

När goda intentioner försämrar

Hur IBIC bidrar till rättsosäkerhet, suboptimering och försämrad arbetsmiljö



Underlagsrapport till Statens offentliga utredning SOU 2020:14 Framtidens teknik i omsorgens tjänst

Författad av Anna-Lena Oskarsson, Ella Kolkowska och Henrik Essunger

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Tillstånd krävs för att använda illustrationer.

Författad av Anna-Lena Oskarsson, Ella Kolkowska och Henrik Essunger.

Grafiskt material av Kajsa Olofsson, Posifon.

Publicerad mars 2020, version 1.1

Vid frågor om grafiskt material, kontakta info@posifon.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Bakgrund.....	5
Inledning	6
Metod	7
Definitioner.....	8
Faktadel.....	13
IBIC, Individens behov i centrum	13
ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.....	15
Användning av ICF i IBIC.....	20
Nationell informationsstruktur, NI	22
<i>Socialtjänstens processmodell utifrån IBIC:s perspektiv</i>	<i>23</i>
<i>Processmodell för välfärdsteknik.....</i>	<i>23</i>
IBIC i processen för välfärdsteknik.....	24
Aktualisera.....	24
Utreda.....	24
Besluta.....	26
Utforma uppdrag.....	26
Genomföra uppdrag.....	27
Följa upp.....	28
Genomförandeplaner.....	29
Förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller.....	30
Resultatdel.....	32
Individprocessen ur hälso- och sjukvård respektive socialtjänstens perspektiv.....	32
De involverande personerna och deras förutsättningar.....	34
Utmaningarna med dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller.....	40
<i>Handläggarens roll i relation till förfrågningsunderlag.....</i>	<i>41</i>
<i>Ersättningsmodeller och införandet av välfärdsteknik.....</i>	<i>43</i>
Genomförandeplaner.....	46
<i>Upprättande av genomförandeplaner</i>	<i>46</i>
<i>Genomförandeplanerna i förfrågningsunderlagen.....</i>	<i>47</i>
<i>Utbildning i upprättande av genomförandeplaner.....</i>	<i>47</i>
<i>Slutsatser om genomförandeplaner.....</i>	<i>49</i>
Konsekvenserna av användandet av IBIC	50
<i>De utmaningar som införandet av IBIC skapar.....</i>	<i>50</i>
<i>IBIC, IBIC-processen och resultat utifrån socialtjänstens övergripande process.....</i>	<i>52</i>
Aktualisera.....	53
Utreda.....	54

Besluta.....	54
Utforma uppdrag.....	57
Genomföra uppdrag.....	60
Följa upp.....	61
Slutsatser	62
<i>Bristfälligt stöd för utförarfaser samt bristfällig dokumentation riskerar att försämra omsorgens kvalité och arbetsmiljö.....</i>	63
<i>Otillräckliga förutsättningar för att fatta beslut leder till försämrad arbetsmiljö samt ökar risk för rättsosäkerhet.....</i>	63
<i>Dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller bromsar användning av världsfärdsteknik och leder till kostnadsineffektiv vård samt suboptimering.....</i>	65
Diskussion och egna reflektioner	67
<i>Införande ur politikerns perspektiv</i>	67
<i>Vad tycker Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)?</i>	67
<i>Reflektioner om välfärdsteknik och samtycke.....</i>	68
<i>Reflektioner om skydds- och begränsningsåtgärder kopplat till välfärdsteknik och nya arbetsätt..</i>	69
<i>Anhöriga och frivilligas involvering inom vård och omsorg.....</i>	70
<i>Brukaren i centrum.....</i>	72
Källor	73
Bilaga - Om författarna och forsknings- och utvecklingsprojekt.....	74
<i>Forsknings- och utvecklingsprojekt.....</i>	74
<i>Författarna.....</i>	75

Sammanfattning

Sedan 2015 har åtta kommuner bedrivit ett forsknings- och utvecklingsprojekt, Utvecklingssamverkan GPS-larm, tillsammans med leverantören Posifon. Inom ramen för projektet har många utmaningar relaterat till införandet och användandet av välfärdsteknik analyserats. Arbetet med denna underlagsrapport initierades då projektets resultat presenterades för utredarna inom den offentliga utredningen S 2018:11/SOU 2020:14 Välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Syftet med denna rapport var att belysa och fördjupa kunskapen om hur omsorgens kvalitet och användandet av välfärdsteknik påverkas av införandet av IBIC samt de utmaningar som finns kopplat till förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller och genomförandeplaner.

Rapporten syftar inte till att ge en fullständig bild av metodiken IBIC (Individens behov i centrum) eller att komma med förslag på förbättringsåtgärder utan snarare att påvisa förutsättningarna som finns i kommunerna men som inte synliggörs i andra sammanhang.

Slutsatsen av denna rapport är att införande av IBIC, dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller, var och en samt tillsammans, riskerar att bromsa kommunernas användning av välfärdsteknik samt kan förstärka en utveckling som innebär beslutsförskjutning, ojämlig vård och omsorg, försämrad arbetsmiljö samt ökande ekonomiska kostnader. Kommuner som använder externa utförare enligt LOV, bör vara uppmärksamma och analysera effekterna av att införa IBIC noggrant. Nedan presenteras de centrala problemområden som identifierades under arbetet med denna rapport:

- IBIC riskerar en beslutsförskjutning från myndighetsbeslut hos handläggarna till beslut om insatser gjorda av den brukarnära personalen som saknar adekvat utbildning och förutsättningar att hantera detta på ett rättssäkert sätt.
- Med IBIC förväntas handläggarna göra bedömningar inom hälso- och sjukvårdsområdet, som de inte har adekvat utbildning för, samtidigt som det som är socialtjänstens kärnkompetens får mindre utrymme i besluten.
- Bristande stöd för utförarfaserna samt otillräcklig dokumentation riskerar att försämma omsorgens kvalitet, brukarens hälsa samt kan leda till försämrad arbetsmiljö.
- Otillräckliga förutsättningar för arbetsuppgifterna, vilket riskerar ojämlig vård och omsorg, rättsosäkerhet och försämrad arbetsmiljö för den brukarnära personalen.
- Dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller bromsar användning av världsfärdsteknik och leder till kostnadsineffektiv omsorg samt suboptimering.
- Genomförandeplaner är ett centralt dokument inom omsorgen. De är svåra att upprätta och kvalitén på de framtagna dokumenten är allt för ofta undermåliga.

Det är viktigt att poängtera att införandet av IBIC ger stora möjligheter till bättre omsorg och kan hjälpa omsorgsgivare att utveckla ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt samt dokumentation men metodiken behöver vidareutvecklas så att de identifierade problemområdena minimeras. Det bör ifrågasättas om det är rätt att införa metodik och ett avancerat språkbruk i socialtjänstens verksamhetsområde, som präglas av hög personalomsättning, stora kompetensutmaningar och med fokus på praktiskt arbete i omsorgen.

Slutsatsen är att alla aktörer måste inse de stora utmaningar som omsorgen har och står inför med bland annat hög personalomsättning, växande omsorgsbehov med mera. Utmaningarna gör att det finns behov av att förenkla den dokumentation som den brukarnära personalen ska hantera. Förfrågningsunderlagen och deras ersättningsmodeller måste formas så att de skapar förutsättningar för konstruktivt samarbete mellan handläggare och utförarna samt bidra till kompetenshöjande satsningar för införande av nya arbetssätt. Det måste skapas ett brett accepterande över alla yrkesroller inom omsorgen gällande att ett större användande av välfärdsteknik kan skapa en omsorg med förebyggande och individens behov i centrum.

Bakgrund

Sedan 2015 har åtta kommuner tillsammans med företaget Posifon, som är leverantör av välfärdsteknologiska tjänster, bedrivit forsknings- och utvecklingsprojektet (FoU-projekt) Utvecklingssamverkan GPS-larm. Projektet har drivits med syftet att skapa förutsättningar för att kunna införa tjänsten GPS-larm i stor skala med tydlig individanpassning. Projektgruppen har därför valt att utveckla arbetsmetodik och tjänsternas IT-stöd baserat på de frågeställningar som utgjort hinder för ett bredare användande av trygghetslarm som också fungerar utanför hemmet. I utvecklingssamverkan har personer med olika kompetenser medverkat. Tillsammans har de lång erfarenhet av att arbeta brukarnära i den kommunala omsorgen. Detta har lett till att många utmaningar inom omsorgen har identifierats och analyserats. Projektdeltagarna har haft ett antal workshops, möten och diskussioner med ett flertal myndigheter, såsom Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, IVO, Sveriges kommuner och regioner, SKR och Polisen. Arbetet med denna rapport initierades då projektets resultat presenterades för utredarna inom den offentliga utredningen S 2018:11/SOU 2020:14 Välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Den aktuella rapporten baseras på åsikter och ställningstagande som framkommit under projektets gång och har sedan vidareutvecklats och verifierats av andra kommuner i ett utökat uppdrag som författarna genomfört i samverkan med den offentliga utredningen. Författarna av denna rapport skriver samtidigt rapporten, Vägledning för införande och användande av GPS-larm i stor skala, finansierad av Vinnova och deltagande kommuner. I denna rapport fördjupas resonemangen kring införandet av välfärdsteknik och projektets slutsatser redovisas. Många av de frågor och möjligheter som kommuner står inför när de ska införa tjänsten GPS-larm/mobila trygghetslarm belyses i denna rapport.

Inledning

I Vision 2025 som regeringen tagit fram tillsammans med Sveriges kommuner och regioner, SKR, är målet att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. För att nå målet behöver takten ökas. RISE (Research institutes of Sweden) tog år 2017 fram en rapport till Socialstyrelsen baserad på intervjuer av 20 kommuner där de undersökte anledningar till att digitaliseringen går långsamt¹. Rapporten visade brist på budget för införande och kompetensbrist kring e-hälsa och välfärdstjänster. Det fanns även en osäkerhet och rädsla kring införandet av tjänsterna gällande såväl juridik, lönsamhet, etiska frågor och vilka tjänster som finns att upphandla, inte minst kring hur en kravspecifikation ska se ut. Rapporten menade att kommunerna inte har struktur och kännedom om hur de bör arbeta med införande av välfärdsteknik och e-hälsa. Dessutom står kommunerna inför stora ekonomiska utmaningar på grund av den demografiska utvecklingen med allt fler äldre samt stora svårigheter att rekrytera och kompetensutveckla den brukarnära personalen.

När införandet av välfärdstekniken sker samtidigt som införandet av Socialstyrelsens arbetsmetodik IBIC (Individens behov i centrum) så innebär det att utmaningarna blir än större men insikten och analysen om hur detta påverkar den brukarnära verksamheten är låg såväl i kommunerna som hos politikerna och de styrande myndigheterna.

Syftet med denna rapport är därför att belysa och fördjupa kunskapen om hur omsorgens kvalitet och användandet av välfärdsteknik påverkas av införandet av IBIC samt de utmaningar som finns kopplat till förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller och genomförandeplaner. Vi belyser även andra centrala utmaningar kopplat till användandet av välfärdsteknik.

IBIC riskerar leda till strukturellt såsom beslutsförskjutning, ojämlig vård och omsorg, försämrad arbetsmiljö samt stora ekonomiska kostnader. Vi har därför valt att redogöra för ett antal områden där vi upplever att användandet av IBIC kräver en större medvetenhet. Ambitionen är således inte att ge en omfattande bild av IBIC men tillräckligt för att tydliggöra dess komplexitet. Samtal med kommunerna visar att det finns en tydlig känsla av att ersättningsmodeller och införandet av IBIC bygger på en förväntad organisation som många gånger är en utopi. Vi vill påtala att vi ser stora möjligheter till bättre omsorg och att en vidareutveckling av IBIC möjliggör bättre kvalitet.

Vi vill rikta ett stort tack till alla de anställda inom omsorgen som deltagit i arbetet med denna rapport. Det har varit viktigt för oss att förankra resultaten med många insiktsfulla personer och vi vill rikta ett stort tack till er alla.

Må oss skapa en bättre omsorg tillsammans!

¹ RISE SICS. Rapport till Socialstyrelsen - Varför digitaliseringen går långsamt inom socialtjänsten. 2017

Metod

Arbetet med framtagandet av rapporten genomfördes i fyra faser.

Fas 1 hade en explorativ karaktär och syftade till att öka författarnas kunskap om beslutsfattande och arbetsprocesser kopplat till införandet av Socialstyrelsens arbetsmetodik IBIC samt IBICs inverkan på införande och användande av välfärdsteknik. Utgångspunkten för denna fas var diskussioner på en nationell Workshop om e-ledsagning i februari 2019, arrangerad av FoU-projektet Utvecklingsamverkan GPS-larm. Vidare utgår rapporten från huvudförfattarens Anna-Lena Oskarssons insikter och reflektioner som utbildad handläggare och 10 år som omsorgschef. Hennes syn på kring ekonomiska förutsättningarna för brukbara verksamheten inom omsorgen, beslutsfattandet, arbetsmiljön, arbetet med arbetsmetodiken samt effekterna av införandet av IBIC.

Huvudförfattarens utbildning, erfarenheter, kunskap och kontakter inom olika kommuner har varit en stor fördel i arbetet och möjliggjorde insamling av omfattande material genom informella samtal samt semistrukturerade intervjuer med representanter från ett femtiotal kommuner. Den informella formen för datainsamling som tillämpades i den första fasen gjorde att respondenterna vågade prata ohämmat om upplevda problem och utmaningar i vardagen samt oron i relation till införande av IBIC. Det insamlade materialet sammanställdes och problemområden identifierades.

Fas 2 syftade till att utvärdera resultaten från fas 1 och genomfördes i form av semistrukturerade intervjuer med representanter från nio utvalda kommuner. Semistrukturerade samtal gav oss möjlighet att diskutera ett antal utvalda områden (baserad på resultatet från fas 1) men också ställa följdfrågor och upptäcka nya aspekter av det studerade ämnet. Det samlade materialet analyserades därefter och sammanställdes.

Fas 3 syftade till att presentera, diskutera och generalisera resultaten från föregående faser. Denna fas genomfördes i form av en workshop med åtta representanter från sex kommuner av varierade storlek och förutsättningar. För att inte påverka workshopsdeltagarnas åsikter genom att visa dem resultatet från våra tidigare analyser, startade workshoppen med att låta deltagarna diskutera fritt konsekvenserna av införandet av IBIC i deras verksamheter. Den bild som framkom från diskussionerna stämde väl överens med den bilden författarna fått från tidigare analyser. På det sättet konstaterades att resultatet är generellt och de identifierade problemområdena föreligger i flera kommuner runt om i landet. Efter diskussioner presenterades resultatet för deltagarna från tidigare analyser i syftet att samla deltagarnas synpunkter på den analys som gjorts och därvid fördjupa kunskapen inom området. Resultatet av analyser av insamlat material inom ramen för arbetet med rapporten presenteras i resultatdelen och slutsatserna av denna rapport.

Fas 4 bestod av litteraturstudie främst av Socialstyrelsens material samt skrivandet av rapporten, vilket genomfördes främst av huvudförfattaren. Det framtagna utkastet av rapporten

vidareutvecklades senare av de tre författarna gemensamt. Rapporten har i olika faser skickats ut till utvalda representanter för att verifiera dess innehåll.

Med tanke på ämnet och de konstaterade slutsatserna har vi valt att anonymisera alla de kommunanställda som deltagit i arbetet. Det har varit såväl personer med titeln socialchef, MAR, handläggare, strateg, enhetschef, arbetsterapeut, undersköterska samt projektledare för välfärdsteknik. Det som är gemensamt är att de alla är ambitiösa och insiktsfulla medarbetare som vi valt att rådfråga eller engagera i arbetet utifrån deras vilja att bidra till att utveckla omsorgen.

Definitioner

Här listas viktiga definitioner för att skapa ökad förståelse kopplat till rapportens innehåll. Ytterligare begrepp beskrivs i rapportens löpande text.

Socialtjänsten	Socialtjänsten alternativt socialförvaltningen är den kommunala verksamhet som lyder under varje kommuns socialnämnd eller annan nämnd som ansvarar för det praktiska och politiska arbete som regleras av socialtjänstlagen.
Socialtjänstlagen, (SoL)	Lagen styr medborgares rätt till ekonomiskt bistånd, vård och omsorg. Innehåller regler för hur kommunen ska ge hjälp. Socialtjänstens möjliga stödformer bygger på frivillighet och benämns som bistånd. Biståndet ska bidra till att brukaren får en skälig levnadsnivå. Vad som är skälig levnadsnivå beslutas av kommunen. Biståndet ska utformas så att det stärker brukarens möjligheter att leva ett självständigt liv.
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, (LSS)	Individ (brukare) med funktionsvariation kan ha rätt till stöd enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Lagens syfte är att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. LSS är en tvingande rättighetslag som innehåller tio insatser för särskilt stöd och särskild service. LSS är ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger.
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)	Är en målinriktad ramlag, vilket innebär att den innehåller övergripande mål och riktlinjer som styr hälso- och sjukvården. Med hälso- och sjukvård avses i denna rapport åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar samt skador.

Lagen om valfrihetssystem, (LoV)	Lag som bland annat ger kommuner möjlighet att erbjuda medborgarna valfrihet kring vilken utförare (omsorgsgivare) som ska erbjuda och utföra den individuella vård och omsorg som varje enskild individ (brukare) har rätt till enligt Socialtjänstlagen.
Handläggare	Är den tjänsteman inom kommunen, som på uppdrag av kommunens socialtjänst/socialnämnd handlägger ärenden som omfattas av det kommunala ansvaret. Ofta även benämnd biståndshandläggare.
Chef	I denna rapport avser begreppet chef första linjens chef, dvs chefen över den direkt brukamära personalen. Ofta kallad enhetschef eller områdeschef inom hemtjänst och på särskilda boenden.
Utförare	Omsorgsgivare som utför vård och omsorg på uppdrag, oavsett om det är i privat eller offentlig regi. I rapporten används begreppet också för att benämna undersköterskor och annan brukamära personal.
Brukare	Den individ som erbjuds vård- och omsorg av kommunen. Kallas patient i den landstingsdrivna vården. I flera kommuner används istället begreppen individ, medborgare, kund, eller den enskilde. Socialstyrelsen använder begreppet brukare i sin termdatabas och därmed används brukare i denna rapport.
Insats	De uppgifter som en utförare genomför i enlighet med handläggarens beslut.
Genomförandeplan, (Gfp)	Skriftlig beskrivning om hur en eller flera beslutade insatser praktiskt ska genomföras för brukaren. Genomförandeplanen tas vanligtvis fram tillsammans med brukaren och ses som en överenskommelse.
Nationell informationsstruktur, (NI)	Ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. NI är ett verktyg för att underlätta för olika aktörer att kunna samarbeta bättre och kommunicera genom överenskomna regler. Detta görs genom process-, begrepp- samt informationsmodeller.
Individanpassad process	Syftar till den process som brukaren genomgår med syfte att förstå och identifiera samt förändra individens (brukarens) hälsotillstånd och att följa upp resultatet av detta.

ICD-10	Internationell statistisk klassifikation som klassificerar sjukdomar och relaterade hälsoproblem.
ICF och ICF-modellen	<p>Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder i relation till hälsa. Klassifikationen är ett komplement till ICD-10 och klassificerar det som inte ingår i ICD-10. I ICF beskrivs hälsa, komponenter av välbefinnande som har med hälsa att göra samt hälsorelaterade tillstånd. ICF kartlägger olika aspekter av brukarens fungerande men inte själva personen och har därför en allmängiltig tillämpning och kan tillämpas på alla människor. ICF används för att med gemensamt språk få en bild över hur brukarens hälsa kan förstås och blir således en systematisk och strukturerad begreppsfär och grund för arbetssätt.</p> <p>ICF modellen ger handläggaren stöd i att beskriva brukarens situation både psykiskt, fysiskt och socialt. Modellen tar utgångspunkt i att brukarens delaktighet börjar med fungerande vardagssituationer.</p>
Socialtjänstprocessen	Den process som sker för att initiera (aktualisera), utreda, utföra och följa upp en brukarens behov och det stöd som ges.
IBIC	Förkortning för metodiken Individens behov i centrum. IBIC är utvecklad av Socialstyrelsen och beskrivs i denna rapport.

Definitioner enligt IBIC

Livsområde	<p>Inom IBIC metodiken så ska en individs behov analyseras utifrån nio livsområden (även benämnt kapitel) samt två kategorier, för att synliggöra alla aspekter av brukarens livssituation. Dessa är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lärande och att tillämpa kunskap • Allmänna uppgifter och krav • Kommunikation • Förflyttning • Personlig vård • Hemliv • Mellanmänskliga interaktioner och relationer • Utbildning, arbete sysselsättning och ekonomiskt liv • Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
-------------------	--

	<p>Dessa kompletteras med kategorierna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Känsla av trygghet • Personligt stöd från person som vårdar eller stödjer en närstående
Informerande samtal	<p>IBIC använder begreppet informerande samtal om det samtal där brukaren delges information om socialtjänsten, utredningens genomförande och omfattning. Det skall även synliggöra vilka livsområden som är aktuella för utredning tillsammans med brukaren. Det informerande samtalet ger även fakta och underlag för utredningen.</p>
Förtydligande frågeställning	<p>IBIC använder begreppet förtydligande frågeställning, vilket innebär resultatet av det informerade samtalet. Frågeställningarna ska tydliggöra brukarens aktuella livsområden och vara den röda tråden i Socialtjänstprocessen och dess processteg.</p>
Funktionstillstånd	<p>Grundläggande begrepp inom ICF som även används inom IBIC. Definieras enligt Socialstyrelsens termdatabas som tillstånd hos en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmåga till aktivitet och delaktighet.</p> <p>Beskriver enligt ICF brukarens funktion och förmågor i vardagliga situationer och gör det i relation till brukarens sjukdomar/skador/störningar och kontextuella faktorer (såsom omgivnings- och personliga faktorer). Omfattas av begreppen kroppsfunktion, kroppsstruktur, aktivitet samt delaktighet. Benämns även som hälsotillstånd inom IBIC.</p>
Hälsotillstånd	<p>Ett av de huvudsakliga begreppen inom såväl IBIC som ICF som inom sjukvården.</p> <p>Inom IBIC används begreppet med två olika betydelser. Dels för att beskriva det tillstånd, motsvarande funktionstillstånd inom ICF, som handläggaren analyserar fram som det aktuella och det önskade (avsedda) i mötet med brukaren. Begreppet används även i enlighet med ICF som en övergripande benämning för de diagnoser, sjukdomstillstånd och störningar som inte kategoriseras i ICF-modellen, utan i ICD-10.</p> <p>Begreppet ska inte självklart blandas ihop med användandet av samma begrepp inom övrig hälso- och sjukvård. I Socialstyrelsens</p>

	<p>termdatabas står att hälsotillstånd används i flera betydelser och att det innebär att om man vill vara precis måste man tydliggöra vilken betydelse som avses.</p> <p>Socialstyrelsens termdatabas avråder dock från att använda det med betydelsen tillstånd hos en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmåga till aktivitet och delaktighet, alltså som synonym till funktionstillstånd. Används ändå delvis med denna betydelse inom IBIC.</p>
Individens uppfattning om sitt funktionstillstånd	<p>Brukarens beskrivning av sitt genomförande av handlingar, uppgifter och engagemang i livsområden kallas för individens uppfattning om sitt funktionstillstånd.</p>
Önskat funktionstillstånd	<p>Önskat funktionstillstånd är målet med insatsen, vilket kan men inte måste överensstämma med brukarens målbild.</p>
Relaterade faktorer	<p>Relaterade faktorer är vad som hindrar eller underlättar för brukaren i det dagliga livet.</p>
Kroppsfunktioner	<p>Beskriver fysiologiska och psykologiska faktorer. Hela den mänskliga organismen, inklusive hjärnan och dess funktioner.</p>
Kroppsstrukturer	<p>Beskriver kroppens anatomiska delar, hjärnan organ och lemmar.</p>
Aktivitet	<p>Avser de uppgifter/handlingar som brukaren kan göra (kapacitet) och faktiskt gör (genomförande).</p>
Delaktighet	<p>Avser brukarens engagemang i livet, det innefattar att vara autonom och bestämma över sitt eget liv. Delaktighet skall inte förväxlas med deltagande. Delaktighet skall ses som <i>aktiv medverkan</i> och förutsätter någon grad av inflytande.</p>
Kontextuella faktorer	<p>Brukarens kontextuella faktorer innehåller komponenterna omgivningsfaktorer och personliga faktorer.</p>
Omgivningsfaktorer	<p>Utgörs av den fysiska, sociala och attitydsmässiga omgivning eller miljö som brukaren befinner sig i.</p>
Personliga faktorer	<p>Innehåller information som bidrar till att förklara hur brukaren fungerar i olika situationer utifrån bakgrund, erfarenhet samt bakgrundsfaktorer.</p>

Faktadel

IBIC, Individens behov i centrum

IBIC är en metodik utvecklad av Socialstyrelsen² i syfte att hjälpa omsorgsgivare att utveckla ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation. IBIC, utgår från brukarens behov, resurser och mål. Tanken är att handläggare och utförare ska använda Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, som gemensamt tanke- och språk.

