpligt.

Synpunkter från workshop

Följande synpunkter uttrycktes på workshopen kring området och dess delmål från anhöriga:

- Efterfrågar tydlig lagstiftning och planer – som denna
- Äldre och närstående behöver veta vilken omsorg man har rätt till
- Viktigt med uppföljning av de planer som görs
- Nödvändigt med tillräckligt stöd och avlastning till anhörig
- Önskar större flexibilitet och hänsyn till förändrade förhållanden och omvårdnadsbehov i hemmet. Både för personen med omsorg, och för anhöriga/närstående.
- Viktigt att anhörigträffar finns, till exempel genom kommunen
- Många nämner andra aktörer som erbjuder både aktiviteter, stöd och träffar med andra anhöriga (kyrkan, civilsamhället), och kommunens roll i att förmedla kontakter till dessa

7) En meningsfull tillvaro



*“Det är ju inte det att det fattas något. Men det känns som man inte är viktig för någon. Inte ens i sitt eget liv.”
(äldre personer)*

Exempel på (möjliga) delmål

Kommunen ska

- erbjuda möjlighet till social gemenskap, utifrån individens behov, förutsättningar och önskemål.
- erbjuda individuella eller gruppaktiviteter utifrån individens behov, förutsättningar och önskemål.

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande:

- kompetens
- bemötande
- möjlighet till existentiella samtal, t. ex om livets slutskede

8) Trygg och säker vård och omsorg



“Äldre sköra är en av de mest komplexa patientgrupperna vi har att ombändertaga medicinskt och ändå får de väldigt lite resurser. Vi behöver tillgång till medicinsk kompetens både i volym och kvalitet där man kan arbeta proaktivt istället för reaktivt.”

Exempel på (möjliga) delmål

Kommunen ska

- se till/verka för att vården och omsorgen ges med så god kontinuitet som möjligt
- se till att lokalernas utformning i sådana särskilda boendeformer som avses i x § är ändamålsenliga och säkra, till exempel ur smittskyddssynpunkt

Regler för genomförande kan t.ex. tas fram gällande:

- personalkontinuitet
- omsorgskontinuitet
- bemötande
- brandskydd
- förebyggande av fallskador och undernäring
- kompetens... (smittskydd, vårdhygien, svenska språket mm)

Steg 3 – Testa utredningens förslag tillsammans med chefer och ledare från kommun och region, anhörigrepresentanter och myndighetsaktörer, genom diskussioner av prototyper

Workshop 3 i Kronoberg, Karlstad och Örebro

Under tre digitala workshops i respektive Kronoberg, Karlstad och Örebro undersökte vi styrnings- lednings- och uppföljningsperspektiv, myndigheternas tillsynsperspektiv samt anhörigperspektivet på den prototyp för planen som tagits fram. Deltog gjorde chefer på enhets-, områdes- och förvaltningsnivå, samordnare, MAR, MAS, SAS, ekonomer med flera från deltagande kommuner och regioner, anhöriga till äldre och representanter från pensionärs- och anhörigföreningar samt representanter från IVO och Socialstyrelsen. Ett 90-talt deltagare ombads att reflektera kring värden, områden och delmål som presenterades i prototypen. Deltagarna diskuterade om dessa skulle bidra till kvalitetsutveckling och förtydligande av uppdraget i äldreomsorgen. Fyra av områdena, samt tillhörande exempel på delmål diskuterades i mer detalj. Deltagarna ombads även resonera runt hur ett genomförande av den nationella omsorgsplanen skulle kunna se ut i deras verksamheter, och på vilken detaljnivå man ansåg att olika delar av planen skulle utformas.

Generella insikter kring förutsättningar och plan som begrepp

På workshopen framkom många generella insikter kring prototypen på en nationell plan för vård och omsorg. Det handlade till exempel om ett behov av synkronisering med annan lagstiftning, till exempel gällande LSS, och behov av synkronisering med andra planer och inriktningsdokument. Vissa deltagare ifrågasatte om det finns behov av ytterligare styrdokument eller planer. Även i dessa workshops förekom förvirring kring begreppet plan och om detta var en plan som varje verksamhet skulle ta fram eller om det var mer av ett strategidokument. Man framhöll också att kommunen inte ensam kan säkerställa samverkan *mellan* kommun och region, utan att det måste vara ett delat ansvar. En del uttryckte farhågor kring att den nationella planen skulle kunna leda till ökad administration för verksamheterna och kommunen.