Utvecklingen av IBIC startade 2008. IBIC är inriktat på socialtjänstens arbete och alltså inte verksamheter som styrs av hälso- och sjukvården. Strukturen i IBIC skall användas för att beskriva och dokumentera brukarens behov i dennes vardag. Målet med IBIC är att få brukarens behov beskrivna på ett likvärdigt sätt i hela landet samt att säkerställa att brukaren får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet. Brukarens behov delas upp i nio livsområden, för att alla aspekter av brukarens vardag ska analyseras. IBIC:s målgrupp är vuxna oavsett ålder samt personer med funktionsvariationer med insatser i vardagen av socialtjänstlagen, SoL eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Enligt Socialstyrelsen³ ska IBIC underlätta samarbetet mellan professionella och anhöriga samt brukaren, genom att utredningar och genomförandet av insatser blir mer likvärdiga och rättssäkra. IBIC ska göra det tydligt för utföraren vilket stöd brukaren behöver samt göra det lättare att följa upp behov och mål.

Enligt Socialstyrelsens vägledning om IBIC² så har såväl Socialstyrelsen som Inspektionen för vård och omsorg, IVO, påpekat att lokala policys och riktlinjer kan påverka så att insatser inte fyller sitt syfte. De påpekar även att det finns olikheter i insatsers utförande beroende på var i landet brukaren bor. Det framkommer även att beslutade insatser ej blir verkställda samt att den brukarnära personalen inte har kunskap om brukarens behov, mål eller vilken insats som är beslutad. Förhoppningen är att IBIC ska bidra till att minska dessa problem.

Vid handläggning med IBIC ska handläggaren tydliggöra vad brukaren klarar i sin vardag, vilka svårigheter som finns just nu samt hur dessa begränsar vardagen. Fokus blir således på brukarens resurser, de behov som bör tillgodoses för att brukaren ska få en skälig levnadsnivå samt vilka mål brukaren har. När brukarens behov formuleras i IBIC ligger fokus på de individuella målen, vad brukaren vill uppnå.

² Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

³ Hemsidan <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/individens-behov-i-centrum/>

IBIC använder begreppet **målrelaterade behov** för att identifiera brukares behov. För att göra det, behövs kunskap om det **aktuella funktionstillståndet** (hälsotillståndet) och det funktionstillstånd som brukaren vill uppnå. Det senare kallas inom IBIC för det **avsedda funktionstillståndet** och logiken är att brukarens behov är skillnaden mellan dessa två tillstånd. Handläggaren analyserar således det aktuella funktionstillståndet i relation till avsett funktionstillstånd. Det avsedda funktionstillståndet måste vara möjligt att uppnå. Brukarens funktionstillstånd kan inte alltid förbättras utan det kan handla om att upprätthålla givet tillstånd eller skapa delmål för att inte brukarens tillstånd i sin helhet skall försämrats.



Figur 1: Omsorgens roll är att hjälpa brukaren att uppnå det avsedda funktionstillståndet/hälsotillståndet

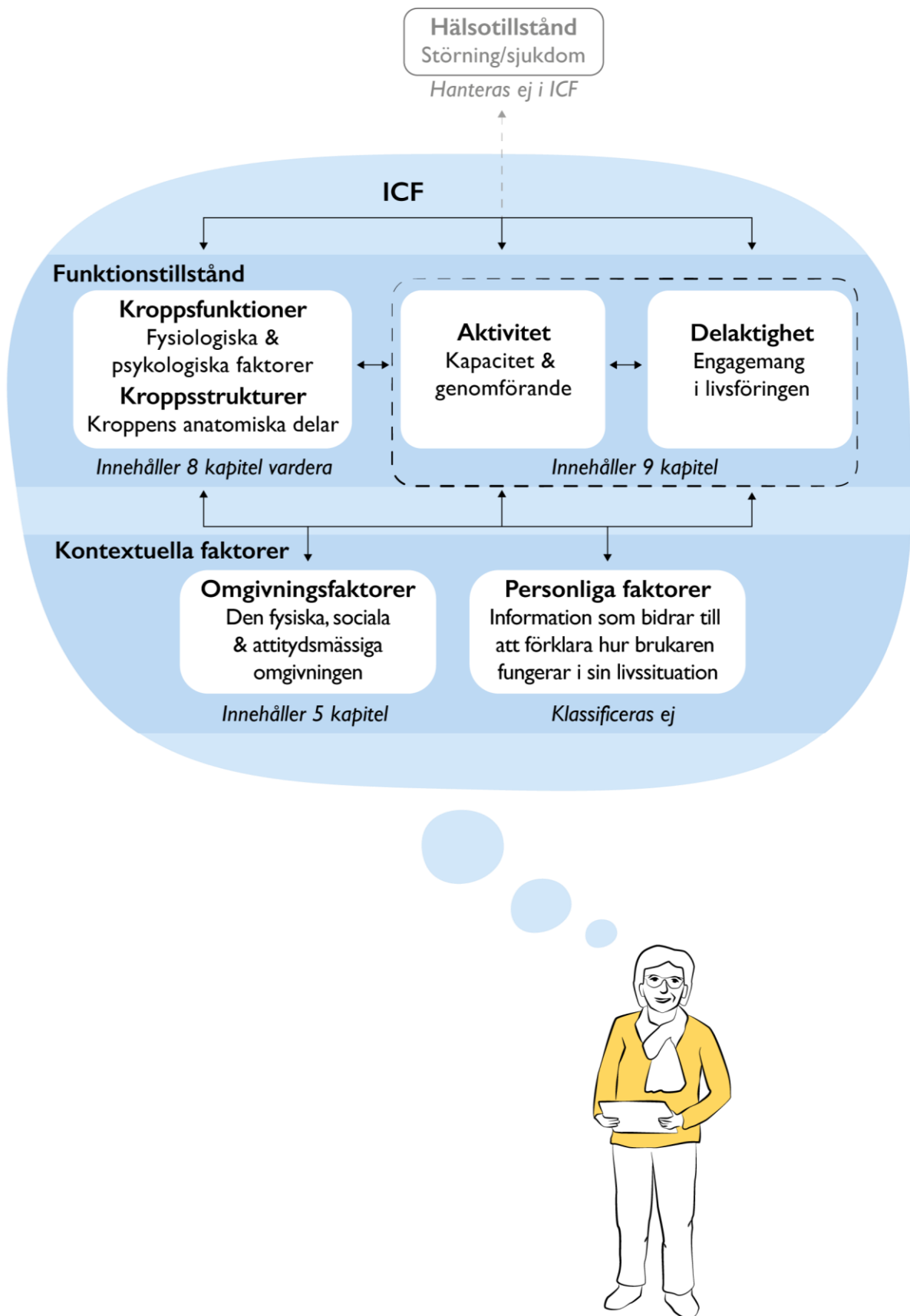
Arbetet med IBIC följer en given process. Brukarens behov uppmärksammas, utreds, beslut fattas för att efterföljas av att insatsen ska utformas, genomföras och sedan följas upp. Handläggarens utredning utgör beslutsunderlaget när en insats bestäms och blir sedan utgångspunkten för hur insatsen utformas, genomförs och följs upp. Information kring behov, resurser och mål behövs för att brukaren tillsammans med utförarens brukarna personal skall kunna planera hur en beslutad

insats skall genomföras men även för att säkerställa att utföraren använder lämpliga arbetsätt samt har rätt kompetens för att möta brukarens behov. För att följa upp och utvärdera brukarens situation allteftersom tiden går behövs en beskrivning av det nya funktionsståndet, det vill säga beskriva måluppfyllelsen och den aktuella livssituation som brukaren har. Hälsotillståndet kan kompletteras med brukarens upplevelse av livskvalitet. Alltså om insatsen har påverkat brukaren i en positiv riktning även känslomässigt. IBIC följer även upp insatsens kvalitet utifrån hur väl insatsen har genomförts enligt planeringen och brukarens förväntningar på utförandet. Uppföljningen säkerställer en kvalitativ omsorg utifrån brukarens behov.

ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

För att kunna följa upp och få en likvärdighet men även för att få stöd i att förstå kombinationen av olika perspektiv samt för att få en helhetsbedömning av hur brukaren fungerar i sin livssituation använder sig IBIC av ICF. ICF är en internationell klassifikation som beskriver hur hälsa, komponenter av välbefinnande som har med hälsa att göra samt hälsorelaterade tillstånd påverkar **funktionstillståndet**. Klassifikationen är ett komplement till ICD-10 som klassificerar alla sjukdomar och hälsoproblem. ICF används över hela världen för att kartlägga olika aspekter av brukarens fungerande men inte själva brukaren och har därför en allmängiltig tillämpning och kan tillämpas på alla människor oavsett land. ICF modellen ger handläggaren stöd i att beskriva brukarens situation både psykiskt, fysiskt och socialt och används för att med gemensamt språk få en bild över hur brukarens hälsa kan förstås och blir således en systematisk och strukturerad begreppsfär och grund för arbetsätt. Detta möjliggör att dokumentation kan återanvändas och förstås av olika aktörer, jämförelse av data blir möjlig och det ger bättre förutsättningar för uppföljning.

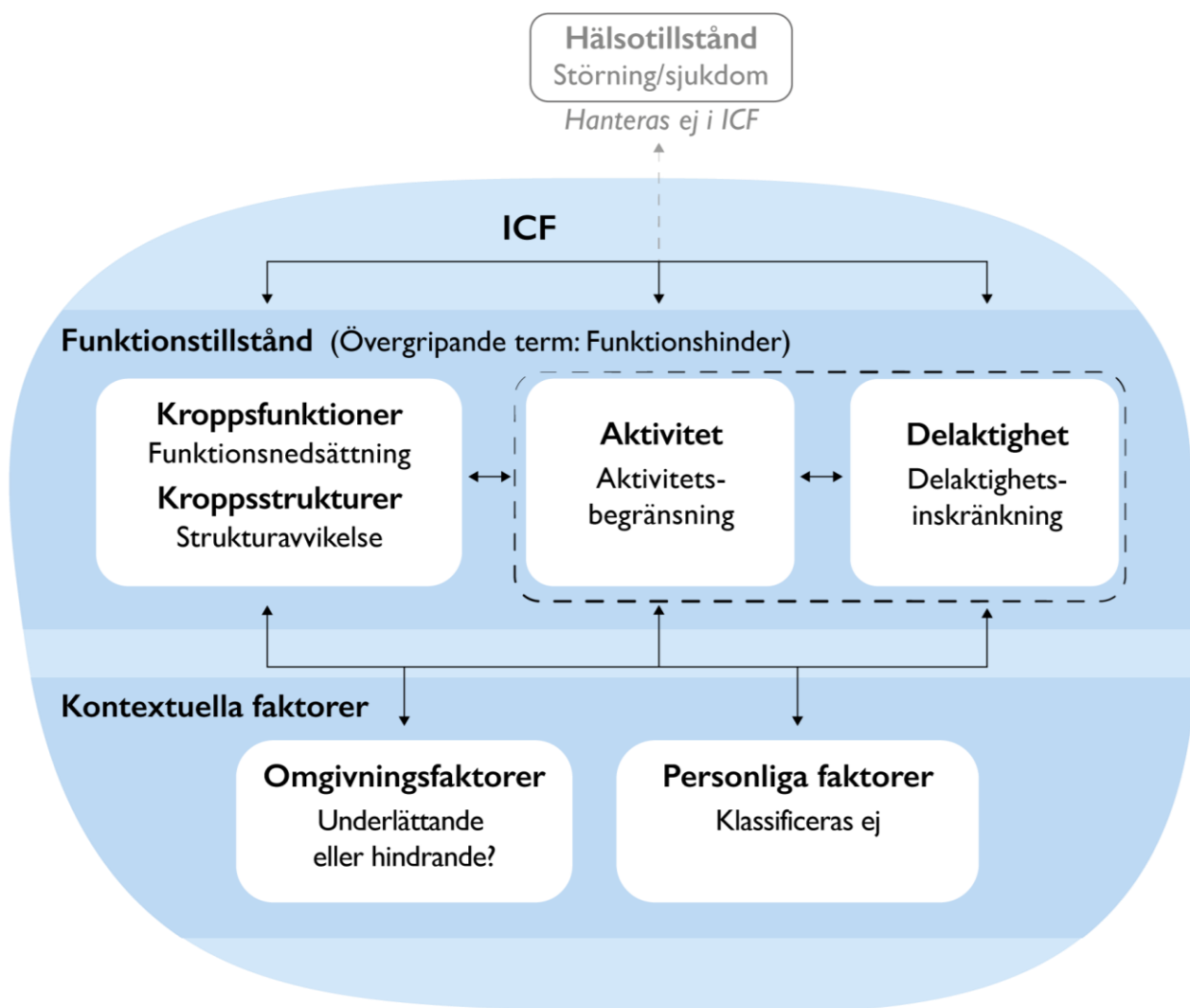
ICF-modellen tar utgångspunkt i att brukarens delaktighet börjar med fungerande vardagssituationer. ICF består av två delar **funktionstillstånd** och **kontextuella faktorer**. Dessa kompletteras med komponenten hälsotillstånd som inte klassificeras i ICF utan i ICD-10, som klassificerar diagnoser, sjukdomstillstånd och störningar. Benämningen hälsotillstånd i ICF skall alltså inte blandas ihop med begreppet hälsotillstånd såsom det används i bedömningar enligt IBIC.



Figur 2: ICF-modellens relationer mellan hälsotillstånd, funktionstillstånd och kontextuella faktorer

I **funktionstillstånd** ingår komponenterna, **kroppsfunktioner** (beskriver fysiologiska och psykologiska faktorer) och **kroppsstrukturer** (beskriver kroppens anatomiska delar). Om brukarens kroppsliga funktioner inte fungerar normalt, utifrån definitionen normalt för personer i motsvarande ålder, används begreppet **funktionsnedsättning**. Begreppet kan även användas vid problem med kroppsfunktioner och kroppsstrukturer i kombination. Om brukarens kroppsstrukturer inte fungerar normalt, utifrån vad som är normalt för personer i motsvarande ålder, används begreppet **strukturavvikelse**. De två andra komponenterna är **aktivitet** och **delaktighet**. Dessa kan vara svåra att särskilja och presenteras därav ofta gemensamt. Komponenten aktivitet avser de uppgifter/handlingar som brukaren kan göra (kapacitet) och faktiskt gör (genomförande). Vid svårigheter att utföra uppgifter/handlingar används begreppet **aktivitetsbegränsningar**. För att förstå ICF-modellen är förståelsen för komponenten **delaktighet** en förutsättning. Komponenten delaktighet avser brukarens engagemang i livssituationen, det innefattar att vara autonom och bestämma över sitt eget liv. Delaktighet skall inte förväxlas med deltagande. Delaktighet skall ses som *aktiv medverkan* och förutsätter någon grad av inflytande. För att kunna påverka och vara delaktig är brukarens förmåga att kommunicera med sin omgivning en förutsättning. Detta innebär att omgivningen måste vara lyhörda och ha kompetens i olika kommunikationsstöd. Bedömning av aktivitet och delaktighet kan göras med eller utan hjälpmedel beroende på syfte. Vid svårighet med samspel med andra eller möjligheten att engagera sig i en situation används begreppet **delaktighetsinskränkning**.

Kontextuella faktorer beskriver brukarens sammanhang och hur detta kan påverka. Här ingår komponenterna **omgivningsfaktorer** och **personliga faktorer**. Omgivningsfaktorer utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning eller miljö som brukaren befinner sig i. Underlättande omgivningsfaktorer eller hindrande omgivningsfaktorer används för faktorer som har positiv eller negativ inverkan på hur brukaren fungerar. Det kan även handla om faktorer som helt saknas. Bedömning av detta görs utifrån brukarens perspektiv. Personliga faktorer är en komponent som inte klassificeras som del av funktionstillståndet och innehåller information som bidrar till att förklara hur brukaren fungerar i olika situationer utifrån vilken bakgrund, och erfarenhet som brukaren bär med sig. Denna komponent är mycket viktig för att förstå brukarens behov och för att kunna göra en bedömning av begränsningar i brukarens livsföring.



Figur 3: ICF-modellen fungerar för alla brukare och deras kontextuella faktorer

ICF utgår från en generell bedömningskala som används för att på ett strukturerat sätt bedöma brukarens svårighetsgrad och kan användas inom alla komponenter. Den kan därmed användas av såväl handläggare som för självskattning⁴. Gällande aktivitet och delaktighet används skalan för vad brukaren gör i sin omgivning (genomförande) samt vad brukaren har för förmåga att utföra en uppgift/handling i en standardiserad miljö (kapacitet). Skalan kan även användas för att beskriva positiva och negativa aspekter av omgivningen, även avvikelser i kroppsstruktur samt nedsättning av kroppsfunction. Bedömning kan göras med eller utan brukarens hjälpmedel samt personligt stöd.



Figur 4: Fri tolkning av ICF-modellens bedömningskala⁵

Brukarens bedömda och avsedda funktionstillstånd används sedan för att bedöma hur behovet ska tillgodoses. Den ger två inriktningar.

- **Behovet tillgodoses med stödjande/tränande insats.** Kan vara att stödja, guida eller motivera såväl praktiskt som känslomässigt. Brukaren är själv med i genomförandet eller engagerad i aktiviteten. Inriktningen är att behålla eller stärka brukarens genomförande eller engagemang i specifikt livsområde.
- **Behovet tillgodoses med kompenserande insats.** Insatsen utförs helt av annan än brukaren själv då brukarens egen förmåga att genomföra en uppgift är helt begränsad.

Bedömning av inriktning görs för samtliga områden inom aktiviteter och delaktighet samt när bedömning görs av kategorin **känsla av trygghet** i enlighet med IBIC. Dessa används även för att utföraren skall kunna planera och utföra insatser på avsett sätt.

⁴ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

⁵ Socialstyrelsen, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2003-4-1.pdf>

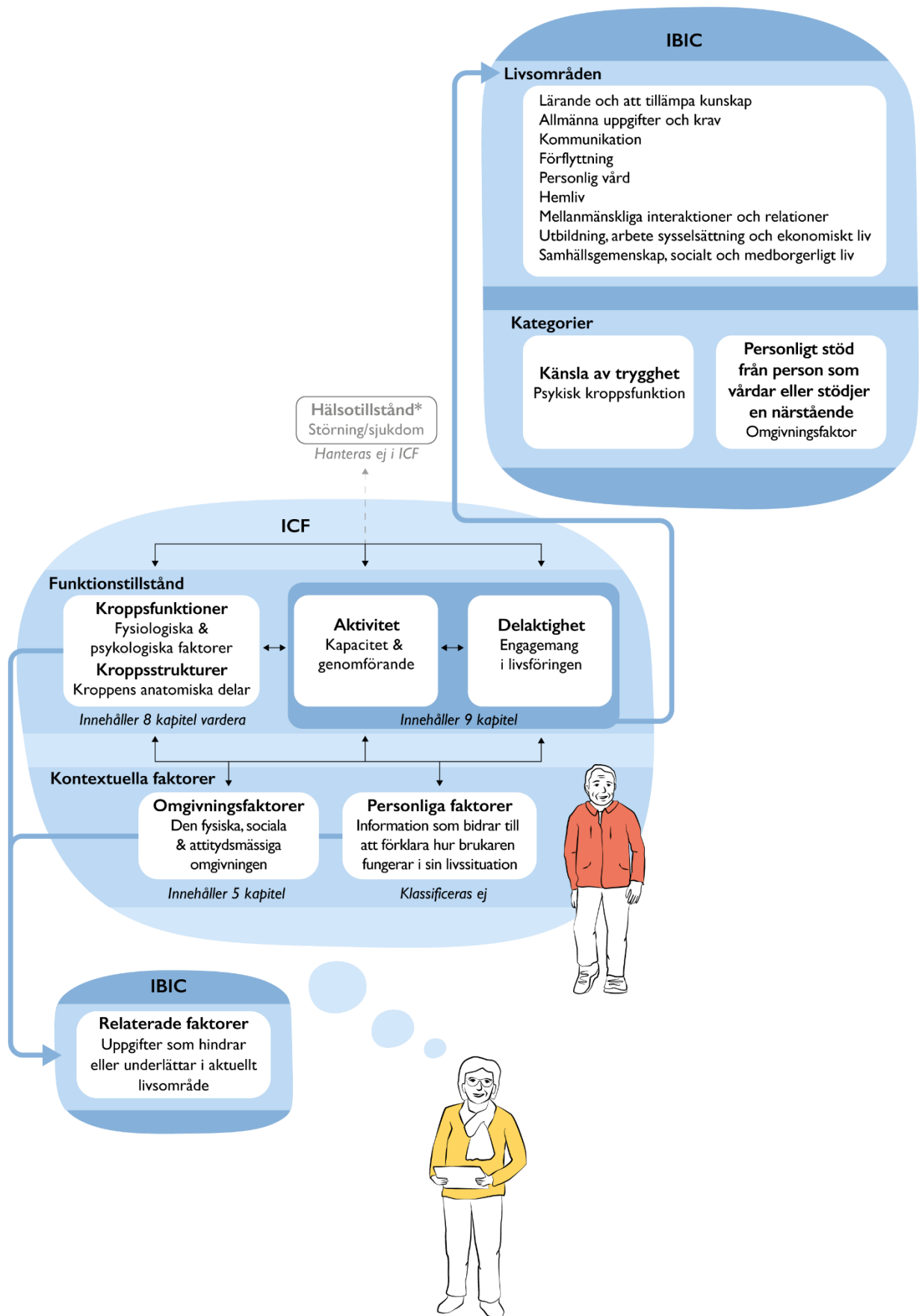
Användning av ICF i IBIC

Vid utvecklingen av IBIC har Socialstyrelsen utgått från ICF. Fokus i IBIC ligger i ICFs funktionstillstånd Aktivitet och Delaktighet. Funktionstillstånden Aktivitet och Delaktighet har i IBIC brutits ner till nio kapitel, som i IBIC omnämns som **livsområden**. Dessa är:

- **Lärande och att tillämpa kunskap**
- **Allmänna uppgifter och krav**
- **Kommunikation**
- **Förflyttning**
- **Personlig vård**
- **Hemliv**
- **Mellanmänskliga interaktioner och relationer**
- **Utbildning, arbete, sysselsättning och ekonomiskt liv**
- **Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv**

Dessa kompletteras med de två kategorierna **Känsla av trygghet** och **Personligt stöd från person som vårdar eller stödjer en närstående**.

Kroppsfunktioner och kroppsstrukturer men även hälsotillstånd kallas i IBIC för **relaterade faktorer**. I arbete enligt IBIC ska handläggaren ta hänsyn till relaterade faktorer, dvs uppgifter som hindrar eller underlättar för brukaren i de livsområden som är aktuella för utredning.



Figur 5: Relationen mellan ICF-modellen och IBIC och dess livsområden och kategorier

Genom att använda ICF inom IBIC så beskrivs brukarens förutsättningar och behov enhetligt, entydigt och jämförbart. Om begreppen blir vardagsspråk gynnar det gemensamma processer inom såväl socialtjänsten som i samarbetet med hälso- och sjukvården. Ett gemensamt språk bidrar till rättssäkerhet och likvärdig handläggning. Utförarna får tydligt underlag för planering och uppföljning av genomförandet.

För att använda IBIC behövs kunskap om ICF som tankemodell men även som klassifikation då de kompletterar varandra. Tillsammans förklarar de två begrepps sfärerna kroppens fungerande, brukarens delaktighet i sin livssituation samt dennes genomförande av aktiviteter.

Det råder en förvirring inom IBIC metodiken mellan begreppen funktionstillstånd och hälsotillstånd, där inte heller ICF bidrar till att skapa klarhet. Både begreppen har i och med IBIC dubbla betydelser, vilket skapar otydlighet. Med de begränsade resurser som funnits vid skrivandet av denna rapport kan vi endast konstatera detta, varvid båda begreppen kommer användas i rapporten.

Brukaren redogör för sin situation, sina resurser samt vad denne har för begränsningar i genomförande och engagemang inom de olika livsområdena. Detta ligger till grund för handläggarens bedömning och beslut. Bedömning av inriktning på stöd görs för samtliga funktionstillstånd inom aktiviteter och delaktighet samt när bedömning görs av **Känsla av trygghet**. Dessa används även för att utföraren skall kunna planera och utföra insatser på avsett sätt.

I dagsläget saknar IBIC dock förslag på strukturerad dokumentation av insatser. Detta gör att det i metodiken inte går att tydliggöra och koppla ihop behov inom livsområden som ska tillgodoses med en eller flera insatser. Det används istället lokalt beslutade insatsbegrepp som inte självklart blir jämförbara för andra aktörer eller vid övergripande nationell analys.

Nationell informationsstruktur, NI

Nationell informationsstruktur, NI, är ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg⁶. NI är ett verktyg för att möjliggöra att olika aktörer skall kunna fungera, kommunicera och samverka effektivt genom överenskomna regler för dokumentation. Detta görs genom process-, begrepp- samt informationsmodeller. En processmodell beskriver en serie aktiviteter som leder fram till ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Syftet med en processmodell är att skapa en gemensam bild för aktörer som arbetar mot samma mål. På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit sig an att strukturera de övergripande processer och informationsflöden som finns inom landets vård och omsorg och NI är resultatet.

⁶ <https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/Models>

Socialstyrelsens Nationell Informationsstruktur (NI)

Processmodell - Vård och omsorg



Processmodell - Hälsa och sjukvård



Processmodell - Socialtjänsten



Figur 6: Författarnas tolkning av Socialstyrelsens processmodeller i NI⁵

Processbeskrivningar tillsammans med det gemensamma språkbruket, som begreppsmodellerna ger, blir då verktyg för att skapa en ökad förståelse och samsyn. NI används således för att identifiera, beskriva och hantera dokumentationsbehov. NI:s processmodeller beskriver de processer som alla som får stöd av socialtjänst eller hälso- och sjukvården genomgår oberoende av organisatoriska gränser. Processmodellen för vård och omsorg är en sammanhållande länk mellan de två verksamhetsområdena hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Den process som brukaren genomgår benämns som **Individanpassad process** och syftar till att identifiera och förändra brukarens hälsotillstånd samt att följa upp resultatet av detta.

Socialtjänstens processmodell utifrån IBIC:s perspektiv

IBIC utgår från socialtjänstens processmodell. Processmodellen ger en helhetsbeskrivning av den individanpassade processen som krävs för att få beslutad socialtjänst. Socialstyrelsens processmodell innehåller aktiviteterna; aktualisera, utreda, besluta, utforma uppdrag, genomföra uppdrag samt följa upp. IBIC hanterar dock inte processtegen aktualisera och besluta, varför dessa har markerats som vita i nedanstående modell.



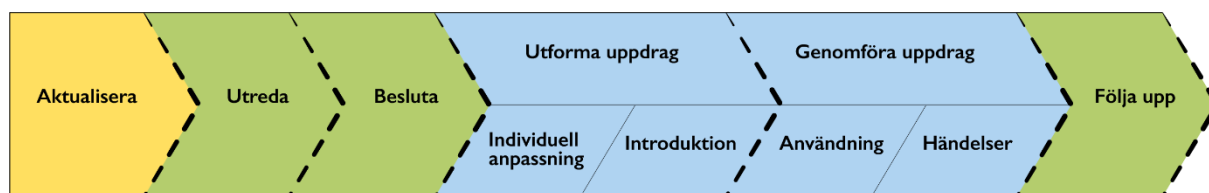
Figur 7: Socialtjänstens processmodellen i NI utifrån IBIC:s perspektiv

Processmodell för välfärdsteknik

Inom forsknings- och utvecklingsprojektet Utvecklingsamverkan GPS-larm har parterna valt att inspireras av Socialtjänstens processmodell och utveckla en processmodell som är bättre anpassad för användning av välfärdsteknik, med fokus på GPS-larm. Mer om detta kommer att kunna läsas i skriften "Vägledning för införande och användande av GPS-larm i stor skala"⁷.

⁷ Se hemsidan mobilatrygghetslarm.se

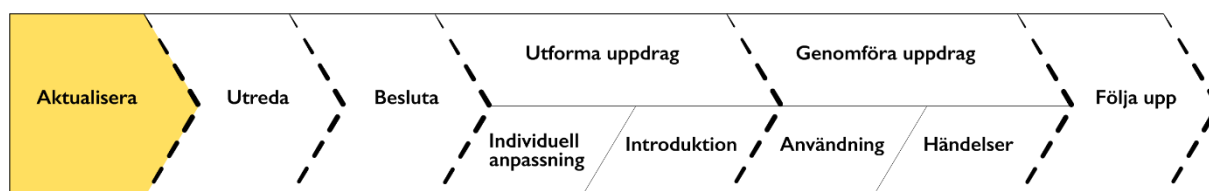
I nedanstående beskrivning av processtegen används denna modell. Skillnaden är att två processteg är nedbrutna ytterligare en nivå för att belysa de olika moment som ska utföras i en process där en individanpassad välfärdstekniktjänst används.



Figur 8: Processmodellen vid användande av välfärdsteknik

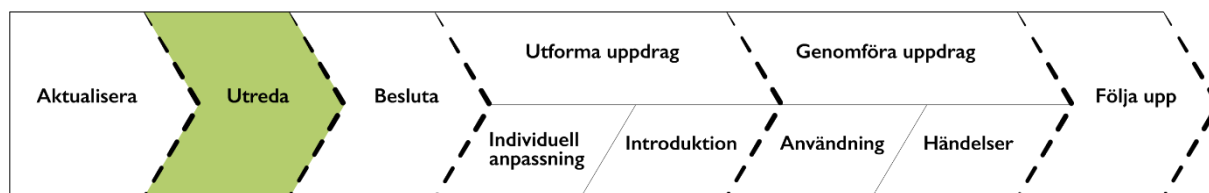
IBIC i processen för välfärdsteknik

Aktualisera



Vid **aktualisering** kan en brukaranpassad process inom socialtjänsten påbörjas. Enligt Socialstyrelsen så hanterar inte IBIC processteget Aktualisera. I den dagliga verksamheten så hanterar handläggare inkommen ansökan eller begäran. Det är en fördel att göra detta genom att identifiera vilka livsområden som är aktuella för att på så sätt få en uppfattning om omfattning och tillvägagångssätt för den efterföljande utredningen. IBIC använder sig då av begreppet **informerande samtal** när information delges om socialtjänsten, det synliggörs vilka livsområden som är aktuella för utredning och utredningens genomförande och omfattning planeras tillsammans med brukaren. Det informerande samtalet i Aktualisera steget ger även underlag för utredningen. Det informerande samtalet kan således göra att utredningens omfattning minskar eller ökar. Resultatet av det informerande samtalet blir de **förtydligande frågeställningar** som utredningen ska utgå ifrån. Brukarens specificerade livsområden som ingår i den förtydligande frågeställningen är den röda tråden i processen och hanteras i de kommande processtegen enligt det systematiska arbetssättet i IBIC. Inom steget Aktualisera är det viktigt att tidigt klargöra frågan om samtycke från brukaren för att inhämta information från andra.

Utreda



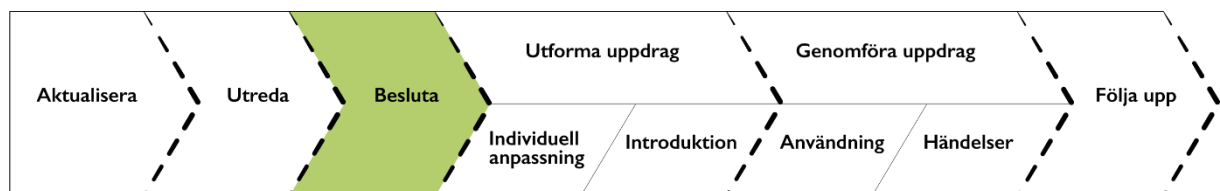
Vid utredning inhämtar handläggaren på olika sätt information. Brukarens egen beskrivning av situationen är i fokus men kan behöva kompletteras. Utredning får ej vara mer omfattande än vad som är motiverat. Handläggaren inhämtar information kring brukarens genomförande och engagemang inom de aktuella livsområdena eller delar av dem. Handläggaren ser över och gör en bedömning på relaterade faktorer, vad som hindrar eller underlättar för brukaren i det dagliga livet. Brukarens beskrivning av sitt genomförande av handlingar, uppgifter och engagemang i olika livsområden kallas för **individens uppfattning om sitt funktionstillstånd**. Handläggaren behöver få fram vad brukaren har för resurser, vad den klarar av själv samt vilka svårigheter som finns i aktiviteten eller delaktigheten men också vad som är viktigt för brukaren. Saker av vikt dokumenteras under aktuellt livsområde. Brukarens beskrivning av eventuella nedsättningar i kroppsfunction eller avvikelser i kroppsstrukturen samt betydelsefulla personfaktorer och vad som är av särskild vikt för brukaren inhämtas. I IBIC behöver handläggaren även ta reda på önskat hälsotillstånd, dvs målet, även benämnt avsett funktionstillstånd. Handläggaren inhämtar efter samtycke uppgifter från andra såväl anhöriga som professionella. Handläggaren gör en analys och bedömning av information som inhämtats samt lägger till egna iakttagelser för att beskriva och bedöma det aktuella funktionstillståndet och det avsedda funktionstillståndet. Brukaren kan ha svårt att beskriva sin livssituation eller överskatta respektive underskatta egen förmåga. Därför är det viktigt att utredningen tydligt visar när brukaren och handläggarens bedömda funktionstillstånd skiljer sig. De livsområden där brukaren vill behålla nuvarande aktuella funktionstillstånd så bedöms det vara detsamma som det avsedda funktionstillståndet.



Figur 9: Omsorgens roll är att hjälpa brukaren att uppnå det avsedda funktions-/hälsotillståndet

De hjälpmedel som brukaren använder skall tas i beaktande när bedömning av brukarens engagemang och genomförande görs inom olika livsområden. Även pågående insats kan vara aktuellt att ta med i bedömning, beroende på vad de omfattar. Vad handläggaren väger in i bedömningen skall tydligt framgå då detta är av vikt för såväl, uppdrag till utförare som uppföljningen. Datum för när målet skall uppnås samt skall följas upp är av vikt. Efter bedömning av aktuellt samt avsett funktionstillstånd görs bedömning av hur brukarens behov kan tillgodoses utifrån aktuella livsområden. Brukarens inriktning på behov av hjälp uttrycks även för insatserna. Även förslag på övergripande mål tas fram i dialog med brukaren. Handläggaren säkerställer efter bedömning av behoven att insatser som brukaren ansökt om eller begärt täcker de behov som har synliggjort i utredningen. En insats kan täcka behov i flera livsområden men det kan även vara så att flera insatser kan behövas för att möta brukarens behov i ett livsområde.

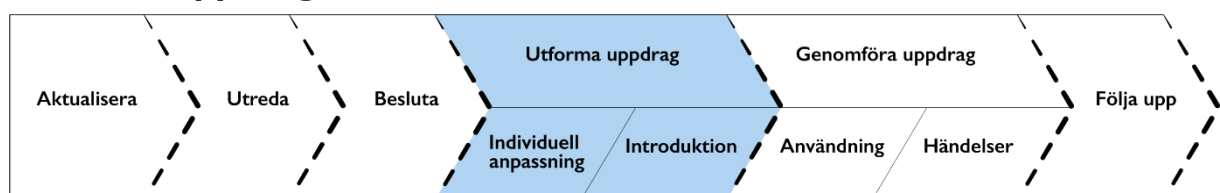
Besluta



Enligt Socialstyrelsen så hanterar inte IBIC processteget Besluta. IBIC hanterar heller inte vad som är skälig levnadsnivå eller goda levnadsvillkor men resultatet av bedömningen kan dokumenteras strukturerat. IBIC ger inte heller förslag på hur beslut kan formuleras. Handläggaren gör en prövning av vilken information som skall lämnas ut till utföraren och anpassar beslutet till ett uppdrag. Lokala krav reglerar ofta även hur uppdraget till utförare ska utformas. Det hanteras därför inte primärt av IBIC men bör ändå beskrivas med stöd av IBIC, för att det ska gå att genomföra en relevant uppföljning i enlighet med IBIC.

Beslut kan endast ges på insatser som brukaren önskar ta emot men det är viktig för handläggaren att dokumentera erbjudandet, oavsett brukarens önskan att ta emot stödet eller inte. Beslut om avslag eller avgränsning i beslut skall dokumenteras med motivering.

Utforma uppdrag

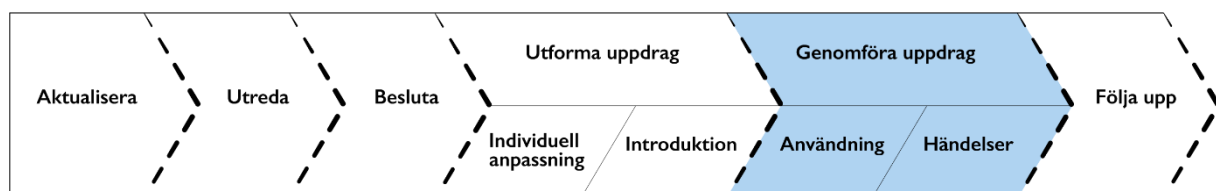


Processteget Utforma uppdrag är i processmodellen för välfärdsteknik uppdelat i två steg, Individanpassning och Introduktion, där utgångspunkten är att insatsen vid utformandet av uppdraget ska individanpassas för att möjliggöra det utsatta målet. I nästa steg ska insatsen introduceras och rutiner ska säkerställas med alla inblandade, där till exempel anhöriga också kan spela en viktig roll.

Utföraren skall i sin planering utgå från inkommit uppdrag (innehållande bland annat uppgifter om brukarens bedömda och avsedda funktionstillstånd, hur behovet kan tillgodoses, det vill säga inriktningen för stödet samt de övergripande mål som är aktuella för de livsområden som ska tillgodoses med insatser). Detta ska översättas till relevanta insatser som ska genomföras med lämpliga arbetssätt och rätt kompetens. Detta görs enligt IBIC av utförarens brukarnära personal i samband med att de upprättar en genomförandeplan i samråd med brukaren. Utförarna ska då ta hänsyn till brukarens självbestämmanderätt och integritet när de beskriver hur insatsen skall genomföras. Ofta behöver mål brytas ner till delmål. Det finns i IBIC ingen mall eller förslag till hur en genomförandeplan skall utformas, för att återspegla beslutet eller hur det avsedda funktionstillståndet ska uppnås. I Socialstyrelsens vägledning⁸ står dock en beskrivning av vad som förväntas. Detta kommenteras i sin helhet i kapitlet om genomförandeplaner. Kortfattat ska utförarens val av arbetssätt vid utformandet och genomförandet av uppdraget bygga på kunskap om systematiskt arbetssätt, olika behovsteorier, vad som stärker brukares hälsa och välbefinnande men även arbetssätt som stärker brukarens egna resurser och delaktighet.

Ovanstående skall dokumenteras för att möjliggöra att följa upp vilka arbetssätt och metoder som används för att stärka brukarens resurser. Utföraren förväntas regelbundet följa upp planeringen av genomförandet samt revidera genomförandeplanen. Det är även viktigt att utföraren säkerställer att planerad insats utförs samt dokumenterar anledning om så inte sker samt när detta förväntas åtgärdas. Detta är viktigt för handläggarens uppföljning samt för att kunna mäta kvalitén.

Genomföra uppdrag



Processteget Genomföra uppdrag är även det uppdelat i två steg. Utgångspunkten är att brukaren vid användande av välfärdsteknik nyttjar funktionen självständigt och kopplat till detta sker troligtvis ett antal händelser som måste hanteras av den brukarnära personalen eller anhöriga. Processteget har därför delats i Användning och Händelser, där händelser vid användande av till exempel trygghetslarm är att brukaren lamar och efterfrågar hjälp i en uppkommen situation.

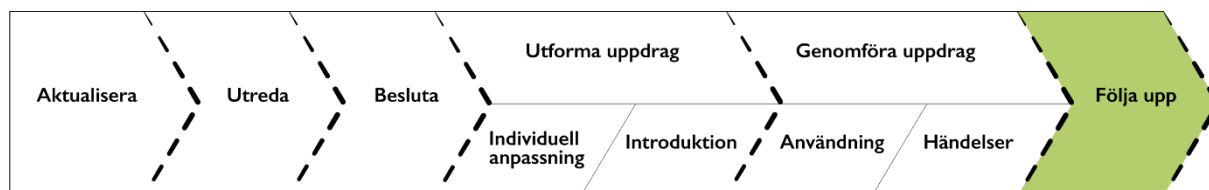
Utföraren skall planera och genomföra insatser samt följa upp att detta sker enligt beslutet, genomförandeplanen och brukarens behov. Detta skall ske i samspel med brukaren och kan innebära att genomförandeplanen ändras. I genomförandeplanen kan det avsedda funktionstillståndet behöva brytas ner till delmål om så är fallet bör datum för uppfyllelse planeras samt uppföljning. Utföraren kan behöva ändra sina arbetssätt, metoder eller samverka med

⁸ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

omgivande resurser för att nå målet. Genom ökad kännedom om brukaren och dennes behov kan det framkomma behov av ökat eller minskat stöd inom olika livsområden.

En förändring i behovsbilden och därmed i mängden eller utformningen av insatser behöver inte föranleda ett nytt uppdrag utan förändring kan ske inom ramen för beslutat uppdrag. Detta sker efter dialog mellan handläggare och brukare. Händelser som medfört att insatsen helt eller delvis inte kunnat utföras skall dokumenteras.

Följa upp



Kommunens nämnd har en skyldighet att säkerställa att brukaren får beviljade insatser utförda med god kvalitet. Detta uppdrag delegeras till handläggaren. Handläggaren genomför uppföljningssamtal med brukaren där brukaren får möjlighet att påverka och framföra sina åsikter kring sin situation. Brukarens livssituation och behov av stöd avgör hur ofta uppföljning behöver ske och uppföljningens omfattning kan variera.

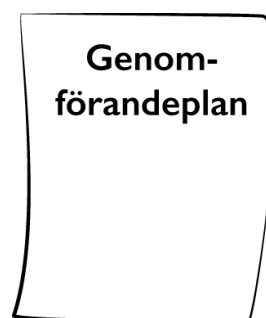
Brukarens aktuella situation och funktionstillstånd är den viktigaste informationen för handläggaren men detta kan behöva kompletteras med information från andra. Handläggaren skall då inhämta samtycke. Handläggaren gör också egna iakttagelser. Genom systematiskt arbete följs det upp hur brukarens situation har förändrats. Detta görs genom att brukarens behov, resurser och mål följs upp men även brukarens uppfattning av insatsens kvalitet samt upplevelse av livskvalitet. Detta kan leda till såväl ny ansökan om bistånd eller en omprövning. Om handläggaren får nya uppgifter till sig under pågående verkställighet skall dessa delges brukaren för att få dennes synpunkter. Handläggaren utreder om den nya informationen kan omfattas av tidigare beslut. Uppdraget till utförare ändras eller kompletteras efter detta. Omprövning används när handläggarens beslut är uppenbart oriktigt med anledning av nya omständigheter eller annan anledning. Handläggaren skall då ändra beslutet och det ska ske snabbt, enkelt och utan att det är till nackdel för någon enskild part. Vid uppföljning och bedömning av resultat och kvalitet är det viktigt att uppföljning görs med samma förutsättningar som rådde då beslutet togs. Det bör även regelbundet göras uppföljning av brukarens uppfattning om insatsens kvalitet.

Uppdrag till utförare regleras av lokala krav, villkor samt rutiner, dessa hanteras ej av IBIC men kan beskrivas av strukturerad dokumentation. Handläggaren ska följa upp hur väl insatsen är genomförd i relation till beslut, uppdrag och aktuell planering. IBIC har inte förslag på struktur och underlag för insamling samt dokumentation av kvalitet för utförarnas insatser eller på hur insatser har utförts. IBIC lämnar inte heller vägledning för inhämtning av brukarens upplevelse av den givna insatsen.

Genomförandeplaner

I processteget Utforma uppdrag är genomförandeplanerna centrala. Detta dokument beskrivs av många som Socialtjänstens svåraste dokument att upprätta. Kommunerna har olika riktlinjer och stöd för att skriva och hantera genomförandeplaner. Det krävs endast en snabb sökning på internet för att se att innehåll, omfattning och förutsättningar ser olika ut. Till exempel har kommuner olika förhållningssätt till om genomförandeplanen skall skrivas under eller ej. Övergripande gäller att de skall följas upp och revideras för att vara aktuella i överenskommelse med brukaren. Den juridiska statusen är med detta oklar.

I genomförandeplanen skall framgå hur en insats (beviljat beslut) skall genomföras med hänsyn till brukarens självbestämmande och integritet. Genomförandeplanen ska även innehålla information om aktiviteter och mål för insatsen. Den bör användas som utgångspunkt för de kontinuerliga journalanteckningar som förs hos utföraren⁹. Genomförandeplaner ska generellt innehålla information som beskriver vilket eller vilka mål som gäller för insatserna. Vad stödet ska innehålla, vem som utför stödet, om det ingår flera delar i insatserna och i så fall vilka, när och hur stödet ska utföras samt vem som ansvarar för vad. Det skall också framgå när och hur insatserna och genomförandeplanen ska följas upp. För att tillgodose brukarens behov och önsningar ska brukaren och dess eventuella företrädare och om brukaren så önskar även närstående, ges möjlighet att vara delaktig och ha inflytande i upprättandet. Det skall också framgå om brukaren deltagit i planeringen och vilken hänsyn som tagits till brukarens önskemål och synpunkter. Om samverkan skett med annan yrkesgrupp skall detta framgå. Genomförandeplanen ska ge utförarens brukamära personal en tydlig struktur för det praktiska arbetet och uppföljningen av en beslutad insats. Ofta står det i lokala riktlinjer att genomförandeplanen ska påbörjas dag ett, den dag då brukaren får stöd första gången. Inom fjorton dagar ska genomförandeplanen ofta vara skapad och låst som en upprättad handling. I förfrågningsunderlagen och dess ersättningsmodeller krävs ofta en genomförandeplan för att få ersättning.



⁹ <https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/dokumentation-vad-ska-dokumenteras-i-socialtjansten>

Förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller

Det är enligt lag alltid kommunerna som ansvarar för att utförd vård och omsorg är av god kvalitet. Detta oavsett om den utförs av en extern utförare eller inom kommunens egen organisation. I och med inträdet av **Lagen om valfrihetssystem**, LOV, 2009 så har kommunerna behövt hitta nya vägar att hantera detta kvalitetsansvar då de inte själva kan styra utförarorganisationen. Förfrågningsunderlaget har blivit det gängse dokument som används för att formulera förutsättningarna vid upphandling av utförare och används därför även senare som styrmedel i den ordinarie driften.

I förfrågningsunderlaget formuleras de krav som sedan ska följas upp. Det innebär att mål och politiska viljeyttringar måste omformuleras till krav, som sedan enkelt ska kunna följas upp. Det behöver även tydligt framgå i förfrågningsunderlaget hur dessa krav ska följas upp. Kvalitetskraven ska därmed formuleras och bygga på politiska mål, lagar, föreskrifter, allmänna råd samt bästa tillgängliga kunskap.

Det är inom hemtjänst som flest kommuner, infört valfrihetssystem. Kommunernas modeller för valfrihet skiljer sig åt och omfattar allt från serviceinsatser, omvårdnadsinsatser till delegerad hemsjukvård. Ersättningsmodellen baseras ofta på analys av kostnader för den egna verksamheten men även prisnivån i andra kommuner i regionen, marknadssituationen, effektiviseringskrav samt politiska prioriteringar. Godkända leverantörer ska ha samma villkor. Det gäller både kvalitetskrav som ersättningsbelopp. Ersättningen fördelas ofta upp till utförarna utifrån ambitionen att skapa liknande ekonomiska möjligheter för alla utförare. Sådana faktorer kan vara, typ av tjänst, tidsdifferentiering (dag, kväll, natt, helg) område, (tätort eller glesbygd) samt om utföraren är i egen eller privat regi (uppdragets omfattning, fria nyttigheter, moms-kompensation).

De vanligaste ersättningsmodellerna är att utförarna får ersättning för biståndsbeslutad insats, beviljad tid eller för utförd tid i förhållande till biståndsbeslutet.

- 68 kommuner (45%) ersätter för utförd eller arbetad tid
- 77 kommuner (51%) ersätter för beviljad, planerad eller schablontid
- 5 kommuner (3%) ersätter genom andra former (nivå, tjänst, prestation)¹⁰



¹⁰<https://skr.se/download/18.410d01c916f1aa3a48e29a25/1576842151285/Presentation%20om%20hemtjanstersattningar%202019.pdf>

År 2019 var genomsnittet på dagtid för omvårdnadsinsatser 426 kronor per timme, variationen mellan kommunerna var från 315 till 558 kronor per timme. Det förekommer alltså en stor spridning. Anledning till detta är att kommunerna använder olika ersättningsmodellerna och olika sätt att rapportera tid men även olika former av kravställning vid upphandlingar kan påverka¹¹.

Andelen kommuner som använder LOV-system är enligt SKR, Sveriges kommuner och regioner stabil. LOV tillämpas främst i kommuner med många invånare. Öppna jämförelser gör även gällande att många av kommunerna ser över sina ersättningsmodeller, främst avseende beviljad eller utförd tid¹².