”Ett frågetecken handlar om administrationsbördan. Även overheadkostnader, att mycket ska följas upp på strategisk nivå, det kräver sina resurser” (deltagare workshop 3)

Det framkom också att vissa kommuner i dagsläget har svårt att följa befintliga lagar, regler och riktlinjer och man undrade hur man skulle mäta med att uppfylla mer detaljerade krav. Det fanns också frågetecken om det skulle finnas sanktioner om man inte lyckas uppfylla till exempel delmål i planen. Flera deltagare framförde även att det viktigt att beakta att många personer med insatser från äldreomsorgen lever med demenssjukdomar och därför har nedsatt beslutsförmåga. Den nationella planen måste formuleras och struktureras så att den även fungerar för denna grupp.

På ett mer generellt plan framfördes i samtliga workshops att det i äldreomsorgen finns ett stort behov av kompetenshöjning, av akut och långsiktig kompetensförsörjning samt statushöjning av professionen. Detta såg man som centrala förutsättningar för att kunna genomföra planen. Det framfördes även behov av utökade ekonomiska resurser.

”Kompetens, föreståndarens kompetens är viktig. Äldreomsorg är komplext. Att vara skolad både inom medicin och socialt saknar de flesta, men man skulle kanske behöva det” (deltagare workshop 3)

”Kompetensförsörjning den största utmaningen. Idag konkurrerar vi om arbetskraft. Löner behöver höjas och statusen att arbeta med äldre behöver höjas.” (deltagare workshop 3)

"Det här är vad alla vill och strövar mot. Men vi kan inte alltid komma dit på grund av resurser, pandemi med mera. Men viljan finns redan idag. Frågan är hur får vi förutsättningar."
(deltagare workshop 3)

Validering av områdena men behov att knyta de nära till värdena

Analysen från diskussioner om prototypen med värden, områden och delmål visade att deltagarna ansåg att en beskrivning av värdena behövs för att inte tappa kopplingen mellan de äldres och anhörigas erfarenheter och behov samt områdena i den nationella planen. Annars finns en risk att områden endast fångar det organisatoriska perspektivet och tappar det värde som ska uppnås för de äldre. Deltagarna ansåg vidare att de föreslagna områdena fångar in det mest väsentliga som bör ingå i den nationella planen, och att områdena fångar in dimensioner som är relevanta såväl ur individuellt som ett organisatoriskt perspektiv.

"Vältäckande områden kring vad man vill åstadkomma i äldreomsorgen och komma till rätta med de brister som finns." (deltagare workshop 3)

Flera deltagare uttryckte att det skulle vara värdefullt att samla krav och riktlinjer från lagstiftningen i ett och samma dokument, även om planen i sig inte innehåller något nytt. Det var tydligt att de anhöriga som deltog efterfrågade och uppskattade att planen blir ett dokument man kan vända sig till för att få en helhetsbild av vad man förvänta sig av äldreomsorgen. Några deltagare önskade att planen inte bara skulle fastställa nuvarande krav på äldreomsorgen, utan gå längre och införa nya krav. Exempel som nämndes var krav på bemanning.

"Lättare för de anhöriga att veta vad som gäller när man snävar av, vet vad man kan begära. Behöver då vara skrivet på ett sånt sätt att man förstår!" (anhörig)

Vad gäller planens detaljeringsgrad fanns det inte någon minsta gemensam nämnare utan en stor bredd i synpunkter. En generell iakttagelse var att mer verksamhetsnära medarbetare var mer positiva till tydliga och detaljerade krav kring till exempel genomförande i planen. Chefer på högre nivå i kommun och region uttryckte större farhågor kring risker för detaljstyrning och vikten av att kunna anpassa till lokala förutsättningar.