¹¹ <https://skr.se/demokratiledningstyming/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/socialomsorg/ersattningssystem/ersattningssystemhemtjanst2019.31355.html>

¹² <https://skl.se/download/18.5849baa816a05f83251457ca/1555069522090/Karta-samlad-statistik,-tj%C3%A4nster-LOV-trend-april-2019.pdf>

Resultatdel

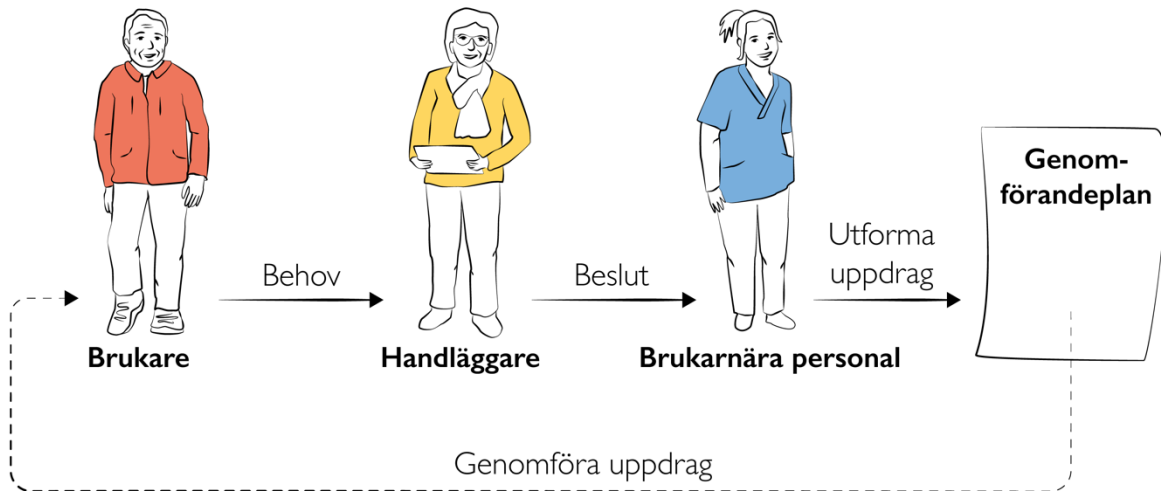
Individprocessen ur hälso- och sjukvård respektive socialtjänstens perspektiv

Brukare möter olika organisatoriska förutsättningar beroende på var i landet hen är bosatt. Denna rapport fokuserar på insatser enligt Socialtjänstlagen. Här görs dock en enkel jämförelse mellan om stöd ges i enlighet med Socialtjänstlagen eller Hälso-och Sjukvårdslagen. En brukare, vanligen benämnd som patient, som får sitt stöd av personal som styrs av Hälso-och Sjukvårdslagen, kommer genom hela processen, från diagnos till att behovet är hanterat, att träffa samma yrkesgrupp (vanligtvis legitimerad) som alla är mer eller mindre handfast inblandade i hela processen. Legitimerad personal upprättar en vårdplan där såväl mål som tillvägagångssätt tydligt definieras och dokumenteras. Den som upprättat vårdplanen bär ansvar genom hela processen men tar stöd av andra utförare under processen.

En brukare som får sitt behov tillgodosett inom socialtjänsten träffar olika yrkesgrupper med olika kompetens i de olika processtegen från en ansökan i aktualiseringssteget till genomförandet av en insats i vardagen. Brukaren redogör först för sin situation och upplevelse av behov till handläggare som i sin profession samlar in information och beslutar om rätten till stöd. När detta är gjort lämnas beslutet till utförare som förväntas upprätta en genomförandeplan tillsammans med brukaren. Detta ska vara styrande för den omsorgen som skall ges. Brukaren får då åter redogöra för sin situation. Utförarna skall hantera handläggarens beslutet och översätta det till insatser som ska motsvara de behov som behöver tillgodoses. Utföraren ska sedan dagligen/veckovis följa upp förändringar i brukarens behov. Utföraren tillkallar självständigt hälso- och sjukvårdspersonal för att vid behov initiera vårdinsatser. Brukarens situation ska i enlighet med lokala riktlinjer följas upp av handläggare. Detta ska ske halvårsvis eller vid förändrat vårdbehov. Handläggaren ska då utvärdera om brukaren får det stöd som handläggaren ansåg att brukaren hade behov av och rätt till. Slutsatserna av uppföljningen återkopplas till utförarna. Insatserna följs även upp i form av tidsrapportering i relation till ersättning.

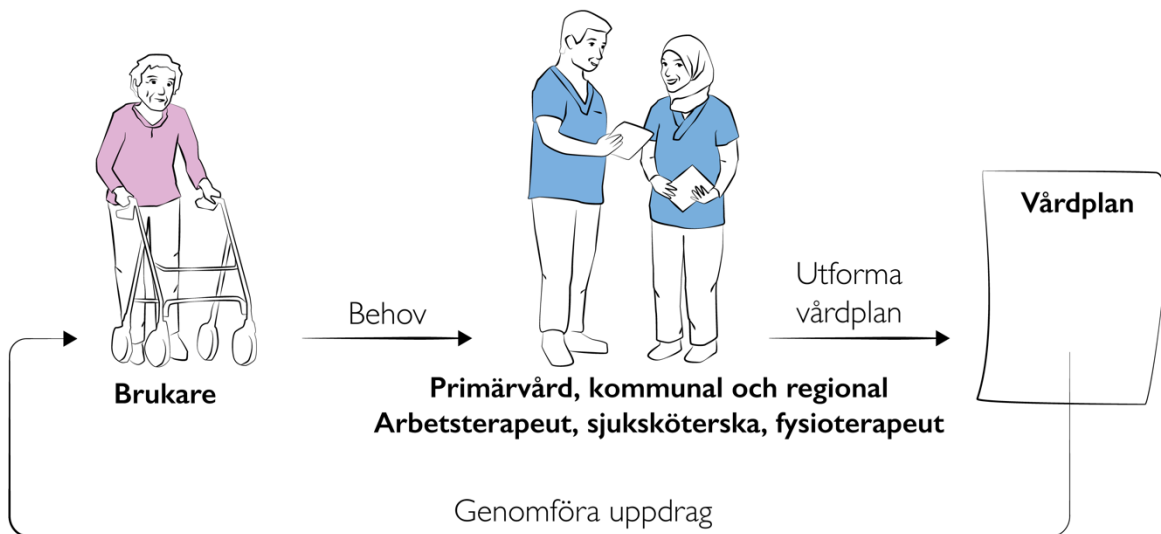
Socialtjänsten

Olika yrkesgrupper med olika kompetens har ansvar i olika delar av processen.



Hälso- och sjukvården

Legitimerad personal genom hela processen. Samma person har ansvar hela tiden.



Figur 10: Individprocessen vid stöd som ges av Socialtjänsten samt Hälso- och sjukvården

Sammanfattningsvis finns följande skillnader beroende på vilket lagrum som motiverar stödet.

Socialtjänstlagen

- Fler olika yrkesgrupper, med olika erfarenheter, involveras och har ansvar för olika delar i processen. Medför en komplex kunskapsöverföring mellan yrkesgrupperna.

Hälso- och sjukvårdslagen

- En person, utbildad och legitimerad personal, har ansvar för brukaren genom hela processen.

En konsekvens som uppstår, och som bekräftas av kommunrepresentanter, är att det är vanligt att välfärdsteknik utreds av legitimerad personal men har störst effekt hos utförarna inom exempelvis hemtjänst. I tvärvetenskapliga diskussioner har ofta hälso- och sjukvårdsämnen ett större utrymme och den legitimerade personalen ett större mandat. Det påverkar och är i många fall avgörande för införandet och användandet oavsett om användningen har grund i hälso- och sjukvårdsinsatser eller inte. Välfärdstekniken hamnar i stuprör mellan olika ansvarsområden och även om utförare vill införa så riskerar frågan att bromsas av den legitimerade personalen. Ett exempel på detta är införande av läkemedelsautomater där hemtjänsten kan tydliggöra flera vinster, men målgruppen inte stämmer överens med hemsjukvårdens riktlinjer och därmed inte används för att stärka brukarens självständighet.

Även ambitionen att arbeta förebyggande strandar ofta i ansvarsfördelning mellan yrkesroller såväl inom kommunen som mellan olika ansvarsområden. Ett tydligt exempel är att en demensdiagnos på minnesmottagningen sällan leder till att stöd erbjuds i form av olika välfärdstekniska tjänster i förebyggande syfte. Vilket resulterar i att tjänster ofta introduceras för sent. Det innebär att brukarens behov av stöd ofta måste tillgodoses av en högre vårdnivå (dyrare insatser) och därmed påverkar såväl brukarens självständighet, dennes omgivning som den kommunala ekonomin.

De involverande personerna och deras förutsättningar

All metodik måste utgå från dess användare och de personer som berörs. Vi väljer därför att definiera utgångspunkterna för de grupper som tydligt är med i de processer som IBIC tillämpas på. Dessa är brukaren, utförarens chef, utförarens brukarnära personal samt handläggaren.

Brukare



Lite tillspetsat så anser vi att brukarens agerande och situation i många fall präglas av följande. Det är en individ som:

- Har behov av stöd i sin vardag.
- Många gånger upplever sig vara i beroendeställning i kontakt med den brukarnära personalen.
- Tvingas delge personlig information och således minskas den privata sfären.

- Inte vet vilken hjälp och stöd som finns att tillgå eller som de har behov av och därmed möjligt att ansöka om.
- Har behov de själva inte är medvetna om eller som är outtalade.
- Har anhöriga som har synpunkter på hur hjälpen/stödet skall se ut även om detta ej rimmar med brukarens önskan alternativt saknar stöd från anhöriga som kan stötta dem.
- Inte vill förklara för all "ny" personal hur hjälpen/stödet skall ges eller vilket önskat bemötande de vill ha.
- Upplever det betungande med stora krav på informationsinhämtning och informationsöverföring.
- Har svårigheter att förstå betydelsen av de olika dokument som den brukarnära personalen går igenom med dem och konsekvenserna av det som står i dem.
- Ifrågasätter sällan myndighetsbeslut från vård och omsorgsgivare och känner ofta inte till rätten att överklaga. Vet ofta inte hur och var de kan lämna synpunkter och klagomål.
- Vid undermåligt stöd riskerar de försämrad livskvalitet och hälsa.

Chef



Ansvarig för brukarens omvårdnad är första linjens chefer. Deras roll och förutsättningar är viktiga att belysa i detta sammanhang. Vi vill tydliggöra vår respekt för denna yrkesgrupp och att det görs ett fantastiskt arbete runt om i landet. Rapporten syftar inte till att ge en heltäckande bild eller ifrågasätta kompetensen eller arbetsinsatserna hos landets chefer utan att fokus är på förutsättningarna och ansvaret i den kontext som beskrivs i denna rapport.

Chefen har:

- Såväl budget- som arbetsmiljö- och personalansvar. Personalansvaret är ofta för 20-50 medarbetare samt vikarier.
- Hög belastning med stort och oftast spretigt ansvarsområde.
- Skall hantera såväl brukare, personal som ledningens förväntningar och krav.
- Svårt att rekrytera personal och har stor omsättning vilket medför behov av ständig nyrekrytering och därmed en tidskrävande introduktion.
- Stor utmaning att kontinuerligt utbilda ny och befintlig personal att dokumentera enligt lag, anvisningar och krav.
- Ytterst ansvarig för dokumentation och genomförandeplanen.

- Saknar oftast förutsättning och kompetens för att handleda personal i social dokumentation.
- Ekonomiska svårigheter och sällan förutsättning till en ekonomi i balans.
- Förutom ansvaret för den dagliga driften i många sammanhang även huvudansvaret för infrastrukturen kopplat till sin verksamhet, t ex att det finns WiFi-uppkoppling med mera.
- Ansvar för verksamhet som inte är direkt brukarnära, dvs brandskyddsarbetet, lokaler och andra så väl lokala- som lagkrav.
- Ett beroende av metodutvecklare eller annat chefsstöd som i ekonomisk åtstramning inte prioriteras och därmed riskerar att dras in.
- En verklighet styrd av lagar, policys och lokala riktlinjer.
- Känner oro över att bli granskad och därmed en rädsla att göra fel.
- Har ofta ett begränsat intresse av och tid att lära sig de tekniska tjänster som används inom arbetet men har ansvar för att de fungerar väl för personalen.
- Konstaterar att användande av välfärdsteknik ofta inte är möjligt annat än där det är absolut nödvändigt på grund av förfrågningsunderlaget och dess ersättningsmodell.
- På grund av tidsbrist och budget gör de sällan omvärldsbevakning av aktuell utveckling och möjligheter som finns med nya arbetsätt.
- Förväntas medverka i pilotstudier av ny metodik utan långsiktig plan.
- Ej tillräckliga kunskaper i IBIC och vad införandet innebär.
- Komplexitet och svåra underlag kan innebära att de utvecklar egen arbetsmetodik och uppmuntrar personalen att göra egna bedömningar på behov. Detta skapar förutsättningar för jävsituationer då beslut om både vad och hur brukarens behov tillgodoses tas av samma person.

Utförare, den brukarnära personalen



Utföraren av omvårdnad och stöd till brukaren. Återigen, vill vi vara tydliga med vår inställning, att den brukarnära personal gör ett fantastiskt arbete och att denna rapport inte handlar om deras arbetsinsatser och kompetens utan de förutsättningar de får i relation till den verksamhet som bedrivs.

Den brukamära personalen:

- Har brukarens välbefinnande i fokus
- Är omsorgsfokuserade och vill ofta arbeta praktiskt med omsorgen
- Har svårt att hinna med alla uppgifter på ett kvalitativt sätt, med ett tajt tidschema som tenderar att spricka då någon av dagens alla händelser får en oväntad utgång.
- Förväntas trots varierad ålder och erfarenhet alltid kunna göra grundläggande bedömning av brukarens hälsostatus i varje situation och förstå när olika yrkesgrupper skall tillkallas, dvs förstå och hantera olika vårdnivåer.
- Drar sig ofta för läs- och pappersarbete
- Läser inte alltid beslutsunderlag
- Prioriterar hellre tid i omsorg än dokumentation
- Har i en arbetsgrupp stor variation i förutsättningarna att bemästra mer kvalificerad dokumentation, såsom att tyda innebörden av ett IBIC baserat beslut
- Skall hantera IBIC och myndighetsspråk men även ha förståelse för verksamhetens process och interaktionen som krävs med andra personalgrupper
- Saknar praktiska förutsättningar för att arbeta med administration och dokumentation på ett effektivt sätt. Har inte tillgång till egen telefon, begränsad tillgång till datorer, ändamålsriktiga lokaler med mera
- Är ej omvärldsorienterade i för uppgiften viktiga områden
- Är ej insatta i de ekonomiska perspektiven av sitt arbete
- Är ofta inte tillräckligt insatta i relevanta lagar, regler och lokala policys
- Trivs med att deras arbete handlar om att hjälpa brukare i vardagen istället för att arbeta med teknik. De har ofta ett begränsat intresse av de tekniska tjänster som används inom arbetet. Detta då dessa ofta inte är anpassade
- Möter teknik och tjänster för omsorgen som är under utveckling och som ofta har brister i funktion och användarvänlighet
- De har ej har mandat eller möjligheter att påverka vilka nya tjänster som införs
- Känner oro/rädsla för användandet av den teknik som erbjuds och hanteringen av den
- Ska i flera kommuner även besluta om användning och hantera tekniken
- De ska nu skriva genomförandeplaner och ta dokumenterade beslut
- Ska i flera kommuner tillsammans med IBIC nu hantera såväl Vad som skall tillgodoses och Hur det skall genomföras

Handläggare



Handläggaren bedömer och beslutar om det bistånd som brukaren har rätt till. Även här ska påpekas att det görs ett fantastiskt arbete ute i kommunerna och att vi inte ifrågasätter ambitioner, kompetens utan har fokus på förutsättningarna och uppgiften att fatta rättssäkra och relevanta beslut för att tillgodose brukarens behov. Deras roll i beslutsprocessen är då mycket viktig. Handläggare:

- Har högskoleutbildning
- Arbetar ofta självständigt
- Har vana och är kunniga i administration
- Har tillgång och förutsättningar för administration med kontor, dator och telefon
- Har kunskap kring lagar och myndighetsbedömningar
- Har ett tydligt uppdrag att utreda och besluta om vilka behov som omsorgen ska erbjuda stöd för. Har för att göra detta rättssäkert tydliga riktlinjer att följa, såväl politiskt förankrade som internt framtagna.
- Ska enligt detta uppdrag se till brukarens behov och hur detta motiverar stöd från omsorgen utifrån lagarnas riktlinjer, lokala policys med mera.
- Har ett tydligt mandat att tillkalla annan yrkesgrupp för att hjälpa till att bedöma brukarens behov och hur det bäst tillgodoses.
- Ska inte styras av ekonomiska hänsynstagande utan fokusera på vilket stöd en brukare ska få utifrån de förutsättningar som föreligger
- Har tillgång till och förvaltar en stor del av äldreomsorgens ekonomiska resurser
- Det råder ofta personalbrist och de har svårt att hinna med sitt uppdrag. Nya beslut prioriteras och uppföljning görs i den mån som verksamheten hinner med.
- Har kunskap och förståelse kring funktionsvariationer och åldrande
- Har en central roll som ofta möter brukare som hamnat i någon form av kris i en komplex situation
- Har erfarenhet av att bemöta och hantera stora förväntningar från såväl brukare, anhöriga och närstående
- Ställs inför svåra avvägningar mellan kommunala riktlinjer, lagstiftning, politiska mål, begränsade resurser, individuella behov, förväntningar från anhöriga vilket kräver en tydlig ledning och styrning

Ovanstående redogörelse återspeglar tydligt utmaningarna när dessa personer ska samverka för att tillsammans ge bästa möjliga omsorg. Förutom att ge det praktiska stödet på ett professionellt sätt så ska deras agerande vara rättssäkert med tydlig och rimligt mandat till alla involverade.

Det är även andra viktiga yrkesgrupper med olika kompetenser som involveras i det initiala skedet av införande av välfärdsteknik. Var och en av dem kan självständigt med enkelhet stoppa ett införande utan att behöva ta de ekonomiska konsekvenserna av sitt beslut. Det kan vara den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) som utifrån sitt uppdrag inte ger välfärdstekniken mandat, kommunjuristen som tolkar lagar, IT-chefen som ska säkerställa att välfärdstekniken passar in i den övriga IT-infrastrukturen men även upphandlingsenheten som ska stödja verksamheterna. Författarna kan identifiera flera kommuner där en person, som på grund av sin personliga uppfattning stoppar utvecklingsprojekt, trots att de är fastslagna, politiskt förankrade och med framgång införts i grannkommuner. En annan faktor är att besluten om införande av välfärdsteknik ofta bygger på frivillighet för verksamheten. Tid för utbildning och uppläring av nya arbetsmetoder och IT-stöd styrs ofta av chefens förutsättningar och görs därför i mån av tid och resurser. Tid då den brukarnära personalen kan samlas är en bristvara och det är därför inte ovanligt att införandet fördröjs till förmån för andra prioriteringar.

Flera kommuner har under senare år anställt digitaliseringsledare/verksamhetsutvecklare som får ansvar bland annat för att välfärdsteknologiska tjänster ska införas. Till förfogande får de ofta men inte alltid en projektbudget för att genomföra pilotprojekt med ett mindre antal enheter. De har dock litet eller inget mandat att sedan besluta om ett införande och har inte heller något mandat att finansiera en fortsättning av projekten. Det startas därför ofta pilotprojekt utan att det finns en uttalad budget för en fortsättning eller kraft för att genomföra ett större införande. Det är inte heller säkert att ett breddinförande är ambitionen vid lyckat resultat.

Digitaliseringsledaren/verksamhetsutvecklaren kompletteras med en projektledare från verksamheten. De lägger mycket tid inledningsvis och trappar sedan ner sin närvaro i testerna med ambitionen att verksamheten ska bära införandet själv. Om den utsedda personen från verksamheten gör ett bra jobb, så är det inte osannolikt att den under projekttiden rekryteras till ett annat projekt. Det får effekten att pilotprojektet slutförs utan projektledaren eller att den inte längre kan lägga lika mycket tid och endast fokuserar på att avsluta projektet, lämna tillbaka utrustningen och göra en kort rapport. Detta är vanligare än vad en utomstående kan tro och det är inte självklart att ett pilotprojekt inom omsorgen leder fram till något större införande.

Ett av problemen är just att det kallas pilotprojekt, vilket signalerar att det är ett projekt som kommer pågå under kortare tid för att sedan avslutas. I en verksamhet med flera utmaningar är det inte konstigt att det inte prioriteras. En tydlig signal om detta är hur rekryteringen av brukare går vid tester av nya tjänster. Har det planerade antalet användare uppnåtts? Varför inte? Vad skulle effekten bli om man istället skulle benämna det som ett införandeprojekt och tydliggjorde ett långsiktigt mål från början?

Utmaningarna med dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller

Resultaten av rapportarbetet visar att åsikterna om förfrågningsunderlagen är många och att de påverkas såväl av vilken ersättningsmodell som används men även vilka erfarenheter och personliga värderingar som den intervjuade personen själv har.

I många diskussioner med kommunrepresentanter framkommer att förfrågningsunderlag ofta inte stimulerar till att hitta effektiva lösningar med stöd av välfärdsteknik eller annan lösning som inte är personalbaserad. Det innebär att kostnaden för kommunen i slutändan blir onödigt hög. Fokuset på brukartid har gjort att välfärdsteknik inte används för att komplettera personella insatser utan bara om det effektiviserar insatser som utförs av personal. Detta trots att rapporter gör gällande att allt fler äldre är positiva till teknikutvecklingen. Det finns dock framgångsrika exempel att inspireras av. I Norrtälje har till exempel GPS-larm använts under flera år för att komplettera ledsagning och beviljad promenad med personal. Insatsen kallas E-ledsagning och har över 200 användare. Flera kommuner har eller håller på att införa denna insats som en del av ett rehabiliterande arbetssätt, men förfrågningsunderlagen utgör ett hinder.

Som tidigare nämnts så är de vanligaste två ersättningsmodellerna Beviljad tid samt Utförd tid i förhållande till beslut. Ersättningsmodellerna bygger således på att utföraren ersätts för den tid som fysisk arbetskraft utför vilket innebär att användande av välfärdsteknik minskar utförarens intäkter, samtidigt som det oftast åläggs utföraren att ta ansvar för rutinerna runt användandet av den välfärdsteknologiska tjänsten. Det är alltså dubbelt negativt för utföraren att använda tjänsterna. De förlorar intäkter och åläggs att ta ansvar som de inte får betalt för. Det är därför inte konstigt att tjänsterna inte används i den utsträckning som är möjligt. Respondenter gör gällande att ersättning i flera kommuner inte ges för trygghetslarm utan det skall rymmas i den ersättning som ges. Det stärker bilden av att användandet kan ses som negativt för utförarens organisation. Ersättningsmodellerna i förfrågningsunderlag upplevs ofta som fyrkantiga och den samlade bilden är att de inte ger utrymme till nytänkande.

Tid tillsammans med omsorgstagaren är lika med ersättning och genererar pengar. När utförarna ersätts för utförd tid kan det innebära att chefen förmedlar till sin personal att tiden i brukarens hem är viktigare än kvaliteten i det arbete som utförs. Det vill säga att det är bättre för utförarorganisationens budget att personalen arbetar 60 minuter ineffektivt än 45 minuter effektivt. Kommunen betalar lite tillspetsat för tiden och inte kvaliteten. Ur chefens perspektiv handlar arbetet med förfrågningsunderlagen ofta om att hitta kryphål för att få ersättning. När skall utföraren anse att denne är hos brukaren? Är det när posten hämtas, soporna slängs eller är det när utföraren är i tvättstugan eller på väg dit? Det gäller att utföra maximalt med tid inom ramen

för brukarens beslut. Det är inte en slump att diskussionerna på arbetsplatsträffar, ledningsgrupper med mera handlar mer om att maximera den utförda tiden än att höja kvalitet. Det är inte heller en slump att det i årsredovisningar och andra sammanställningar är siffror för brukartid som lyfts upp. Fokus ligger på att den brukarnära personalen ska stanna hos brukaren, så det görs åtgärder för att den brukarnära personalen inte skall stressa vidare mellan brukare, det samtalas om schema, täta uppföljningar med samordnare/planerare och så vidare. Med andra ord få konkreta förslag på hur kvaliteten i omsorgen ska stärkas och ännu färre hur satsningar på välfärdsteknik kan skapa mervärden, då detta inte premieras i förfrågningsunderlagen eller ersättningsmodellerna.

Det är få kommuner som har utvecklat sitt utbud av beslutade insatser i sådan utsträckning att det kan ses som att insatserna tillgodoses med stöd av välfärdsteknik. Den välfärdsteknik som införts har snarare använts för att underlätta för personalen att utföra insatsen. En positiv utveckling med digitala dörlås och mobila arbetssätt med mera, den digitala tekniken kan dock göra så mycket mer nytta. Medicinhantering med läkemedelsautomat och påminnelse är ett område som ger ökad självständighet. GPS-larm kan skapa ökad trygghet vid självständiga promenader och mer social samvaro i samhället och gör rimligtvis också stor skillnad. Detta är några av flera tjänster som har gemensamt att de gör brukaren mindre beroende av personalinsatser och därmed är ekonomiskt ofördelaktiga för utförarorganisationerna beroende på hur ersättningsmodellen är utformad.

Vilket ekonomiskt styrmedel som råder i kommunen har stor inverkan på användandet av välfärdsteknik och framförallt på vilket sätt brukarens behov tillgodoses. I de kommuner där utföraren förväntas ta beslut om hur behovet ska tillgodoses/vilken insats som skall utföras blir ersättningsmodellen direkt avgörande för vilka insatser som erbjuds och hur välfärdstekniken används. Utförarna tar då beslut om insatser som även styr finansieringen av deras verksamhet. Vad kommer de prioritera? Brukarens behov, framtida utmaningar, kommunens budget eller sin egen budget? Varför erbjuda en insats som går utöver vad förfrågningsunderlaget finansierar? Välfärdsteknik som bygger på självständighet och avsaknad av ett fysiskt närvarande stöd kommer därmed inte prioriteras, även om det ger tydliga nyttor för brukaren. Om inte välfärdstekniken genererar en intäkt så används den inte, framförallt om den initialt även ger upphov till en kostnad. Det är en investering som är svår för många utförare.

Handläggarens roll i relation till förfrågningsunderlag

Handläggarna ställs inför svåra avvägningar mellan kommunala riktlinjer, lagstiftning, politiska mål, begränsade resurser, individuella behov, förväntningar från anhöriga vilket kräver en tydlig ledning och styrning. Biståndsbedömningen blir kommunens huvudsakliga verktyg för att direkt påverka kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen. Den givna frågan är om detta är en erfarenhet som också handläggare har och något som de känner sig bekväma med. Brukarens behov ska genom handläggarens beslut översättas till den ersättning utföraren får betalt för, vilket är en källa till ständig dialog mellan handläggaren och chefer.

Teknikutvecklingen går snabbt och med den utvecklas nya arbetssätt och möjligheter att utföra omsorgsinsatser. Därför krävs kontinuerlig uppdatering och omvärldsbevakning för att säkerställa såväl användarmytta som att säkerställa att bästa lämpliga arbetssätt nyttjas. Något som de flesta intervjuade uppger är svårt att tillgodose. Vid analyser av ett stort antal utbildningar vid införandeprojekt samt inspirationseminarium ute i kommunerna så konstateras att handläggare ofta glöms bort vid inbjudan eller att de aktivt väljer att inte delta. Detta utgör då ett ekonomiskt hot i kommunens strävan att bedriva en kostnadseffektiv omsorg med hög kvalitet och användarmytta. Dessutom konstateras att om en handläggares riktlinjer och arbetssätt inte tar hänsyn till såväl brukarens som utförarens och kommunens nytta med nya arbetssätt så begränsar de utvecklingspotentialen på ett högst påtagligt sätt.

I utbildningen till handläggare fanns tidigare inte och troligen inte idag någon utbildning i ekonomi. Snarare poängteras det i utbildningen att handläggare inte ska hantera frågor rörande ekonomi, då detta riskerar rättssäkerheten och allas rätt till lika vård. Det finns poänger med detta synsätt men den ekonomiska situationen inom omsorgen nationellt gör att vissa principer behöver omvärderas. Här behövs en tydligare dialog då nya utmaningar tillkommit för handläggare. Kommuner kan inte år efter år gå med stora underskott utan att förändra arbetsmetodiken. Alla brukares behov ska tillgodoses och allt fler äldre kommer ha allt mer komplexa behov av omsorg. Nya former av insatser och nya arbetssätt måste därför utvecklas och handläggarna har här en viktig roll och måste involveras.

Diskussioner kring ekonomi är känsligt och hänvisas ofta till högre chefer eller politiker. Samtidigt styr handläggaren indirekt utförarens ekonomi genom att ge ramarna för utföraren. Detta syns tydligt vid varje månadsskifte där underlagen för utförd tid redovisas och godkänns. Om utföraren har lagt mer tid än vad beslutet medger så skall de ofta äska pengar för det hos handläggaren. Om arbetet hos brukaren har gått smidigare än väntat och därmed tagit mindre tid så kan detta istället ifrågasättas med utgångspunkten att insatsen inte hållit rätt kvalitet, det vill säga tagit den tid som det var planerat. Handläggaren agerar alltså här ofrivilligt som en ekonomisk controller.

Krocken mellan de olika rollerna och den frustration som stundtals finns mellan chefens ansvar för att få en budget i balans och handläggarens upplevelse av att endast se till brukaren, och inte ha ett ekonomiskt ansvar, är en verklighet i många kommuner. Många frustrationer bottenar i att tilldelad tid för uppdraget oavsett ersättningsmodell (utförd eller beviljad tid) inte är realistisk. Chefers upplevelse är att diskussionen avstannar med resonemang om att det är enligt beviljad schablontid. Avstämningarna med kommunerna visar att flera tycker att relationen mellan handläggare och utförare är problematisk och att handläggare är obekväma med kontakterna då de ska förhålla sig konkurrensneutrala mellan utförare. Trots att det påtalas att nyckeln till framgång är kontinuerliga uppföljningar och en ständigt pågående dialog mellan såväl kommun, brukare och utförare sker detta sällan och då oftast i stormöte där kommunen informerar om förutsättningar.

Ersättningsmodeller och införandet av välfärdsteknik

Kringtiden, är i sammanhanget en viktig faktor, det vill säga den tid som inte direkt ersätts utan skall ingå i den beslutade ersättningen. Kringtiden omfattar resor till och från brukaren, utförarens utrustning, bilar och lokaler, planeringstid, samtal med brukaren på distans, administrativ personal, chefer, dokumentation, möten och att slutföra skrivandet av genomförandeplaner med mera. För att få en ekonomi i balans så är det viktigt att minimera denna tid och kostnad. Att då satsa på omvärldsbevakning och utvecklingsfrågor är svårt. Utöver det dagliga så förväntas utföraren medverka på kommunens möten X antal gånger per år och i övrigt hålla sig uppdaterad om lagförändringar, uppdaterade föreskrifter med mera. Det är därför av vikt att denna ersättning medvetandegörs och att det skapas incitament för utförare att göra särskilda kvalitetshöjande satsningar samt för kommunen besparande åtgärder. Det är vanligt att flera olika yrkeskategorier självständigt gör anspråk på att just deras specifik uppgift ska ingå i kringtiden utan att egentligen reflektera kring vad ytterligare som faktiskt omfattas. Respekten för vad som rimligen kan anses ingå i kringtiden bör skärpas. Om utförarna dessutom ska ta större ansvar så måste den skapas specifika ersättningar som motsvarar förväntad arbetsinsats.

Att utförarna känner brukaren bäst lyfts ofta fram som argument för att ge mandat till att den ansvariga utföraren att besluta såväl på vilket sätt som hur behoven skall tillgodoses. Men det finns flera argument som tyder på att detta inte alltid är det rätta alternativet. Vid användandet av välfärdsteknik kan behovet av utförarnas insatser minimeras. Har brukaren behov av trygghet ute kan detta idag hanteras genom mobila trygghetslarm och utförarens insatser är då att vara larmmottagare och inte fysiskt medverka vid utevistelsen. Detta benämner många kommuner idag som E-ledsagning. Men vad blir effekten för utföraren? Större ansvar, mer oplanerbara insatser och mindre intäkter förefaller sannolikt.

Genomgående är att nya individanpassade välfärdsteknologiska tjänster introduceras för sent, när behoven har blivit akuta eller så stora att även fler behov måste tillgodoses. Exempel på detta är att hemsjukvården ansvar för att prova om medicinpåminnare och läkemedelsautomater. Ett annat exempel är att demenssjuksköterskan och demensteamet ansvar för introduktionen av GPS-larm/mobila trygghetslarm. Hur många brukare finner de i sin verksamhet och vilka förutsättningar har de att arbeta förebyggande med välfärdsteknik och nyttoeffekterna med nya arbetsätt för ett breddinförande?

Denna fråga kommer vi återkomma till i nedanstående kapitel om IBIC, men redan nu konstaterar vi att brukarens första kontakt för att få bistånd är kontakten med handläggaren som genom utredning fattar beslut om behov av bistånd. Om handläggaren då har kunskap om den välfärdsteknik som erbjuds och vilka effekter de har på lång och kort sikt, så kan de med stor sannolikhet identifiera brukare som redan nu och framförallt på sikt skulle ha stor nytta av funktionen. Välfärdstekniken kan vid tidigt användande öka självständigheten och skjuta på behovet av andra personalintensiva insatser. Handläggare bör därför ge förutsättningar och kravställa att

utföraren ska använda välfärdsteknik i de tidiga skedena och fram till dess att behoven gör att mer personalintensiva insatser krävs. I utredarfasen har handläggaren ett antal olika professioner att tillfråga för att säkerställa att rätt stöd ges till brukaren, såväl den legitimerade personalen som larmteknikern. Handläggare behöver inte besluta på detaljnivå om utseende och exakt funktion men vid ett införande bör de ha övergripande kunskap och besluta om lämplig funktion samt vad syftet med användandet ska vara för att säkerställa rätt beslut och hantering. Ett exempel är införandet av GPS-larm i Norrtälje kommun där handläggarna tidigt var involverade och nyttoeffekter undersöktes. Under kort tid kunde ett i sammanhanget stort antal larm föras ut och utförarorganisationen kunde då snabbt lära sig tjänsten och dess nyttor. Flera brukare har vittnat om tydliga förbättringar i hälsotillstånd och kommunen bedömer att de kunnat senarelägga behov av andra insatser.

Om ansvaret för att välja hur behovet skall tillgodoses läggs på utförarna så aktualiseras frågan om ersättningen i förfrågningsunderlaget, där effekterna är dubbla. Användandet riskerar att minska ersättningen för utföraren men minst lika mycket riskerar det att öka kringtiden. Både för att hantera alla frågor som kommer med införandet men även genom att behöva ta ansvar för att hantera åtgärden vid olika sorters larm som genereras. Även tiden för upprättande av genomförandeplan ökar, då fler aspekter ska hanteras. Effekten blir att om utförarna beslutar om välfärdsteknik så används det ofta i så små volymer att någon nyttoeffekt på ekonomin inte realiseras och att arbetsmiljön inte underlättas. Detta då implementering av välfärdsteknik kräver inköp av såväl tjänsten som ny kringutrustning och arbetsredskap och de förändrade arbetsprocesserna på kort sikt fördyrar verksamheten. Dessutom är behoven av uppläring lika stor för få enheter som för flera. Tid för utbildning eller ersättning för vikarier i samband med utbildning förekommer sällan i förfrågningsunderlag. Alla dessa faktorer handlar alltså om ökad kringtid, som ofta inte ersätts.

Flera av Sveriges kommuner har ekonomiska utmaningar vilket naturligtvis innebär att flera chefer har tuffa ekonomiska förutsättningar och svårt att få en budget i balans. Budgetrestriktioner får direkt påverkan för utförarna med inköpsstopp och andra begränsningsåtgärder. Välfärdsteknik som på kort sikt belastar ekonomin men på längre sikt skulle underlätta eller vara en möjlighet att utföra vård och omsorg till fler med samma resurser beläggs nu med inköpsstopp. Få chefer kommer i september att satsa på tjänster som betalar igen sig först i mars eller än värre om ett år. Om användandet av tjänsten dessutom inte ger ersättning enligt förfrågningsunderlaget för att den inte genererar brukartid eller beviljad tid, är det små möjligheter att välfärdstekniken används.

En återkommande diskussion bland chefer är vem som ansvarar för dennes budget? Hemsjukvården som delegerar uppgifter? Den medicinskt ansvarig sjuksköterska som tolkar riktlinjer eller handläggaren, anhöriga eller politiker som ställer krav på god omsorg och effektivitet? Eller brukaren som bara vill ha sitt stöd och ofta inte känner till rätten att överklaga?

Chefen har som tidigare nämnts flera hänsynstaganden att ta och har få om ens några möjligheter att styra hur många brukare den ska ta ansvar för. Chefen ser nyttan som olika välfärdstjänster kan ge men i valet mellan välfärdsteknik som kan ge nytta på sikt och den kortsiktiga budgeten så måste de välja att försöka uppnå det kortsiktiga budgetmålet. När användandet dessutom genererar ökad arbetsinsats på kort sikt så är det till och med ofta så att redan inköpta lösningar inte användas. Det finns helt enkelt inte tid och kraft att arbeta med införandet och inte heller några krav eller uppföljning på om det används eller inte. En kommunrepresentant uttrycker "Vi köpte in tio och har bara använt en till två enheter, men den har sparat så mycket tid och resurser åt oss att det har finansierat de andra. Så vi är nöjda.". En mening som tydligt visar på ett resursslöseri men framförallt svårigheten att samla kraft för att utöka användandet.

En annan faktor som påverkar användandet av välfärdsteknik är den ekonomiska uppdelningen i olika budgetar. Vilket påverkar möjligheten till större investeringar. Vid de tillfällena där nyttoeffekterna främst kommer en annan verksamhet till gagn än den som är belagd med investeringskostnaderna avstannar satsningen. Det gäller därför att rätt verksamheter rekryteras vid pilotprojekt och att omfattningen i projektet och det inledande införandet blir sådant att vinsterna kan analyseras inom projektet och på kommunövergripande nivå. Detta blir ofta en närmast omöjlig utmaning, framförallt då utgångspunkten är att aktörer från olika yrkesgrupper behöver engageras.

För att ta ett annat perspektiv så kan vi kunna jämföra välfärdsteknikens användande med operationer. Där användandet av välfärdstekniken är som att operera en person med titthålskirurgi. De personalfokuserade insatserna motsvarar när kirurgen istället skär med kniv och öppnar upp. Om läkaren bara får betalt för tiden som operationen tar så är det senare sättet att föredra. Men titthålsoperationer ger mindre skada för patienten, snabbare tillfrisknande, patienten blir nöjdare samt att färre resurser på sjukhusen behövs. Detta gör att fler kan opereras på samma tid och att läkarna därmed kan hjälpa fler. Om läkare velat stå fast vid att alltid skära för att det var praxis, en vana och det som ersattes så hade metoderna för titthålsoperationer inte varit så utvecklade idag. Titthålsoperationer möjliggör att vi skapar förutsättningar för mer avancerad kirurgi där behovet av att skära med kniv finns.

Slutsatsen är sammantaget att ersättningsmodellerna måste innehålla incitament för utveckling som gynnar effektivare arbetssätt, mer värdeskapande utnyttjande av brukartiden samt att det måste skapas ett brett accepterande över yrkesrollerna gällande att ett större användande av välfärdsteknik faktiskt skapar en omsorg med individens behov i centrum.

Genomförandeplaner

Upprättande av genomförandeplaner

Samtliga deltagande kommuner uppger att upprättandet av genomförandeplaner är svårt för den brukamära personalen. Det framkommer att det förekommer diskussioner kring varför och för vem de skrivs. Upplevelsen är att de många gånger görs främst för att hålla ryggen fri. Social dokumentation är ett ständigt pågående utvecklingsområde inom alla omsorgsverksamheter. En av respondenterna uppger att "Genomförandeplanen är det svåraste dokumentet att skriva inom omsorgen och då skall det utföras av en yrkesgrupp som inte valt ett administrativt arbete." Initierad personal (chefsställning samt metodutvecklare) bedömer tillsammans att endast 10-15% av den brukamära personalen klarar av att självständigt upprätta en genomförandeplan med de krav på innehåll och arbetsbeskrivning som skall ingå samt att den ska vara möjlig att följa upp. Bedömningen är att andelen är ännu lägre efter att IBIC införts. Flera respondenter hävdade dock att denna uppskattning är för låg.

I IBIC metodiken finns ingen mall eller förslag till hur en genomförandeplan skall utformas. Genomförandeplaner skall dock skrivas med det språkbruk som IBIC använder sig av. Det innebär att utförarens brukamära personal får beslut som är skrivna med ett svårt språkbruk och de ska sedan även själva använda det. Utförarnas brukamära personal behöver förstå alla livsområden för att tolka behov och kunna omsätta det i text enligt IBIC. Detta är utmanande och det saknas stöd i dokumentation för utförarna. De stöd som finns eller är på gång upplevs som trubbiga. Kommentarer bland de intervjuade är att det är mer tekniskt svårt än tillför nytta. Innehållsmässigt är mallarna många gånger styrda till former som leverantören av verksamhetssystem tagit fram. Här lyfts att stödet till handläggare kommit betydligt längre än stödet till utförarnas brukamära personal. I de verksamhetssystem som finns att tillgå så är processerna för att göra planerna styrda till att kopiera inställningar med mera på ett sätt som inte är användarvänligt. Samtliga tror att detta med tiden kommer att underlättas.

Flera kommentarer att dokumentationen i beslutet och genomförandeplanen ska återspegla varandra och gå att jämföra men konstaterar samtidigt att få har nytta av den jämförelsen om innehållet är kopierat från handläggarens beslut som i sin tur är format enligt fastslagna rutiner enligt former som verksamhetssystem gett snarare än det ger en bild av verkligheten. Med strukturerad information och fasta svarsalternativ ska dokumentationen kunna återanvändas för verksamhetsuppföljning. Men vad är värdet av dessa underlag om få vet hur de skall fyllas i eller de är kopierade. I flera kommuner lär sig utförarna (den brukamära personalen) att forma planerna med livsområden genom att kopiera förvalda alternativ till genomförandeplaner utan möjlighet till fritext. Vilken statistik har då samlat in och vems behov tillgodoses av en sådan hantering?

Genomförandeplanerna i förfrågningsunderlagen

I förfrågningsunderlag är det vanligt att tid för arbetet med genomförandeplanen reduceras till att ersättas med en till två timmar för nya brukare och en timme för uppdatering. Låt oss titta på rimligheten i det:

Om vi gör en förenklad uppsplättning så skulle det kunna se ut såhär:

- 30 minuter förberedelser, läsa beslut
- 15 min transport till brukare
- 90 min möte och samtal med brukare och eventuellt anhöriga
- 15 minuter transport tillbaka till kontoret
- 90min upprättande av genomförandeplan (ofta tillsammans med metodutvecklare)
- 30 min övrig tid till att samtala med brukaren. Ett flertal kommuner väljer att hantera genomförandeplanen med en underskrift

Sammantaget blir detta 4,5 timmar för utförarens brukarnära personal samt 90 minuter för metodutvecklare. Ovanstående tidsåtgång är troligen i underkant och skall ofta göras när verksamheter tillåter vilket gör att det sker uppdelat på flera tillfällen. Samtliga deltagande kommuner uppger att arbetet med genomförandeplaner inte ersätts i förfrågningsunderlag med för uppgiften en skälig ersättning. Ersättning saknas även för att läsa beslut varför detta sällan görs.

Att betrakta arbetet med genomförandeplaner som kringtid är inte rimligt med tanke på dess betydelse men det görs ändå ofta. Effekten är lätt att räkna ut, genomförandeplanernas kvalitet hinner inte säkerställas.

Utbildning i upprättande av genomförandeplaner

I tidigare kapitel konstateras komplexiteten i att utforma en genomförandeplan. De olika yrkesrollernas förutsättningar har också beskrivits. Konstaterandet var följande:

Utförare, den brukarnära personalen:

- Är omsorgsfokuserade och vill ofta arbeta praktiskt med omsorgen
- Drar sig för läs- och pappersarbete
- Läser inte alltid beslut
- Stor variation i att bemästra språk och dokumentation
- Skall hantera IBIC och myndighetsspråk men även ha förståelse för processen
- Saknar praktiska förutsättningar i form av dator och skrivbord
- Svårt att hitta tiden att lära sig samt skriva genomförandeplanerna
- Prioriterar hellre tid i omsorg än dokumentation

- Ej omvärldsorienterade i för uppgiften viktiga områden
- Ska nu skriva genomförandeplaner och ta dokumenterade beslut

Chefen:

- Har såväl budget- som arbetsmiljö- och personalansvar och hög arbetsbelastning.
- Stor utmaning att kontinuerligt utbilda ny och befintlig personal att dokumentera enligt lag, anvisningar och krav
- Ytterst ansvarig för dokumentation och genomförandeplanen
- Ej tillräckliga kunskaper i IBIC och vad införande innebär. Kräver att man förstår och är insatt i arbetet med att göra beslut om insatser
- Saknar förutsättningar och kompetens för att handleda i dokumentation
- Beroende av metodutvecklare eller annat chefsstöd som i ekonomisk åtstramning inte prioriteras

Slutsatsen är att det är komplext att upprätta en genomförandeplan och att utbildning därför är viktig. Låt oss därför studera förutsättningarna för att bedriva kunskapshöjande utbildning med den brukamära personalen. Utförarna har små möjligheter att utbilda sin personal. De ersätts sällan i förfrågningsunderlag för sådana satsningar. Förutsättningen är att arbetsgruppen har personalmöten 8-9 gånger per år, då de som kan samlas i cirka 90 minuter.

Denna tid används för gemensamma frågor, arbetsmiljöfrågor med mera. Tid för att informera och utbilda om IBIC, ge uppdatering om välfärdsteknik samt omvärldsorientering kan inte prioriteras i relation till arbetsmiljöfrågor med mera och hinns av naturliga skäl inte.

De intervjuade kommunrepresentanterna reflekterar också kring hur kommuner valt att utbilda i IBIC. Det upplevs svårt att hitta en tydlig struktur och ambitionsnivå och upplevelsen är att utbildningen snarare blir en utbildning i förhållningssätt och bemötande än IBIC som metod och den process som brukaren genomgår i IBIC som process. Det är helt enkelt för svårt att utbilda på den korta tid som finns att tillgå.

Behoven är dock stora och kraven på social dokumentation är stort vilket får till följd att kommuner för några år sedan anställde metodutvecklare för att utbilda personal i social dokumentation och upprättande av genomförandeplaner. Vid intervjuer i flera kommuner framkom att metodutvecklarna arbetat 2-3 år och anser sig kommit halvägs och påpekar att en stor anledning till detta är den stora personalomsättningen och bristen på kunskap i social dokumentation. Metodutvecklare blir i praktiken en ny yrkesgrupp som tolkar beslut och hjälper den brukamära personalen att upprätta genomförandeplanen. Detta har även blivit en förutsättning för chefer som då delegerat kvalitetsansvaret. Metodutvecklare är dock en utsatt tjänst som vid ekonomiska svåra tider inte sällan dras in.

Kommunrepresentanter upplever också att det finns en förvirring i arbetet med genomförandeplaner. Både på vad som är krav och vad som förväntas gällande genomförandeplanens innehåll och omfattning. Vad är syftet med genomförandeplanen? Hur omfattande bör genomförandeplanen vara? Dessa frågor lyfts fram som osäkerhetsfaktorer av flera responderande kommuner. Tidigare beskrev genomförandeplanen ett **hur** det vill säga på vilket sätt hjälpen ska ges till brukaren utifrån beslutet. Genomförandeplanen användes då ofta som underlag för att vikarier skulle veta vad de förväntas göra och hjälpa till med. Idag skrivs ofta både genomförandeplan och en arbetsbeskrivning vilket ses som dubbelarbete.

Slutsatser om genomförandeplaner

Utförare av omsorg har i sin vardag stor variation av såväl uppgifter, händelser att hantera och har flera förordningar och lokala krav att förhålla sig till. När utförarna ska upprätta genomförandeplaner i denna komplexa situation riskerar de att det antingen bli önskelistor eller en spegling av vilka insatser utförarna vill erbjuda. Utförarnas brukarnära personal har svårt att hinna upprätta genomförandeplaner av god kvalitet. Här finns en stor källa till oro och en upplevelse av att kraven är en utopi.

Om handläggaren inte styr på vilket sätt insatsen skall tillgodoses och därmed innehållet i genomförandeplanen så är frågan om inte en dator kan besluta om den tid som finns att tillgå. Om det är först i genomförandeplanen som de beviljade insatserna definieras så får detta flera konsekvenser. Handläggarens roll urholkas. Brukaren har inte möjlighet att överklaga en genomförandeplan likt ett juridiskt bindande beslut. Hur ska kommunen kvalitetsgranska omsorgen, då genomförandeplanerna är format som en överenskommelse mellan brukare och utförare? Gynnar det god vård och är det ens möjligt att i efterhand förändra dokumenterade och redan överenskomna beslut med brukaren? Vilka effekter kommer det få?

Om en utförare har utfört insatser som enligt handläggaren inte ligger i beslutets riktning kan då dessa avslutas om det innebär en förändring för brukaren som denne ej önskar? Hur ska det hanteras om insatser upprättas i genomförandeplan av utföraren och denne inte tagit det mest fördelaktiga beslutet utifrån brukarens behov, kommunala riktlinjer eller ekonomi? Frågetecknen är många.

Konsekvenserna av användandet av IBIC

De utmaningar som införandet av IBIC skapar

De största utmaningarna för införandet av välfärdsteknik ligger i att alla yrkeskategorier i kommunen ska acceptera att den införs och att det ska prioriteras. Om stödet finns i organisationen så är frågan vem som tar beslut på brukarnivå samt om ersättningsmodellerna ger de involverade aktörerna en rimlig ersättning när den används. Handläggaren utreder, beslutar och lämnar sedan till utförare att verkställa. Det är processerna mellan beslut och verkställande som är utmaningen. Handläggare med högskoleutbildning och erfarenhet av att utreda behov, stor kunskap i myndighetsutövning och lokala riktlinjer med mera får genom utredning stor kunskap om brukarens behov, resurser och mål. Om beslutet lämnas till utförarens personalgrupp, den brukamära personalen, som för uppgiften saknar adekvat utbildning i myndighetshandläggning och som inom gruppen har stora skillnader i kompetens och erfarenhet, så innebär det en stor risk. Detta behöver därför belysas och granskas för att säkerställa såväl rättssäkerhet som ekonomiska konsekvenser. Det bör också beaktas att det är mycket lättare för kommunen att utbilda och säkerställa kompetens och omvärldsbevakning hos en mindre personalgrupp såsom handläggarna än för en den stora brukamära personalgruppen som har få tillfällen för gemensamma möten och utbildningar.