"På ett sätt skulle det vara skönt att få det detaljstyrt [i planen], men å andra sidan är det bra att kunna påverka själv." (deltagare workshop 3)

"Tappar vi ödmjukheten utifrån att det är så olika i landet? Olika förutsättningar och stora skillnader över landet. Blir det för styrande så kan det finnas en risk att man tappar andra delar" (deltagare workshop 3)

Flera deltagare lyfte frågan kring mätbarhet och uppföljning av planen, och vikten av att detta skulle vara möjligt. Det upplevdes även som viktigt att de utfall och effekter som följs upp handlar om resultat för äldre personer och dessa anhöriga, snarare än att mäta processer i organisationen. Man såg däremot svårigheter i att ställa för detaljerade krav, och följa upp dessa, kring områdena personcentrering och individanpassning. Här såg deltagarna ett stort behov av att kunna vara flexibla utifrån varje individs behov och förmågor. Det kan till exempel finnas stora variationer i hur delaktig den äldre personen vill och kan vara i sin vård och omsorg. Många deltagare betonade även att man önskade att planen kunde bidra till förbättrad samverkan och samordning mellan olika aktörer.

"Om man inte vill berätta sin levnadshistoria – och om det följs upp som ett delmål i planen - har vi då misslyckats?" (deltagare workshop 3)

"Utmaningen är samordning mellan kommun och andra huvudmän – inte lagstiftningen"
(deltagare workshop 3)

Det fanns även ett par områden som deltagarna önskade tydliggöranden kring:

- Kopplingen till god och nära vård (man såg att mycket pekade åt samma håll, men fanns då en oro att det skulle komma ytterligare ett parallellt spår).
- Organisering, roller och ansvar – Vem äger dokumentet? Tydliggöra roller
- Anhöriges roll - Behöver stärkas och även tydliggöras juridiskt. De anhöriga är så centrala för den äldres personens omsorg, och det är viktigt att de kan förstå planen.
- Existentiella behov - Tydliggöra vikten av detta
- Medicinsk kompetens – Saknar fokus på detta för äldre
- Psykisk hälsa och missbruk – Behöver uppmärksammas för äldre
- Digitala verktyg - Användning av dessa tex i det förebyggande arbetet
- De insatser och den roll som civilsamhället kan spela

"Hänger detta ihop med Nära vård och tex utflyttning från sjukhus?"

"Lägga till en punkt om psykiska hälsan i områdena! En del blir så oroliga att de både gråter och annat, så ensamma med sina tankar och funderingar" (anhörig)

Sammanfattningsvis ser aktörerna i systemet positivt på förslag på plan för vård och omsorg

En sammantagen analys från hela den samskapande processen visar att deltagare på workshops från olika delar av systemet – anhöriga, medarbetare och chefer från kommun och region samt myndighetsrepresentanter – i stor utsträckning har validerat och uttryckt sig positivt kring det förslag som utredningen tagit fram om en plan för vård och omsorg. Vi såg inte heller några avgörande skillnader mellan slutsatser från workshops i Örebro, Värmland och Kronoberg. Vi såg dock en del skillnader i attityder gentemot planen beroende på var i systemet man befinner sig. Mer verksamhetsnära medarbetare uttryckte sig mer positiva till en mer detaljreglerande plan som på ett tydligt sätt beskriver vad man kan förvänta sig av äldreomsorgen, men även hur det är tänkt att olika delmål ska uppfyllas. Detta ser man kan leda till ökad likvärdighet runt om i landet. Denna bild delas också av anhöriga som efterfrågar ett förtydligande av vad man kan förvänta sig av äldreomsorgen och ser behov av tydliga förbättringar. Chefer på högre nivå i kommun och region uttryckte dock mer skepsis kring en mer detaljerad plan och var noga med att betona det handlingsutrymme som måste finnas hos huvudmän och utförare, och att man redan idag arbetar med många av de områden som beskrivs i planen.

Många deltagare har varit positiva till möjligheten att få delta i ett tidigt skede i utredningens arbete och att få tycka till om förslagen medan de fortfarande går att påverka. Anhöriga och föreningsrepresentanter som deltog på workshop 1 uttryckte även att man kände sig lyssnad till på ett helt annat sätt än vad man brukar i kontakter med statliga utredningar.