När införandet av välfärdstekniken och nya arbetsmetoder sker samtidigt som införandet av IBIC så är det naturligt att det skapar oro och tveksamhet ute i organisationerna. Det är frustration över denna situation som ledde fram till att denna rapport författades. Nya tider skapar nya modeord och tankar om hur verksamhet ska drivas. Vi befinner oss i ett paradigmskifte och det ger konsekvenser. IBICs styrka för verksamheten och individen är förmågan att arbeta målfokuserat. IBIC är inte fulländat men det är det bästa vi har. Skall man vara kritisk till IBIC kan man säga att ingen profession använder IBIC hela vägen för det är inte komplett för någon. Skall det ha förutsättningar måste det byggas ut för att täcka hela processen. IBIC skapar struktur och ger handlingskraft genom förtydligande samtal och så vidare men utmaningarna uppkommer i kontexten beställare – utförare. Är IBIC förenligt med LOV och användandet av externa utförare?

En tydlig dialog som måste lyftas är hur IBIC matchar det sociala arvet, dvs vägledning om likabehandling, skälig levnadsnivå och andra centrala värdegrundsfrågor. Dessa finns inte hanterat i IBIC. Detta skapar funderingar kring hur intentionerna i socialtjänstlagen matchar IBIC strukturen.

ICF fungerar utmärkt inom hälso- och sjukvårdens arbete där strukturen med funktionsförmåga, diagnos och insatser är vedertagen. IBIC är tydligt inspirerat av hälso- och sjukvårdens strukturer, vilket är naturligt då de hämtar sin grund från ICF. I detta skapas utmaningar. Ett exempel på detta är livsområdet förflyttningar. Det är ett område som lyfts fram i IBIC men där handläggare inom

socialtjänsten inte har specifik kunskap i sin profession. En handläggare har inte kompetens att bedöma förflyttningar genom bedömning av funktionsförmåga. Det blir en mer eller mindre kvalificerad gissning eller en bedömning av vad handläggaren ser. Denna kompetens säkerställs annars av arbetsterapeuter och fysioterapeuter som har sin grund i HSL. På samma sätt är det inom andra livsområden där liknande utmaningar finns, t ex att säkerställa förmågan att klä på sig. Problemet är att IBIC inte kategoriserar personfaktorer vilket ofta är kärnan i en bedömning inom socialtjänsten. IBIC klarar i sin nuvarande form inte av att bedöma motivationsfaktorer, copingstrategi, färdigheter eller psykiska faktorer som påverkar brukarens förmåga att hantera sin livssituation. Områden som varit starka inom socialtjänsten förminskas alltså. Vem har vi framför oss? Vad beror det på? Med IBIC flyttas fokus från det som är socialtjänstens kärnkompetens till att handläggarna nu ska göra hälso- och sjukvårdsbedömningar som de inte har adekvat utbildning för och samtidigt så ska den brukarnära personalen ta myndighetsbesluten.

Införande av IBIC ställer enligt Socialstyrelsen stora krav på organisationen. Som tidigare redovisats så har såväl Inspektionen för vård och omsorg, IVO och Socialstyrelsen påpekat att lokala policys och riktlinjer kan ge effekten att insatser inte fyller sitt syfte. De påpekar även att det finns olikheter i insatser beroende på var i landet brukaren bor. Det framkommer även att beslutade insatser inte blir verkställda samt att medarbetare inte har kunskap om brukarens behov, mål eller beslutad insats. Det framgår också från Socialstyrelsen vägledning att det idag inte finns någon allmänt vedertagen definition av vad begreppet behov innebär. Detta ger effekten att lagar och riktlinjer kan tolkas på olika sätt vilket därmed också får konsekvenser för vilket stöd brukaren får rätt till. Vidare skriver Socialstyrelsen att insatsstyrda verksamheter är vanligare än behovsstyrda vilket kan göra att brukarens behov riskerar att anpassas till de befintliga insatserna som omsorgsgivaren vill erbjuda. De befintliga insatsernas form riskerar att styra utredning och utförandet med effekten att behov inte kartläggs och därför riskerar att inte upptäckas eller åsidosättas. När brukarens behov är i fokus för handläggare och utförare ställs således högre krav på organisationen.

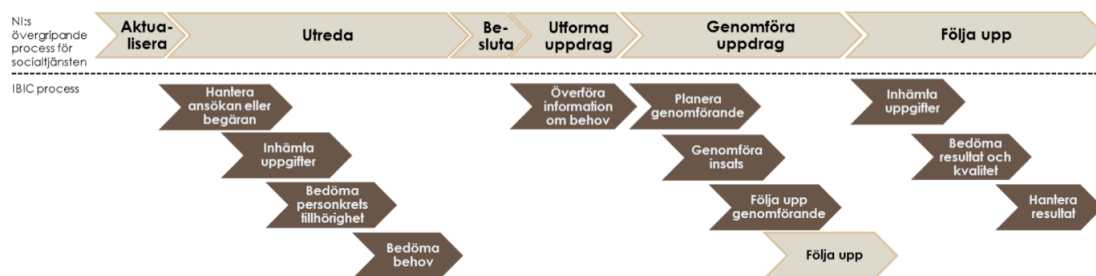
Enligt öppna jämförelser 2019 så uppger 39 % av kommunerna att de använder IBIC vid utredning och 26 % vid uppföljning i ordinärt boende¹³. Respondenternas svar i vår dialog visar på tydliga skillnader i såväl vad, som hur och för vilken yrkesgrupp IBIC är infört. I Öppna jämförelser 2019¹³ vars mål är verksamhetsförbättring, framgår att allt fler kommuner använder det systematiska arbetssättet IBIC för personer i ordinärt eller särskilt boende. En ökning med 12 kommuner har skett sedan 2018. Det framgår även att färre än var tionde kommun systematiskt på gruppnivå följer upp beslutade insatser för att utveckla omsorgen. Rubriken i skriften lyder "Allt fler kommuner använder IBIC vid alla utredningar och uppföljningar". Det framkommer i dialog med kommuner att det upplevs som ett krav att införa IBIC då Socialstyrelsen samlar in information om införande samt marknadsför IBIC på ett sätt som får kommuner och leverantörer att uppleva

¹³ Öppna jämförelser, äldreomsorg (2019), <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-6-9.pdf>

det som krav. Samtliga kommuner förväntas rapportera in underlag i årliga rapporter. Socialstyrelsen har lämnat ifrån sig diverse underlag samt haft stort fokus på utbildningstillfällen. Det finns dock inget lagkrav på kommunerna att införa IBIC. IBIC omfattar som nämnts inte all dokumentation om en brukare som behövs för att hantera utredning, beslut, uppdrag, beställning, genomförande och uppföljning och inte heller förslag på arbetssätt och metoder. Frågan måste då ställas: Vad får kommunerna ut av användandet av IBIC och hur gynnar det brukarna om det inte främjar organisationen? Ska kommunerna prioritera arbetet med IBIC om det bara omfattar några av stegen i processen och gör det fortsatta arbetet mer komplicerat.

IBIC, IBIC-processen och resultat utifrån socialtjänstens övergripande process

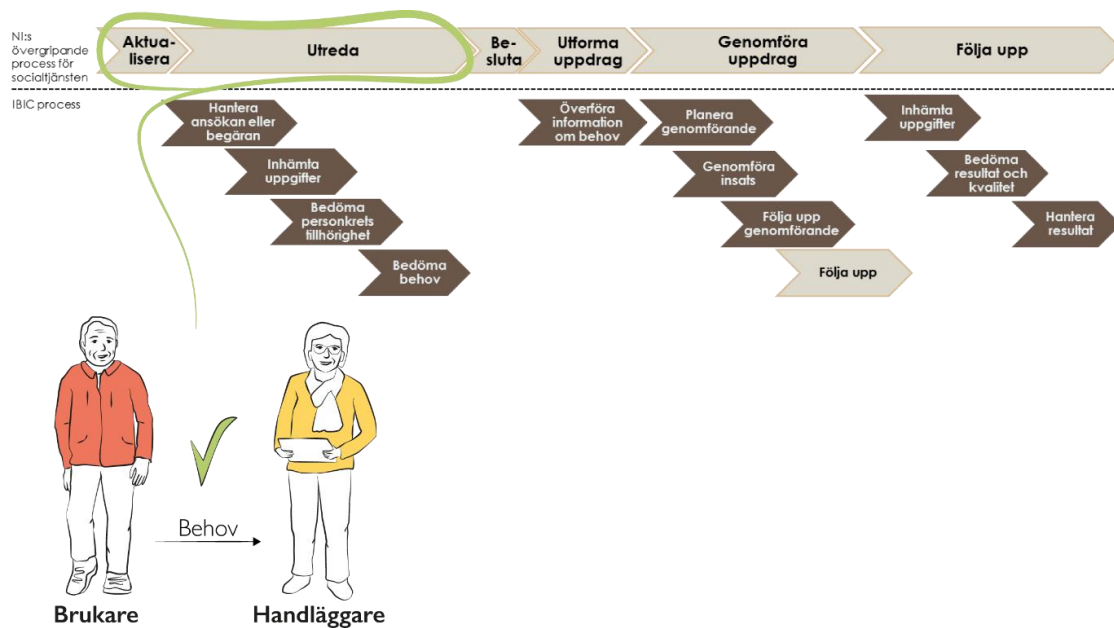
Bilden nedan är socialtjänstens övergripande process enligt NI, utformad för att tydliggöra IBIC processen och den strukturerad dokumentation som ska ske enligt IBIC.



Figur 11: IBIC processen (utifrån socialtjänstens övergripande process, NI 2016:1)¹⁴

I första delen av processen, Aktualisera och Utredda, skapar IBIC struktur och tydliga förutsättningar som kvalitetssäkrar. Utredningsdelen i IBIC och dess fokus på utredning i enlighet med de nio livsområdena ger stora fördelar gällande förståelsen för brukaren och dennes situation. Här ger IBIC processen förutsättningar för att tydliggöra brukarens behov, resurser och mål. Socialstyrelsen ger detaljerat stöd och metodhandledning för handläggare att använda sig av. Användandet av IBIC metodiken skapar nya och bättre förutsättningar för att se brukarens behov och tillgodose dem med tydligare individanpassning. Det skapar förutsättningar för att kunna formulera bättre motiverade beslut avsett hur behoven sedan ska tillgodoses.

¹⁴ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF (2016) Sidan 15.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>



Figur 1 2: IBIC processens första steg (utifrån socialtjänstens övergripande process, NI 2016:1)¹³

IBIC ger alltså en tydlig struktur för utredardelen i processen, men det finns mer att önska i utföra- och genomförande faserna. För att tydliggöra detta så redovisas hanteringen av en välfärdsteknologisk insats genom IBIC metodikens processteg i kommande kapitel. Utifrån de problemställningar som lyfts så belyses effekterna genom en analys uppdelad utifrån de olika processtegen i processen för välfärdsteknik.

Aktualisera

Hur ett behov och till vem ett behov av stöd eller hjälp aktualiseras är naturligtvis olika från person till person men hanteras på liknande sätt oavsett kommun. Däremot skiljer sig förutsättningarna för att individanpassa och skapa en brukaranpassad process med stöd av välfärdsteknik. Det finns stora skillnader i såväl organisering, vilka välfärdstekniska tjänster som är tillgänglig för brukaren men också vad för kriterier det finns för att få möjlighet att ansöka om dem. Kommunerna skiljer sig också åt i hanteringen av välfärdstjänster. Stora skillnader finns också i tolkning av lagen. Vad som får erbjudas till vem. I vissa kommuner kan en tjänst användas som anhörigstöd medan det i andra inte anses hålla juridiskt. Några kommuner använder tjänsten till personer med kognitiv svikt medan andra anser att det då kan anses vara begränsningsåtgärder eller inte vara juridiskt hållbart och så vidare. Gällande dessa frågor har MAS, MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), kommunjuristen och IT-avdelningen stor makt och chefen får ofta rätta sig efter deras beslut oavsett brukarens behov.

Huruvida IBIC används som metodik eller inte har i detta sammanhang mindre betydelse. Med IBIC finns en strukturerad process för att samla information och utvärdera behov på ett sätt som skapar förutsättningar att kunna arbeta mer förebyggande. Detta är en fördel med IBIC.

Utreda

Vid utredning är brukarens egen beskrivning av situationen i fokus. Handläggaren tar hänsyn till relaterade faktorer samt individens uppfattning om sitt funktionstillstånd men även vilka svårigheter som finns i aktiviteten eller delaktigheten. Handläggaren ska beskriva och bedöma det aktuella funktionstillståndet och det avsedda funktionstillståndet, dvs målet. Även utförandet av pågående insatser kan vara aktuellt att ta med i bedömningen. Intervjuerna visar dock att handläggare mycket sällan hör av sig till utförare för att få information rörande brukarens nuvarande situation. Handläggaren gör ett omfattande och komplext arbete för att säkerställa rättssäkerheten för brukaren. Förutom deras bas i utbildningen finns metodstöd varav IBIC metodiken och dess process är ett. Handläggaren är van att inhämta information och har vana i att hantera och dokumentera samtycket och annan viktig brukarinformation. Handläggaren bedömer individens uppfattning om sitt funktionstillstånd men addera även egna iakttagelser. Handläggaren ger inriktning på behov men även förslag på övergripande mål tillsammans med brukaren. Handläggaren säkerställer efter bedömning av behov att insatser som brukaren ansökt om eller begärt, täcker de behov denne har synliggjort i utredningen. IBIC hanterar inte vad som är skäligen levnadsnivå eller goda levnadsvillkor, vilket styrs av lokal policy då tydliga riktlinjer saknas.

Besluta

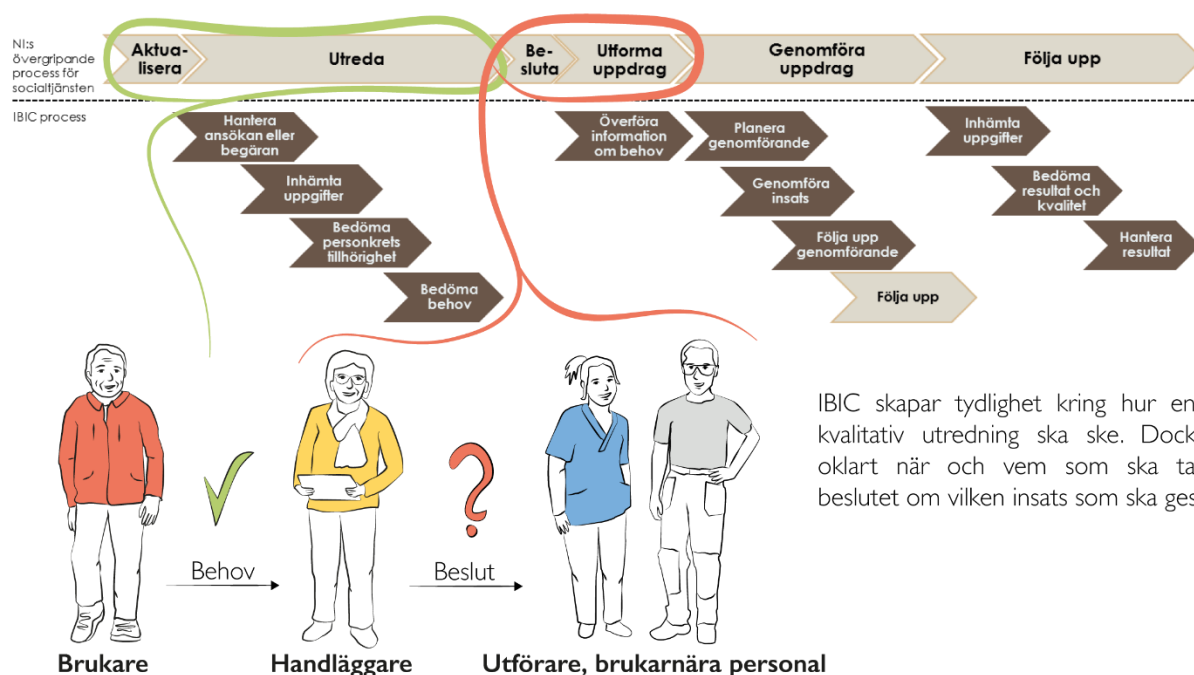
Allt sammanfattas i beslutet. Handläggaren utformar därmed ett uppdrag till utföraren. Detta uppdrag färgas av lokala krav som ofta reglerar vad uppdraget till utföraren kan vara. Det handlar om hur lång tid en insats får ta med mera. Då IBIC inte ger förslag på hur beslut ska formuleras så styrs handläggarna av hur utredningen ska göras och dokumenteras men lämnas utan instruktioner om hur beslut ska formuleras för att säkerställa kvaliteten i den fortsatta processen. Det som står att finna i Socialstyrelsens vägledning för IBIC¹⁹ är att uppdraget ska innehålla bland annat uppgifter om brukarens bedömda och avsedda funktionstillstånd, hur behovet kan tillgodoses, dvs. inriktningen för stödet samt de övergripande mål som är aktuella för de livsområden som ska tillgodoses med insatser. Detta gör att handläggaren tenderar att utforma besluten i enlighet med formen för utredningen, vilket gör det än svårare för utförare, brukare och anhöriga att förstå. Önskvärt vore ett större stöd för att minimera risken för att beslutsdokumentet blir för svåra att tolka för lekmän och den brukarnära personalen.

Till saken hör också att kommunerna sitter i händerna på leverantörerna av verksamhetssystemen som genom sina användargränssnitt och sin funktionalitet begränsar kommunens och handläggarnas möjligheter att forma sin dokumentation utifrån egna önskemål och de nya mallar som de vill nyttja. Det är viktigt att kommuner samlat ställer tydliga krav på leverantörerna att förbättra sina system och att IT-stödet ska finnas tillgängliga och användarvänliga för alla yrkesgrupper. Inte minst för att det ska gå att lyckas med införanden och få framgångsrika förändringsarbeten. Kommuner behöver nog gå samman för att se till att det ställs kraftfullare krav på IT stöd och att detta är användarvänligt och förstärker processer snarare än att styra arbetsprocesser på ett negativt sätt. Det är efterfrågat att det formuleras nationella krav som riktar

sig till leverantörerna av verksamhetssystem och välfärdsteknik och som säkerställer att kommunerna får ett effektivt IT-stöd. Här kan inspiration tas från Norge som kommit långt i sammanhanget med sin Norm för informationsikkerhet¹⁵.

Idag har varje kommun för svag position gentemot leverantörerna, som anser att en önskan från en kommun innebär en specifik kund Anpassning och därmed en kostnad. Det tydligt bevis för detta är att Stockholms Stad valt att med inledning vid årsskiftet 2019/2020 bygga eget verksamhetssystem för att inte vill vara beroende av och styrda av de system som de kommersiella leverantörerna idag erbjuder.

IBIC-processens olika steg



Figur 13: IBIC processens stora utmaning, överlämningen till utförarna.¹⁶

Efter kontakt med flera kommuner konstateras att kommuner väljer att hantera beslutsdelen mycket olika. Flera har svårt att implementera välfärdsteknik alternativt så går det långsamt. Det finns en trögrörlighet. Detta gör att många kommuner vill och behöver öka takten på införandet och därför tar snabba och inte alltid analyserade beslut. Beslutsprocessen för införande av välfärdsteknik riskerar att läggas på den verksamhet som upplevs bidra till att välfärdstekniken kommer igång snabbast snarare än den som är juridiskt och långsiktigt mest lämpligt för såväl brukare, utförare som kommun. Intervjuerna visar exempel på att beslut som tidigare togs av

¹⁵ <https://ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgstjenesten>

¹⁶ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF (2016) Sidan 15.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikkelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

handläggare, som är utbildade i att ta myndighetsbeslut, nu lämnas över till den brukarnära personalen som saknar utbildning i detta. IVO och Socialstyrelsen konstaterar att den största framtidsutmaningen i vården av äldre personer är kopplade till bristen på kunskap hos den brukarnära personalen. Att kommuner mot denna bakgrund förskjuter stora delar av beslutsmandaten till utförarna är förvånande. Detta blir extra tydligt kopplat till införandet av välfärdsteknik.

Om handläggaren i beslut endast ska skriva vad för behov som ska tillgodoses inte tydligt peka på i vilken form det ska göras så innebär det att beslutsmandatet skjuts över till utförarna. Flertal kommuner har valt denna väg. Att handläggare utreder i vilket livsområde brukaren har behov av stöd och sedan lämnar till utförarna att besluta på vilket sätt behovet skall tillgodoses. Några kommuner använder sig av livsområdena men har en mall kopplat till dessa som informerar om vilka insatser som finns. IVO, har påpekat att lokala policys och riktlinjer kan påverka att insatser inte fyller sitt syfte. Socialstyrelsen har uppmärksammat detta i vägledningen¹⁷ och menar att insatsstyrda verksamheter är vanligare än behovsstyrda, vilket kan göra att brukarens behov riskerar att anpassas till befintliga insatser. Dessa insatser riskerar att styra beslut och utförande samt även att behov som inte passar in riskerar att inte upptäckas eller åsidosättas. Kommunerna behöver rannsaka sig och se över hur strukturen ser ut i besluten. Stöttar kommunens olika yrkesgrupper varandra och förstärker varandras arbete? Krånglar nya arbetsmetoder till det, skapar mer onödigt administration och i värsta fall en rättsosäker verksamhet?

Är det rimligt att utförarna som är en personalgrupp med stora rekryteringsbehov, som redan är hårt belastade, skall vara omvärldsbevakade gällande vilka insatser och vilken välfärdsteknik som kan nyttjas? Dessutom ha kunskap om hur behov tillgodoses enligt IBIC-strukturen samt vara väl insatt i kommunens ekonomiska policy och riktlinjer?

Handläggare i en kommun berättade i en intervju att denne har som vana att lämna beslut om insats till utförare men att detta följs av ett underlag om hur hen har tänkt att detta skall planeras och därmed tydliggöra vilka "traditionella insatser" handläggaren har tänkt att utföraren skall nyttja. Detta för att underlätta för utföraren och för att motivera att tiden som utföraren har fått skall vara skälig. Handläggaren upplever att beslutsstrukturen med rambeslut, livsområden och ersättning för utförd tid blir luddigt för såväl utförare som brukare. Hen uppger att denna dubbeldokumentation är en förutsättning för att utförarna ska kunna planera sin verksamhet. Handläggaren menar också att informationen är bra i mötet med brukaren för att tydliggöra hur behoven skall tillgodoses. Ett flertal av de intervjuade uppger att detta inte är ett särskilt konstigt agerande och motiverar det med att det underlättar kontakten med brukaren och ser till att den går smidigt. De poängterar dock att de har insikten om att det inte är juridiskt hållbart då brukaren

¹⁷ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF (2016) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

inte får del av hur handläggaren planerat att stödet skall ges och att det inte ges möjlighet för brukaren att överklaga ett beslut, som hen inte delgivits.

Vi behöver inte gå mer än 10 år tillbaka i tiden för att konstatera att det gjordes stora omorganisationer i kommunerna för att dela upp beställar- och utförarroller. Det var viktigt att chefer inte satt på dubbla stolar. Kommuner och chefer fick lära sig att risken för jäv var stor om de både utreder, fattar beslut och utför inom samma organisation. Vår analys är att många kommuner nu är på väg tillbaka till sådant förhållningssätt, framförallt gällande välfärdstekniken.

Vi har hittills inte nämnt etik, som naturligtvis är en central faktor. Vem har rätt att ta del av information och hur mycket information skall brukaren behöva dela med sig av? Det handlar här om rätten att ställa frågor och om vilka frågor som får ställas. Brukaren måste delge handläggare information för att få rätten till insats prövad. Men om beslutet av insats sedan lämnas till utförarens personal, att tillsammans med brukaren besluta om tillvägagångssätt så måste brukaren återigen delge informationen och detta till den brukamära personalen som möter brukaren dagligen. Handläggaren är i sin profession van att hantera dessa samtal och kan möta och stärka brukaren i sin livssituation. Utföraren har även andra agendor att ta hänsyn till. Kommer de låta brukaren styra samtalet i en riktning som innebär stora åtaganden och en minskad intäktsmöjlighet?