Många deltagare har uttryckt att planen har potential att leda till mer personcentrerade arbetssätt eftersom den sätter fingret på värdeskapandet för den äldre och dess anhöriga, och uttrycker att det också måste vara planens slutgiltiga syfte. Den får inte bli en organisatorisk produkt som inte bidrar till värdeskapandet. Deltagarna uttrycker även att det måste vara möjligt att följa upp planens områden och delmål, och vikten av att då fokusera på effekter för äldre personer och dess anhöriga snarare än processmått i organisationerna. Deltagarna såg dock utmaningar i hur uppföljningen skulle kunna genomföras. Flera deltagare har reflekterat kring att man ser positivt på den föreslagna planen men att det troligtvis är utveckling av förutsättningar för att planen ska kunna realiseras som är det mest centrala, till exempel kompetensförsörjning och kompetenshöjning.

Planen bör testas igen i ett fortsatt arbete

Utredningen ska lämna förslag på struktur och områden i en nationell plan för vård och omsorg. En tidig prototyp på en sådan modell har diskuterats tillsammans med berörda aktörer i systemet inklusive anhöriga till äldre personer. Om förslagen på nationell plan för vård och omsorg som utredningen lämnar blir del av en proposition som beslutas av riksdagen, och en myndighet ges uppdraget att ta fram planen, ser vi att det är viktigt att fortsätta att arbeta samskapande med både äldre personer, anhöriga och systemaktörer. Här ser vi att det finns behov av att testa en mer utförlig prototyp av den nationella planen. Detta för att säkerställa att planen kommer vara ändamålsenlig och verkligen utgöra ett stöd i verksamheterna, och inte bli en pappersprodukt som inte används. Det kommer också vara viktigt att säkerställa att planen verkligen bidrar till de värden som äldre personer och dess anhöriga uttryckt, och inte blir en organisatorisk inlaga som inte bidrar i mötet mellan den äldre, dess anhöriga och personal i vård och omsorg. Om planen testas i hela systemet kan även underliggande organisatoriska strukturer och tankemodeller bli synliga som kan stå i vägen för att realisera det tänkta värdet.

Test av Plan för vård och omsorg

Nedan följer en beskrivning av hur ett sådant test skulle kunna gå till, inspirerat från tjänstedesignmetodikens fokus på att testa prototyper för att tidigt få kunskap om hur de skulle fungera ur olika perspektiv. Insikter från testandet tas vidare i en iterativ process där planen utvecklas vidare. För att testet ska kunna genomföras bör äldre, anhörig, vård- och omsorgspersonal, enhetschefer, och ansvariga för uppföljning delta.

För att bättre förstå vilka möjligheter och hinder som kan finnas i systemet för att planen ska kunna skapa värde kan scenarios skapas där man i ett enkelt rollspel provar tänkta genomföranden. Hur skulle det fungera om man på till exempel ett särskilt boende eller i en hemtjänstorganisation skulle arbeta med att genomföra några av de områden eller delmål som listas i planen?

Testet kan göras i stor eller liten skala beroende på möjlighet att engagera olika aktörer. När ett första utkast eller prototyp av planen är framtagen behövs en projektgrupp utvecklas som kan skapa ett verklighetsnära scenario, med rätt aktörer på plats. Det kan till exempel handla om att man testar planen kring ett scenario med en äldre person med långt gången demenssjukdom men även andra somatiska diagnoser, och som saknar anhöriga. Eller ett scenario med en funktionshindrad person men som är pigg och själv vill vara aktiv i sitt vardagsliv och har stort behov av social gemenskap. Följande steg behöver genomföras i testet:

Steg 1: Skapa ett scenario med prototypen

Med alla aktörer i en kedja prova hur ett eller flera genomförande görs i ett rollspel i workshopformat i en äldreomsorgsmiljö.

Steg 2: Analys av systemet kring den äldre från flera perspektiv

Analys med alla aktörer i kedjan hur denna prototyp faktiskt används i verksamheten och hur den uppfyller områden och delmål genom ett genomförande. Leta efter både hinder och möjligheter.

Steg 3: Fördjupa kunskapen om möjliggörare och hinder för att uppnå målen

Justera prototypen enligt analys av vad som möjliggör att komma närmare målen och vad som hindrar. Fortsatt analys med fokus på att förstå rotorsaker till hinder.

Att testa en prototyp i ett verklighetsnära sammanhang ger ofta en bättre förståelse för hur den kommer fungera i den reella kontexten, och vad som hindrar och möjliggör ett värdeskapande för de äldre och deras anhöriga.