Utforma uppdrag

Individanpassning

I Socialstyrelsens vägledning¹⁸ står att utföraren i planering ska utgå från inkommit uppdrag innehållande bland annat uppgifter om brukarens bedömda och avsedda funktionstillstånd, hur behovet kan tillgodoses, dvs. inriktningen för stödet samt de övergripande mål som är aktuella för de livsområden som ska tillgodoses med insatser. Utföraren ska utifrån det skriva en genomförandeplan och där ska de ta hänsyn till brukarens självbestämmanderätt och integritet när de beskriver hur insatsen skall genomföras. Ofta behöver mål brytas ner till delmål. Detta är svårt i sig och underlättas inte av införandet av IBIC. Följande är citerat från sidan 75 i vägledningen:

”Även utförarens val av arbetssätt och metoder vid såväl planering som vid genomförandet behöver utgå från kunskap om systematiskt arbetssätt, olika behovsteorier, vad som gynnar hälsa och välbefinnande samt om arbetssätt som stärker individens egna resurser och delaktighet. För att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik behöver utföraren också dokumentera valet av arbetssätt eller metod. Detta för att kunna följa upp vilka arbetssätt och metoder som är verksamma och som stärker individens resurser.” Låt oss bryta ner citatet i de viktigaste delarna:

- utförarens val av arbetssätt och metoder vid såväl planering som vid genomförandet behöver utgå från kunskap om systematiskt arbetssätt

¹⁸ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF (2016) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

- olika behovsteorier
- vad som gynnar hälsa och välbefinnande samt om arbetssätt som stärker individens egna resurser och delaktighet
- stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik behöver utföraren också dokumentera valet av arbetssätt eller metod. Detta för att kunna följa upp vilka arbetssätt och metoder som är verksamma och som stärker individens resurser

Detta skall utföras av utförarnas brukarnära personal. Detta upplevs av de intervjuade snarare som fina ord än realistiska krav. Utöver detta förväntas utförarens medarbetare utifrån beslut baserade på IBIC språkbruk kunna upprätta en kvalitativ genomförandeplan. Detta utan att få stöd i vad som är skälig levnadsnivå eller goda levnadsvillkor. Slutsatsen är unison att detta är för svårt.

Grunden vid skrivande av en genomförandeplan är att det finns ett bra beslutsunderlag att utgå ifrån. Om det är svårt att förstå för de som ska skriva planen så blir det inte hanterbart. Detta är en uppenbar kvalitetsrisk. En handläggare fattar ett beslut på tre-fyra sidor som utförarna får som underlag. Detta sammanfattar den information som handläggaren har fått under flera kontakter med brukare och personer i dennes omgivning. Beslut är i sin karaktär svåra att läsa för den som inte har handläggarens kunskap och kompetens och med IBIC:s språkbruk blir det svårare. Låt oss repetera beskrivning av utförarnas situation som arbetsgrupp, från tidigare kapitel; De har brukarens välbefinnande i fokus, är omsorgsfokuserade och vill arbeta praktiskt med omsorgen. De drar sig för läs- och pappersarbete och läser inte alltid biståndsbesluten. I arbetsgruppen finns stor variation i förutsättningarna att bemästra ett avancerat språk såsom ett IBIC baserat beslut.

Arbetsgruppen skall nu hantera IBIC och myndighetsspråk men även ha förståelse för verksamhetens process och interaktionen som krävs med andra personalgrupper. Detta samtidigt som de saknar praktiska förutsättningar för att arbeta med administration och dokumentation på ett effektivt sätt. De har inte tillgång till egen telefon, begränsad tillgång till datorer och ändamålsriktiga lokaler med mera. Det är inte ovanligt att 20-40 medarbetare tillsammans har sex stycken datorer att dela på. Dessa är oftast upptagna i början och slutet av arbetsdagen med anledning av att statistik och stämplingar av diverse uppgifter som måste prioriteras. Alla intervjuade är konstaterar enigt att utförarnas brukarnära personal har svårt att hinna med alla uppgifter på ett kvalitativt sätt, med ett tajt tidschema som tenderar att spricka då någon av dagens alla händelser får en oväntad utgång. Den brukarnära personalen prioriterar hellre tid i omsorg än för dokumentation. De trivs med att deras arbete handlar om att hjälpa människor i vardagen istället för att arbeta med teknik och pappersarbete. De ska nu ta dokumenterade beslut om såväl Vad som skall tillgodoses och Hur det skall genomföras.

Detta samtidigt som Socialstyrelsen har konstaterat att de största framtidsutmaningarna i vården av äldre personer är kopplade till bristen på kunskap hos den brukarnära personalen. Personalomsättningen är stor. Exempelvis saknar idag 30–40 procent av baspersonalen inom

äldreomsorgen en grundläggande utbildning¹⁹. Stor del av vårdarbetet bedrivs av vikarier som saknar relevant utbildning. Det finns stora utmaningar i att rekrytera oavsett utbildning eller ej. Stora utmaningar finns även i att rekrytera personer som bemästrar svenska språket i relation till de krav som ställs på dokumentation, framförallt om den ska formas utifrån IBC:s språkbruk.

Vem och var beslutet tas om välfärdsteknik riskerar alltså att motverka lika vård för alla. Då beslutet om välfärdsteknik styrs av vem som är brukarens kontaktperson hos utföraren och vilken kunskap och förutsättningar denne har så är det en organisatorisk fråga som avgör förutsättningarna för brukarens användande av välfärdsteknik. Detta gäller inte bara hos utförarens personal utan även hos handläggarna.

I vissa LOV kommuner landar denna problematik ut i att kommunen vill ha kontroll och därför låter egna larmtekniker ta besluten om hur behov ska tillgodoses. Detta har fördelen att besluten inte blir påverkade av valet av utförare och ersättningsmodellerna. Högutbildad personal med specialkunskap om rättssäkra beslut ersätts dock med oftast icke vård- eller omsorgsutbildade larmtekniker utan kunskap om myndighetsbeslut och detaljkunskap om brukaren och dennes behovsbild. Deras kärnkunskap är att de kan de tekniska tjänsterna och kan installera och ge support om dessa. Kommuner bör dock värdera om denna kompetens är tillräcklig för att bedöma och avgöra brukares behov och hur det ska tillgodoses, på ett rättssäkert sätt, för att nå det avsedda funktionstillståndet.

Handläggare och HSL-personal bör vara viktiga resurser och garantier för att välfärdstekniken individanpassas och att brukarens resurser, mål och behov tillgodoses med de valda funktionerna. Med deras kompetens finns de bästa förutsättningarna för att garantera de mest lämpliga insatser för såväl brukare, närstående som kommunens resurser. Välfärdsteknik bör inte hanteras på annat sätt än övriga insatser inom socialtjänstens område. Med andra ord att beslut om funktionalitet ska avgöras av handläggare eller HSL-personal medans iordningställande och teknisk anpassning ska utföras av annan arbetsgrupp. Detta säkerställer såväl likabehandling, lagens ambitioner som säker hantering av sekretessbelagd information.

Introduktion

Gällande välfärdstekniken så känner flera i den brukarnära personalen en oro och rädsla inför att använda nya teknikbaserade arbetssätt, som kommer påverka deras vardag. Om de ska ta besluten så kommer denna faktor spela in och bli viktigare, då de vet att deras beslut kommer påverka deras arbetssituation. Det samma gäller när de ska introducera insatsen och den tekniska funktionen för brukaren. Risker är stor att de överför sin oro inför tekniken till brukaren. Att känna sig trygg med introduktion handlar som tidigare nämnt om såväl utbildning, erfarenhet och att tjänsterna är användarvänliga.

¹⁹ Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018

Genomföra uppdrag

Införandet av välfärdstekniken har inneburit att flera insatser kan utföras på åtminstone två olika sätt. De olika insatserna ger olika förutsättningar och möjligheter att uppnå målet, det avsedda funktionstillståndet, varför det bör vara tydligt i handläggarens beslut vilken typ av insats som ska användas för att uppnå det avsedda funktionstillståndet. Exempel på detta är insatserna ledsagning samt utevistelse. Genom kartläggning med ICF framkommer att brukaren upplever sig otrygg när denna skall ta trappan ner utanför huset. Brukarens behov skulle således kunna tillgodoses med att en personal från omsorgen hjälper till. Detta skulle sannolikt innebära att den brukamära personal kommer vid en bestämd tidpunkt på en bestämd veckodag där brukaren följer med den personal som är schemalagd vid den tidpunkten på en promenad. Ett annat sätt är att få ett GPS-larm där brukaren kan larma om hen känner sig otrygg eller något inträffar. Brukaren kan då gå ut självständigt och själv ta sig till platsen som den ansökt om ledsagning till. Det senare alternativet ger brukaren ökad trygghet och därmed bättre förutsättningar att själv kunna promenera utomhus när och så ofta som önskas, vilket rimligtvis gör att brukaren når det avsedda funktionstillståndet. Dagens ersättningsmodeller gör det dock olönsamt för utföraren varför den inte kommer förordas. Låt oss exemplifiera:

Brukaren behöver stöd i trappan vilket innebär 2x 5 minuter brukartid. 5 minuter när hen går ut och 5 minuter när hen går in igen. I beslut ges enligt riktlinjer om utevistelse en timme i veckan. Om utföraren får betalt för beslutad tid har utföraren detta att förhålla sig till och använder troligen tid för att finansiera resan till och ifrån brukaren. Om utföraren ersätts för utförd tid kommer tiden att utföras när verksamheten tillåter, för det är en bra intäkt. Om handläggaren haft tillgång till GPS-larm hade behovet kanske kunnat tillgodosetts med detta som del eller hel "ersättning" för utevistelse eller ledsagning. Men hur ersätts utförarna när brukaren larmar? Är det rimligt med en ersättning om 5 minuter för en insats av detta slag?

Med nya tjänster skapas nya behov av arbetsmetodik och ersättning. Med GPS-larm kan brukaren ha ett larm som fungerar ute och därmed kan larma var som helst. Då blir det svårare för kommunen att motivera ersättning enligt tidigare tillvägagångssätt. Larmåtgärden vid ett larm kan därför föregås av en diskussion hos utföraren om det verkligen är utförarens uppgift. Det måste därför hanteras i förfrågningsunderlaget. Det måste också framgå i beslutet vilka funktioner i GPS-larm som ska användas, då detta innebär att det kommer genereras olika typer av larm.

Följa upp

Kommunens nämnd har en skyldighet att säkerställa att brukaren får beviljade insatser utförda med god kvalitet. Detta ansvar delegeras till handläggare att göra enligt såväl lagkrav som lokala rutiner. I uppföljningssamtal mellan brukare och handläggaren följs brukarens situation upp med utgångspunkt från hur den har förändrats. Detta görs genom att brukarens behov, resurser, mål klarläggs men även uppfattningar av insatsens kvalitet och upplevelse av livskvalitet. För att följa upp är dialogen med utförarna oerhört viktigt. I IBIC vägledningen²⁰ skriver Socialstyrelsen att det ska framgå tydligt vad handläggaren väger in i sin bedömning, i Utredda fasen, då detta är av vikt för såväl uppdrag till utförare som uppföljning. Kommunerna vittnar om de kontakterna mellan handläggare och utförare är svåra och ofta uteblir. Det är viktigt att, i sammanhanget, tänka på att utvärderingen inte kan frikopplas från utförarnas ersättning som bygger på utförd tid eller beviljad tid. Detta komplicerar diskussionen ytterligare. En annan viktig aspekt är vem som har mandatet att kvalitetssäkra genomförandeplanerna. Vilka krav ska ställas på dessa och vilka verktyg har handläggaren att tillrättavisa en utförare som inte har gjort en kvalitativ plan och sett till att den är uppdaterad utifrån beslut och brukarens aktuella funktionstillstånd?

²⁰ Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF (2016) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

Slutsatser

Att omsorgen håller en hög kvalitet påverkar många, såväl brukaren, omsorgsgivaren, dess personal, de anhöriga och andra viktiga samhällsfunktioner. Flera kommuner har hög personalomsättning och utmaningen att rekrytera brukarnära personal är ett stressande moment för alla chefer. Insikten om hur vård och omsorg fungerar och hur olika lagar, policy och metodiker påverkar kvaliteten är central och en förutsättning för en kostnadseffektiv och kvalitativ verksamhet som uppfyller brukarens behov samtidigt som det är en god arbetsmiljö för den brukarnära personalen.

Socialstyrelsen arbetar långsiktigt med att ta fram verktyg och modeller för att kvalitetssäkra verksamheterna. Genom IBIC, Nationell informationsstruktur, ICF, termdatabaser med mera skapas nationella möjligheter till jämförelse och förenklad kommunikation över verksamhetsgränser. Detta medför dock en ökad komplexitet inom omsorgsverksamheterna.

Grundläggande är att förutsättningarna enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) skiljer sig åt på centrala punkter. Dels gällande ansvarsfördelning, hantering av samtycke, olika yrkesgruppers involvering i hur behovet ska tillgodoses med mera. Inom hälso- och sjukvårdens verksamhet har en person ansvar genom hela processen och tar stöd av andras kompetenser medan socialtjänstens beslutmandat flyttas mellan olika yrkesgrupper beroende på var i processen som brukaren befinner sig. Det senare skapar slitningar mellan olika personalgrupper och riskerar att påverka såväl vilket stöd brukaren får som kvalitén i den utförda insatsen men också den utsträckningen i vilken välfärdsteknik används för att stödja brukaren.

Att kunna tillgodose brukarens individuella behov samt erbjuda högkvalitativ och jämlik omsorg, kräver därför en tydlig ansvarsfördelning samt effektiv kunskapsöverföring mellan de inblandade yrkesgrupperna. Socialstyrelsens ambition med införandet av IBIC är att hjälpa omsorgsgivare att utveckla ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation genom hela processen. I denna rapport har vi studerat hur införandet av IBIC samt de utmaningar som finns i relation till dagens förfrågningsunderlag, ersättningsmodeller samt genomförandeplaner påverkar omsorgens kvalitet och användandet av välfärdsteknik. Rapporten syftar inte till att ge en fullständig bild av IBIC eller att komma med förslag på förbättringsåtgärder utan snarare att påvisa förutsättningarna som finns i kommunerna men som inte synliggörs i andra sammanhang.

Slutsatsen är att införande av metodiken IBIC (Individens behov i centrum), dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller riskerar att förstärka en utveckling som innebär beslutsförskjutning, ojämlik vård och omsorg, försämrad arbetsmiljö, ökande ekonomiska kostnader samt bromsa kommunernas användning av välfärdsteknik. Framförallt då införandet sker samtidigt som välfärdstekniken och nya arbetssätt införs. Det bör ifrågasättas om det är rätt att införa metodik och ett avancerat språkbruk i socialtjänstens verksamhetsområde, som präglas av

hög personalomsättning, stora kompetensutmaningar och fokus på praktiskt arbete i omsorgen. Nedan summeras de centrala problemområden som identifierats under arbetet med rapporten.

Bristfälligt stöd för utförarfaser samt bristfällig dokumentation riskerar att försämra omsorgens kvalitet och arbetsmiljö

Socialstyrelsens mål med arbetsmetodiken IBIC är att hjälpa omsorgsgivare att utveckla ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation. Våra resultat visar att IBIC ger en tydlig struktur och stöd för utredardelen i processen, men det finns mer att önska i utförarfaser som resulterar i stress och försämrade arbetsmiljö för den brukamära personalen samt riskerar att försämra omsorgens kvalitet. Detta på grund av ökad komplexitet, avancerat språkbruk och otillräckligt stöd för att dokumentera insatser.

Genomförandeplanen ska ses som en överenskommelse med brukaren om hur omsorgen ska utföras. Den ger utförarens personal en struktur för det praktiska arbetet och uppföljningen av en beslutad insats. Det är svårt att upprätta genomförandeplaner redan innan införandet av IBIC, men nu ska genomförandeplaner dessutom skrivas med det språkbruk som IBIC använder sig av. Utförarens brukamära personal får handläggarens beslut, som i flera kommuner är skrivna med ett avancerat språk och med en för den oinvidig märklig struktur med okonkreta beslut enligt olika livsområden. Den brukamära personalen förväntas sedan själva använda samma språkbruk vid upprättandet av genomförandeplanerna. Det finns ingen mall eller förslag på hur den ska utformas enligt IBIC, så det stödet får de inte. Utförarnas brukamära personal behöver förstå alla IBIC:s livsområden för att tolka behov och kunna omsätta dem i dokumenterade beslut. Detta är utmanande och det saknas stöd i dokumentation för utförarna och IT-stödet är ofta undermåligt. De stöd som finns upplevs som trubbiga.

Risken är att utförarna inte läser mer än det absolut nödvändigaste i besluten och därefter själva definierar vad de uppfattar att brukaren behöver. Vilket antingen blir brukarens önskelista eller de tjänster som utföraren vill utföra. Situationen förvärras av att utförare i LOV-kommuner ofta bara finansieras med två timmars arbete för att skriva genomförandeplanen, medan arbetet tar 3-5 tim. Överskjutande tid betraktas som kringtid dvs tid som utförare inte får någon konkret ersättning för. Detta resulterar ofta i att genomförandeplanernas kvalitet inte hinner säkerställas.

Otillräckliga förutsättningar för att fatta beslut leder till försämrade arbetsmiljö samt ökar risk för rättsosäkerhet

De största utmaningarna för välfärdsteknik ligger i vem som tar beslutet i att använda den samt om de involverade parterna får rimlig ersättning när den används. Handläggaren utreder, beslutar och lämnar sedan till utförare att verkställa. Det är processerna mellan beslut och verkställande som är utmaningen. Handläggare med högskoleutbildning och erfarenhet av att utreda behov, stor kunskap i myndighetsutövning och lokala riktlinjer med mera får genom utredning stor kompetens i brukarens behov, resurser och mål. När beslutet om vad som ska ingå i brukarens stöd och hur

behovet ska tillgodoses överlämnas till utförarens brukamära personal, som för uppgiften saknar adekvat utbildning i myndighetshandläggning och som inom gruppen har stora skillnader i kompetens och erfarenhet, så innebär det en betydande kvalitetsrisk. Detta behöver därför belysas och granskas för att säkerställa såväl rättssäkerhet som ekonomiska konsekvenser. Det bör också beaktas att det är mycket lättare för kommunen att utbilda och säkerställa kompetens och omvärldsbevakning hos en mindre personalgrupp såsom handläggarna än för en stor grupp såsom den brukamära personalen som har få tillfällen för gemensamma möten och utbildningar.

Med IBIC förväntas handläggarna i sin tur göra bedömningar inom hälso- och sjukvårdsområdet, som de inte har adekvat utbildning för, samtidigt som det som är socialtjänstens kärnkompetens får mindre utrymme i besluten. Det är naturligt då IBIC har sin bas i ICF. IBIC kategoriserar inte personfaktorer vilket ofta är kärnan i en bedömning inom Socialtjänsten. IBIC hanterar i sin nuvarande form inte motivationsfaktorer, copingstrategi, färdigheter eller psykiska faktorer som påverkar brukarens förmåga att hantera sin livssituation.

Det är inte IBIC:s ambition som är problemet utan komplexiteten som IBIC medför samt de arbetsprocesser som kommunerna tar fram utifrån metodiken. Det riskerar att skapa en rättsosäker verksamhet. Handläggare som är vana att fatta myndighetsbeslut skjuter beslutsmandatet till utförarnas brukamära personal. Att utföra känner brukaren bäst lyfts ofta fram som argument för att ge dem beslutsmandat om såväl på vilket sätt som hur behoven skall tillgodoses. Problemet är att utföraren, dvs den brukamära personalen som ger stöd, ofta inte har tillräckliga förutsättningar för att kunna ta IBIC baserade beslut. De är omsorgsfokuserade och har valt yrket för att arbeta praktiskt med omsorgen. Det är en stor variation i förutsättningarna att bemästra för läs- och pappersarbete, såsom att tyda innebörden av ett IBIC baserat beslut. De saknar ofta tillgång till mobiltelefon, dator och därmed praktiska förutsättningar för att arbeta med administration och dokumentation på ett effektivt sätt och de har svårt att hinna med alla uppgifter på ett kvalitativt sätt. De är ej insatta i de ekonomiska perspektiven av sitt arbete och i lagar, regler och lokala policys. De trivs med att deras arbete handlar om att hjälpa människor i vardagen istället för att arbeta med kontorsarbete och de har ofta ett begränsat intresse av de tekniska tjänster som används inom arbetet. Gällande välfärdstekniken så känner flera i den brukamära personalen en oro och rädsla inför att använda ny teknik i arbetet. När de ska välja hur en insats ska utföras och sedan introducera detta sätt och den eventuella tekniska funktion som ska användas så är sannolikheten stor att de kommer överföra sin syn på teknik till brukaren.

Vår slutsats är att alla aktörer måste inse de utmaningar som personalomsättning medför och förenkla den dokumentation som den brukamära personalen ska hantera. Förfrågningsunderlagen och deras ersättningsmodeller måste formas så att de skapar förutsättningar för konstruktivt samarbete mellan handläggare och utförarnas chefer samt bidra till kompetenshöjande satsningar för införande av nya arbetsätt. Det måste skapas ett brett accepterande över alla yrkesroller inom omsorgen gällande att ett större användande av välfärdsteknik kan skapa en omsorg med förebyggande och individens behov i centrum. Det är några av de viktiga nycklarna till att Sverige ska kunna erbjuda en värdig och kvalitativ vård och omsorg till alla som behöver det.

Dagens förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller bromsar användning av världsfärdsteknik och leder till kostnadsineffektiv vård samt suboptimering

Våra resultat visar att de ersättningsmodeller och förfrågningsunderlag som används idag har stor inverkan på användandet av välfärdsteknik och framförallt på vilket sätt brukarens behov tillgodoses. Det är få kommuner som senaste åren utvecklat sitt utbud av biståndsbeslutade insatser i sådan utsträckning att det kan ses som att insatserna tillgodoses med stöd av välfärdsteknik. Den välfärdsteknik som fått acceptans och införts har snarare använts för att underlätta att utföra insatsen med stöd av personal. Detta då förfrågningsunderlagen och dess ersättningsmodeller har fokus på brukartid. De används oftast inte till att hitta effektiva lösningar som minskar personalberoendet. Det innebär att kostnaden för kommunen i slutändan blir onödigt hög och att kvalitén riskeras när kommunerna inte arbetar med förebyggande insatser som förstärker självständighet.

När utförarna ersätts för utförd tid innebär användandet av välfärdsteknik minskning av utförarens intäkter och samtidigt ökning av den obetalda kringtiden som krävs för att ta ansvar för rutinerna runt användandet av den välfärdsteknologiska tjänsten. Resultatet är givet i de kommuner där utföraren förväntas ta beslut om hur behovet ska tillgodoses och vilken insats som skall utföras. Där finns det en uppenbar risk att välfärdsteknik som förstärker självständighet och bygger på avsaknad av ett fysiskt närvarande stöd inte prioriteras, även om sådana insatser ger tydliga nyttor för brukaren och andra delar av verksamheten. Det ger en risk för suboptimering samt fokus på kvantitet snarare än kvalitet.

En av utmaningarna med IBIC och förfrågningsunderlagen och dess ersättningsmodeller är att olika yrkesgrupper ska kunna samverka för att tillsammans skapa bästa möjliga omsorg för många brukare och med det skapa en rättssäker hantering och tydliga mandat till alla involverade. Krocken mellan de olika rollerna och den frustration som stundtals finns mellan chefens ansvar för att få en budget i balans och handläggarens upplevelse av att endast se till brukaren och inte ha ett ekonomiskt ansvar, är en verklighet i många kommuner. Det spelar ingen roll hur bra IBIC är om inte förutsättningarna för samarbete, på ett konstruktivt och utvecklande sätt, finns.

Ett exempel är den generella bedömningsskalan som används i IBIC och kategoriserar förmågan och funktionstillståndet i skalan ingen – måttlig – totalt. Detta görs för att tydliggöra brukarens behov, men blir svårförståeligt och irrelevant om det inte kopplas till en tanke om hur dessa behov i verkligheten skall realiseras. Saknas en formulering om vilken tid eller resurser som är aktuella för det kategoriserade behovet så faller meningen med att kategorisera. Det blir för svårt att tolka behovet. Det måste alltså finnas en idé om hur behovet ska tillgodoses, vilka resurser och vilken tidsåtgång det innebär för att kategoriseringen ska kunna förstås av en utförare.

Slutsatsen gällande förfrågningsunderlagen är att ersättningsmodellerna måste innehålla incitament för utveckling som gynnar effektivare arbetssätt, mer värdeskapande utnyttjande av brukartiden samt att respekten för vad som rimligen kan anses ingå i kringtiden bör skärpas.

Diskussion och egna reflektioner

Införande ur politikerns perspektiv

Utifrån rapportens slutsatser finns det anledning att adressera några tankar till socialnämnden och dess politiker. Som politiker måste man ställa sig frågan vad ett införande kostar och hur stort ett införande måste vara för att det ska ekonomiskt lönsamt. Pilotprojekt är bland det mest kostsamma man kan göra, stora kostnader i form av arbetstid och kringutrustning, men ofta med så litet omfång och kortsiktiga perspektiv att vinster inte kan fås. Även ett införande av IBIC kostar mycket. Som i alla satsningar måste frågan ställas när och hur kommunen förväntas få tillbaka investeringen? Införs IBIC med ambitionen att vara ett värdegrundsarbete eller är det nya arbetsmetoder som eftersträvas? Vad får det i så fall kosta? Vid införande måste beslutsföraren ha klart för sig i vilken kontext som införandet sker. Vilken effekt får det om initiativet växer fram hos olika delar av verksamheten och hur påverkar LOV och LOU mm.

Som ytterst ansvariga för verksamheten bör det också formuleras tydligare kravställning dels kopplat till införande av nya tjänster/arbetsmetoder men också kring ansvaret inom olika yrkesroller. Ska det i alla lägen vara så att införande bygger på frivillighet? Är det inte rimligt att tjänster och utrustning som köps in också förs ut till brukarna och användas? Processteget Utforma uppdrag måste belysas och tydliga målsättningar skapas. Till denna punkt hör också att handläggare måste vara mer omvärldsbevakande och agera i samspel med omgivningen. I dagens ekonomiska situation så kan ingen yrkesgrupp gömma sig bakom påståenden om att fokusera på individens bästa. Alla måste arbeta för att skapa ekonomi i balans. Precis som i andra branscher kan omsorgsgivare inte använda gårdagens arbetssätt för att hantera dagens utmaning med morgondagens resurser. Handläggarna måste ha förståelse och insyn om det ekonomiska förutsättningar de besitter och hanterar. Att de har ett gemensamt ansvar med omsorgsgivarna för att skapa en stabil verksamhet. Det borde vara en förutsättning att handläggarna medverkar på utbildningar och diskussioner om nya tjänster och möjliga arbetssätt, vilket inte är självklart idag.

Vad tycker Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)?

En faktor att reflektera över är att det blir problematiskt när flera myndigheter uppmuntrar till användande av välfärdsteknik men IVO basunerar ut att de "nästa år" skall granska användandet av densamma. Vi konstaterar att kommuner begränsar sig av detta och väljer att invänta IVOs granskning. De beslutar sig för att avvakta med införandet alternativt så formuleras ett projektinförande med utgångspunkten att hamna under radarn. Att starta med en omfattning som gör att det inte är relevant att granska och på så sätt slippa en granskning av IVO. Författarna har mött flera kommuner som resonerar så. IVO:s budskap har alltså skapat ett klimat som begränsar större införande av välfärdsteknik.

Reflektioner om välfärdsteknik och samtycke

Brukarens samtycke och föreskrifterna gällande skydds- och begränsningsåtgärder är frågor som alltid måste beaktas och som aktivt måste försvaras men också utvecklas. Kommunföreträdare upplever att myndigheterna ställer hårdare krav på samtycke för nya insatser än för de som funnits sedan tidigare. Är det Socialstyrelsens avsikt att det ska finnas olika syn på olika insatser eller är det en del av en naturlig utveckling? Det rimliga är att det är en del av en naturlig utveckling. En utveckling där några måste våga testa gränserna genom att på ett genomtänkt sätt införa nya arbetsmetoder och sätt att tillgodose behov.

De som vågar testa gränser möter ofta motstånd från andra och så ska det vara, så länge det inte riskerar att stoppa utvecklingen och begränsa möjligheterna att våga tänka nytt. Det är lätt att döda ett initiativ och antalet stoppade införanden runt om i vårt land, som sker bara för att en eller flera personer upplever rädsla eller av personliga skäl önskar annat tillvägagångssätt, är många. Det rimliga vore att när en granskning av samtycke och etiska aspekter ska göras bör det vara ett krav att både det gamla och nya arbetssättet granskas och att för- och nackdelar vägs mot varandra. Endast efter det kan ett välavvägt beslut tas. Vi tvivlar dock på att sådana analyser görs i någon större utsträckning.

Frågan är snarare om det inte är så att det anses acceptabelt att "slarva med" samtycket om det är fysisk personal som utför insatsen. Det finns naturligtvis poänger med att en utbildad person har bättre förutsättningar att läsa av en brukares kroppsspråk i varje enskild situation och dra slutsatser av det. Flera respondenter har dock reflekterat över fall där samtycke till GPS-larm uteblev och personal därför har engagerats i syfte att följa efter brukaren vid utevistelse, för att säkerställa att brukaren inte förvirrar sig och utsätter sig själv för fara. För detta inhämtas inget samtycke. Brukarens integritet påverkas oavsett tillvägagångssätt. Vid det ena sättet är brukaren ständigt övervakad och därmed även fråntagen att ta egna beslut medan det andra med teknikens hjälp tillåter självständighet med möjligt till stöd när så behovet uppstår, utifrån individuellt gjorda inställningar. Ett annat alternativ är att brukarens behov får stå tillbaka, genom en stängd dörr, till en tidpunkt när det finns möjlighet i verksamheten för utevistelse eller annat specifikt önskemål. Dörren för egna initiativ är därmed i dubbelbemärkelse stängd. En intressant värderingsövning är att vända resonemanget. Vänd på perspektivet, vad är mest frihetsskapande för brukaren? Vad gör det minsta intrånget i personens integritet utifrån brukarens tidigare vanor? Låt det väga tungt.

Samma diskussion om samtycke förs kring tillsynskamerornas vara eller inte vara. Ett informerat samtycke krävs och samtycke kring distansövervakning diskuteras men tydliggörs det någon gång att det kommer vara olika personal som kommer smyga in brukarens hem och att omsorgen på förhand inte kan säga vem det är som kommer varje enskild natt. Har det tydliggjorts så att brukaren har förståelse för vad den personbaserade insatsen egentligen innebär?

Reflektioner om skydds- och begränsningsåtgärder kopplat till välfärdsteknik och nya arbetssätt

Det är rimligt att teknik- och kunskapsutvecklingen bör innebära att tjänster/insatser som idag är accepterade och etablerade i framtiden kan ses som en begränsningsåtgärd. Om en funktion ger bättre förutsättningar för välmående och livskvalitet så bör den gamla sluta brukas. Framförallt om den riskerar att begränsa personen. Ett talande exempel på detta är användandet av trygghetslarm i ordinärt boende.

När trygghetslarm lanserades på 1980-talet så skapade de en tydlig förbättring för många brukare. De kunde bo kvar hemma istället för att behöva flytta till äldreboenden eller institutioner. Nyttan var därmed så stor att det accepterades att larmet bara fungerade i hemmet. Det fanns inga andra alternativ och det var mycket bättre än alternativen som var tillgängliga innan. När larmet sedan kunde kompletteras med ett dörlarm så sågs det positivt då det vid den tiden var den bästa lösningen för att minimera risken att någon förrådde sig och försvann eller utsatte sig själv för fara.

Genom teknikutvecklingen har nya möjligheter skapats. Idag finns väletablerade tekniker för att erbjuda larm som fungerar såväl ute som inne. Mobiltelefonen var blivit en viktig del av varje människas liv, oavsett om de vill det eller inte. Samma teknik kan användas för att erbjuda mobila trygghetslarm, en tjänst som nu har funnits tillgänglig i mer än tio år. Med ett trygghetslarm som fungerar både ute och inne så ökar möjligheten att hantera vardagssysslor självständigt även om kroppen börjar ta emot. Det skapar större trygghet vid besök i tvättstugan, promenaden till affären med mera. Detta skapar förutsättningar att bibehålla tidigare aktivitetsnivå och därmed även ett senareläggande av införandet av insatser som matinköp och hjälp med tvätt. Det innebär att kommunen kan hantera brukarens behov på ett mer resurseffektivt sätt. Det tål att funderas på vid hur många tillfällen som insatserna matinköp och hjälp med tvätt har beslutats för att trygghetslarmet inte haft räckvidd nog för att brukaren ska känns sig trygga i att utföra aktiviteterna självständigt.

För de brukare som vill men inte känner sig trygga med att vara aktiva ute självständigt så bör därför inte ett stationärt digitalt larm erbjudas. Det begränsar trygghetszon till hemmet och bör därmed, utifrån de tekniska lösningar som finns tillgängliga idag, ses som en begränsningsåtgärd. Inte för alla men för dem där de hindras att utföra de aktiviteter som de önskar. Frågan bör därför ställas om inte de stationära larm som finns i 216 000 hushåll idag faktiskt, i vissa sammanhang, är att betrakta som en begränsningsåtgärd. Ett trygghetslarm som bara fungerar i hemmet och någon meter utanför och för den delen kanske inte i hela hemmet skapar en förhöjd risk att brukaren väljer att vara i de utrymmen där larmfunktionen fungerar. Konsekvenserna i form av känsla av isolering och ofrivillig ensamhet är otvetydig.

I Sverige finns ett antal kommuner som blivit föregångare och nu kan bevisa att en övergång till mobila trygghetslarm är möjlig. I Östersunds kommun är över 20 % av alla trygghetslarm mobila och i Norrtälje kommun är de inte långt efter. Även flera mindre kommuner, såsom Nora och Höör har kommit långt i införandet. Så utmaningen är inte att alternativen inte finns.

I sammanhanget bör även syftet med användande av dörlarm ifrågasättas. Är det försvarbart att genom larm tillkalla personal som har till uppgift att distrahera brukaren och försöka få den att stanna inne när denne genom att öppna dörren tydligt signalerat att hen vill gå ut? Är det rimligt att tro att brukaren faktiskt har gett sitt samtycke till denna funktion? Det finns tillfällen när dörlarm behövs, men det ska inte begränsa användandet av teknik som främjar självständighet och aktivitet. Det ska handla om brukarens behov, förutsättning och hur de på bästa sätt kan bli bemötta. Om dörlarm används som enda tekniska funktion för att hantera säkerheten i samband med en brukares önskan om utevistelser så riskerar det att vara en påtvingad begränsningsåtgärd.

Anhöriga och frivilligas involvering inom vård och omsorg.

En fråga som regelbundet diskuteras i kommunerna är huruvida omsorgen kan engagera anhöriga och låta dem ta ansvar för en del av de moment som behöver göras vid användande av välfärdsteknik. Kan kommunen till exempel köpa in ett GPS-larm och låta de anhöriga ta ansvar för att ta emot larm under vissa tidpunkter på dygnet? Kan de i så fall även låta de anhöriga göra en sökning för att se var brukaren befinner sig? Vissa kommuner väljer att låta de anhöriga ta det fulla ansvaret för funktionen och larmhantering hela dygnet medan andra menar att de inte kan överlåta ansvaret till anhöriga överhuvudtaget. Det råder alltså tydliga skillnader i uppfattning och här behövs en tydlighet från de styrande myndigheterna.

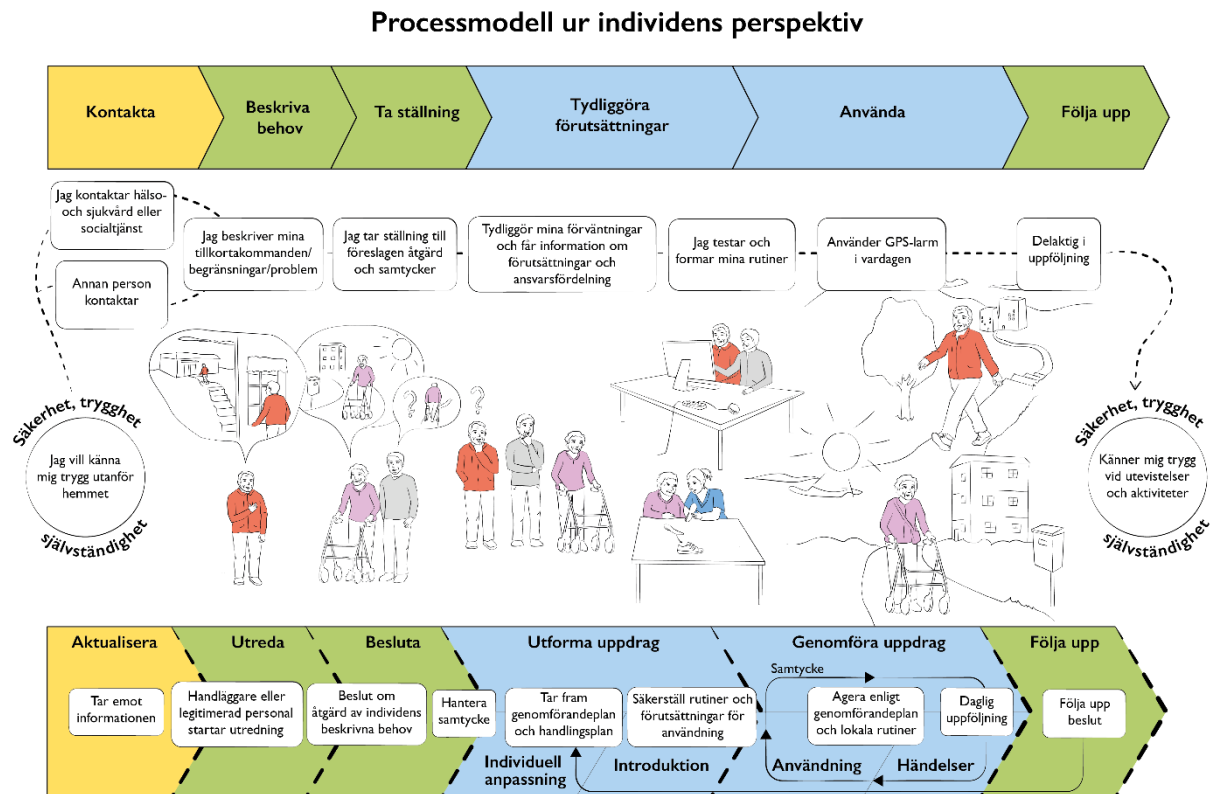
Det är rimligt att tro att det bara är en tidsfråga innan det kommer konstateras att anhöriga och frivilliga måste ges större möjligheter att på ett kvalitetssäkrat sätt stödja brukare inom omsorgen i fler situationer än vad som görs idag. Frågan är om det på lång sikt är hållbart att begränsa sig till att bara anställd personal kan hjälpa till. Vi ser i flera kommuner hur volontärsverksamhet har byggts upp och blivit ett uppskattat tillskott, men vad får de hjälpa till med och vad får de inte ta ansvar för? Det vore värdefullt om de juridiska aspekterna av denna fråga utreds och tydliggörs med utgångspunkten att anhöriga och frivilliga kan och vill bidra till ökad livskvalitet för de som önskar. Vad vore lämpligare än om en person som bor i samma hus eller kvarter som brukaren hjälper till vid larm som är av mindre akut karaktär, förutsatt att brukaren har gett samtycke till att just den personen hjälper till. Viktigast är att brukaren får det stöd som behövs och att det dokumenteras att det utförts. Dessa krav klarar den vanligaste välfärdstekniken. Så varför ska rädsla för juridiska problem få begränsa? Flera tjänster är dessutom att se som högst lämpliga som anhörigstöd. Extra tydligt är det vid en demenssjukdom där t.ex. ett GPS-larm kan göra en stor skillnad i såväl brukarens som den anhöriges vardag. Att våga lämna sin närstående utan uppsikt för att gå och handla eller gå till tvättstugan. Att våga låta hen gå ut själv utan att alltid vara med.

Brukarens integritet kan framföras som anledning att inte låta anhöriga eller frivilliga ta del av möjligheter att konfigurera eller använda välfärdsteknik som kan missbrukas för övervakning eller andra övertramp. Frågan är dock om undantagsfall ska låtas styra det som kan fungera väl för en majoritet av brukarna och dess anhöriga. Vi tenderar att alltid utgå från de svåraste fallen. Flera kommuner begränsar idag behörigheten till sina system och skapar därmed onödigt komplicerade arbetsmetoder för att minimera risken för missutnyttjande. Om vi återigen tar GPS-larm som exempel så kan det innebära att personalen på ett särskilt boende måste ringa till en larmcentral för att få veta om en brukare har gått långt bort från hemmet och kanske kan behöva hjälp. Larmcentralen ska då muntligen försöka förklara för dem var brukaren befinner sig istället för att personalen kan ta med sig en telefon ut i samhället och se uppdaterade positioner på en kartvy. Alla som har försökt att muntligen förklara en position utanför en tätort för en annan vet hur svårt och ineffektivt detta är. Det rimliga vore istället att skriva tydliga riktlinjer som personalen kan förhålla sig till och att ställa högre krav på leverantören av tjänsten så att kommunen får en funktion som klarar alla de etiska och juridiska krav som omsorgen måste efterleva. Upphandla tjänster som har begränsat funktionalitet och som reagerar på missutnyttjande och där det enkelt går att återkalla givna behörigheter om de missbrukas.

Tekniken har potential att erbjuda ständig övervakning av alla invånare på en enda kartvy, men det är inte acceptabelt och ingen vill ha det. Utnyttja därför rätten att kravställa en tjänst och funktion som har en tydlig roll- och behörighetsstruktur så att varje inloggad användare bara kan se information om den brukare som den har rätt att få ta del av. Kravställ även att det inte ska gå att se positioner annat än genom en aktiv och därmed loggningsbar begäran. Kräv att det ska vara begränsat så att ingen kan se mer än några enstaka positioner eller för den delen i vissa sammanhang bara ser ungefär var befinner sig. Betänk också att det loggas hur många gånger en specifik användare gör dessa loggningsbara sökningar av en brukares position. Så kräv att en administratör ska meddelas om det sker för ofta och att vissa användare bara ska kunna ta emot larm och inte göra sökningar. Detta är några enkla exempel men det går att forma ännu mer. Med andra ord, ge personalen tydliga riktlinjer och kravställ funktionen på välfärdstekniken så att den lever upp till all de krav som finns istället för att skapa omständliga arbetsätt och begränsningar för de positiva krafterna som personalen, anhöriga och frivilliga kan innebära. Andelen användare som på något sätt vill använda välfärdsteknik för att missutnyttja den och övervaka en omsorgstagare är trots allt så liten att mödan att begränsa dem med organisatoriska tilltag inte på när balanserar de positiva värden som kan fås ut av att låta alla andra få utnyttja tjänsterna på ett positivt och frihetsskapande sätt.

Brukaren i centrum

Innan rapport avslutas vill vi göra ett medskick. För de som vill jobba med individens behov i centrum borde just brukaren vara i centrum. Så här ser en sådan modell ut.



Figur 14: Processmodell ur individens perspektiv²¹.

Mer om denna process och hur verksamheten kan individanpassa och kvalitetssäkra insatser finns att läsa i skriften Vägledning för införande och användande av GPS-larm i stor skala.

²¹ Vägledning för införande och användande av GPS-larm i stor skala (2020), www.mobilatrygghetslarm.se

Källor

Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018

Ställa krav på kvalitet och följa upp – en vägledning för upphandling av vård och omsorg för äldre ISBN 978-91-7555-013-8 Artikelnr 2013-1-6

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2013

Johansson, S. (2002). Den sociala omsorgens akademisering, Liber AB; Stockholm

Stadsrevisionen i Stockholm (2007). Uppdraget som biståndshandläggare inom äldreomsorgen.

<http://www.stockholm.se/Extern/Templates/InfoPage.aspx?id=34530>

Socialstyrelsens vägledning Individens behov i centrum, Behovsriktat och systematiskt arbetsätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF (2016)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-6-26.pdf>

Vad ska dokumenteras i socialtjänsten?

<https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/dokumentation-vad-ska-dokumenteras-i-socialtjansten>

Socialstyrelsen, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2003-4-1.pdf>

<https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/Models>

<https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/dokumentation-vad-ska-dokumenteras-i-socialtjansten>

<https://skr.se/download/18.410d01c916f1aa3a48e29a25/1576842151285/Presentation%20om%20hemtjanstersattningar%202019.pdf>

<https://skr.se/demokratiledningstyming/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodellerr/socialomsorg/ersattningssystem/ersattningssystemhemtjanst2019.31355.html>

<https://skl.se/download/18.5849baa816a05f83251457ca/1555069522090/Karta-samlad-statistik-tj%C3%A4nster-LOV-trend-april-2019.pdf>

Öppna jämförelser, äldreomsorg (2019),

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-6-9.pdf>

Vägledning för införande och användande av GPS-larm i stor skala (2020),

www.mobilatrygghetslarm.se

Bilaga - Om författarna och forsknings- och utvecklingsprojekt

Forsknings- och utvecklingsprojekt

Projektet Utvecklingssamverkan GPS-larm initierades 2015 genom en dialog mellan leverantören Posifon och de femton kommuner som då var mest aktiva användare av GPS-larm. Tillsammans konstaterades att kommunerna inte hade förutsättningar att kunna införa GPS-larm i någon större skala. Tjänsterna som erbjuds kommunerna var inte mogna för att användas inom omsorgen men framförallt så fanns det ett antal organisatoriska frågor som behövde klargöras och en otydlighet kring vad myndigheter tyckte om användandet. Detta även om tjänsterna använts i fem år och nyttan var utvärderade vetenskapligt med ett positivt resultat. Åtta kommunala aktörer, (Östersunds kommun, Västerås Stad, Eskilstuna kommun, Örebro kommun, Uddevalla kommun, Gävle kommun, Trelleborgs kommun och Tre Stiftelser i Göteborg) valde att medverka med såväl pengar som arbetstid i projektet. De har sedan tillsammans med Posifon utvecklat tydligare arbetsmetodik kring användandet av GPS-larm, utvecklat ett nytt verksamhetssystem för GPS-larm, PosifonCare, samt aktivt analyserat alla de frågor som utgör hinder och utmaningar i anslutning till införandet av GPS-larm och annan välfärdsteknik. Projektet har sedan dess utökats med andra kommuner och en finansiering från Vinnova.

Under 2020 kommer projektet publicera en skrift med fördjupade resonemang kring införandet av välfärdsteknik utifrån de olika processteg som sker i en omvårdnadsprocess samt analyserar många av de frågor som kommuner står inför när de ska införa den specifika tjänsten GPS-larm/mobila trygghetslarm. Skriften *Vägledning för införande och användning av GPS-larm i stor skala* har skrivits av kommunrepresentanterna ihop med nedanstående författare.

Som en avknoppning av projektet så har forskningsprojekt, Kvalitetssäkra mobila trygghetslarm med träningsmiljö, initierats tillsammans med forskare från Högskolan i Skövde. I detta projekt medverkar Göteborgs Stad, Skövde kommun, Mellerud kommun, Örebro kommun, Nora kommun, Höörs kommun, SPF Elin, Posifon, Högskolan i Skövde och Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Tillsammans ska de utveckla en spelbaserad träningsmiljö för omsorgspersonal som kan kvalitetssäkra kommunernas larmhantering. Forskarna, som arbetar med Serious gaming, har utvecklat liknande spel tidigare för polis och räddningstjänsten. De utvecklar nu en vetenskapligt baserad spelmiljö tillsammans med kommunerna då de insett att komplexiteten i omsorgens larmhantering är minst lika hög som för ambulans och räddningspersonal.

Författarna

Huvudförfattaren Anna-Lena Oskarsson är utbildad beteendevetare, med inriktning Social omsorg, och valde att under sin utbildningstid även att utbilda sig inom biståndsbedömning med ICF. Efter studierna arbetade hon som chef inom omsorgen under närmare 10 års tid i flera kommuner av varierande storlek samt i olika verksamheter. Kvalitetsfrågor samt de ekonomiska förutsättningarna som ges och mot vilka direktiv och mål som verksamheten styrs har varit ett stort intresse. 2018 gjorde hon ett karriärsutbyte och tog rollen som Ambassadör för välfärdsteknik hos företaget Posifon AB, som arbetar som leverantör av välfärdsteknik till omsorgen. I den rollen så har hon haft möjlighet att besöka ett stort antal av Sveriges kommuner och diskutera införandet av välfärdsteknik med dem. Inom ramen för tjänsten har hon också engagerat sig i forsknings- och utvecklingsprojektet, Utvecklingssamverkan GPS-larm.

Henrik Essunger är projektledare för FoU-projektet Utvecklingssamverkan GPS-larm och det Vinnovafinansierade forskningsprojektet Kvalitetssäkra mobila trygghetslarm med träningsmiljö. Utöver det är han VD i Posifon och initiativtagare till och verksamhetsansvarig för den ideella rörelsen Landräddningen. Henrik har växt upp med en far med dåligt närminne och fick tidigt lära sig att ta stort eget ansvar. Han är utbildad civilekonom och har ägnat stora delar av sitt yrkesliv till att starta och utveckla samhällsnyttiga verksamheter. I 15 års tid arbetade han med utvecklingsfrågor kopplat till Västsveriges högskolor och universitet. Han har startat två inkubatorer och en science park. 2009 valde han att fokusera sitt arbete på de utmaningar som finns kopplat till den kommunala omsorgen. Sedan dess har han diskuterat införande av välfärdsteknik med en stor del av Sveriges kommuner, myndigheter och hjälpmedelscentraler. Han har förutom de egeninitierade initiativen medverkat i flera forsknings- och utvecklingsprojekt, föreläst om välfärdsteknik inom vård- och omsorg och agerat som rådgivare i olika sammanhang.

Ella Kolkowska är lektor i informatik och verksam inom forskningsmiljön Centre for Empirical Research on Information Systems (CERIS) på Handelshögskolan vid Örebro universitet. Vid CERIS bedriver Kolkowska forskning inom områdena informationssäkerhet samt personlig integritet i relation till utveckling och användning av "smart" teknik för äldre. Ellas forskning har publicerats såväl vetenskapligt som resultat av kommunala utvecklingsprojekt. Ellas arbete inom området har lett till nya tankar och utvecklande av resonemang som varit viktiga i arbetet. Ella har med sin forskningsbakgrund ansvarat för metodiken och att säkerställa kvaliteten i de framtagna resultaten i rapporten.