

Hemmaboendeideologin och kvarboendeprincipen

Vad sker bakom kulisserna?  
Iakttagelser från en biståndshandläggares vardag

Marjaana Malm

## Inledning

Bakgrunden till denna rapport är mina erfarenheter som biståndshandläggare i projektet KomHem-teamet (KHT) inom äldreomsorgen i stadsdelsnämnden Tuve-Säve, Göteborg. Projektet startade januari 2004 och syftade till att både minska antalet korttidsplatser och tiden för vistelse på korttidsplats.

Jag börjar med att berätta om hemmaboendeideologin för att senare berätta om mina erfarenheter av att ha varit med om att starta detta projekt.

### *Hemmaboendeideologin och kvarboendeprincipen*

Hemmaboendeideologin och kvarboendeprincipen har sedan 1960-talet påverkat den offentliga äldreomsorgen. Tanken på att få bo kvar hemma, att göra det möjligt för äldre att bo kvar i sina hem, kommer ursprungligen från England på 1950-talet. I Sverige vid ungefär samma tid debatterade Ivar Lo-Johansson, om behovet av hemvård som alternativ till de gamla ålderdomshemmen. Samtidigt startade Röda Korset på frivillig grund hemtjänst i Uppsala (Dunér och Nordström, 2003).

Propagerandet för hemmaboende är med andra ord ingen ny företeelse. Men det finns också kritiker till exempel Lennarth Johansson (2004) som skriver i sin artikel ”Kvarboende – till vilket pris?” att Sverige nu upplever den fjärde vågen av hemmaboendeideologi. Johansson skriver att till skillnad från tidigare perioder av hemmaboendeideologi så kännetecknas den fjärde vågen av kommunernas och landstingens kärva ekonomi. 1950-talets våg präglades av socialpolitisk strid inom äldreomsorgen efter att det framkommit kritiska reportage om misär inom åldersvården. Det resulterade i ett stopp på institutionsutbyggnaden till förmån för en utveckling av vården i hemmet. Normaliseringsprincipen och självbestämmandet var i fokus på 1980-talet mot bakgrund av den nya socialtjänstlagen Och på 1990-talet genomfördes Ädelreformen i syfte att decentralisera vården och omsorgen från institutionsvård till hemvård.

Ädelreformen genomfördes också bland annat för att komma till rätta med de problem som fanns i samverkan mellan kommunerna och landstingen och det delade ansvaret för äldreomsorgen skriver Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2005), men menar att reformen inte löste alla svårigheter, och diskussioner om hur vård och omsorg om de äldre ska organiseras fortsätter än idag.

Dagens hemmaboendeideologi grundar sig på att kommunerna inte har råd med samma nivå på institutionsvården som tidigare, och strategin är därför att i första hand tillgodose behoven av vård och omsorg i det egna hemmet. Bengt Johansson (2004) ställer sig emellertid frågande till hemmaboendeideologin. Han menar att den framtida utmaningen ligger i att kunna utveckla fler och bättre alternativ för att bo och leva på äldre dar, och att arbeta med förebyggande insatser för äldre genom att stärka den äldres och det sociala nätverkets resurser. Han pekar dessutom på behovet av att arbeta med att förbättra hälsan och livskvaliteten för äldre, utveckla rehabiliteringen samt att stödja anhöriga som vårdar närstående i hemmet.

Socialstyrelsens lägesrapport 2004 ”Vård och omsorg om äldre”, beskriver en förändring av Sveriges kommuners utbud av vård och omsorg för äldre. Det sker en inriktning mot att hjälpa äldre att bo kvar hemma i stället för att flytta till särskilt boende, det vill säga ett nationellt accepterat av hemmaboendeideologin. I Lägesrapportens sammanfattning nämns det att i närmare hälften av landets kommuner har antalet platser i särskilt boende minskat de senaste

fyra åren. Det som skiljer dessa kommuner åt är att cirka hälften av dem har kompenserat det minskade antalet platser på särskilt boende med en ökning av personer som får hemtjänst, medan övriga kommuner inte har visat tecken på sådan kompensation. Socialstyrelsen menar att en följd av det minskade utbudet av platser i särskilt boende medför en restriktiv biståndsbedömning, vilket i de flesta kommuner betyder att den äldre ska ha ett omfattande vård- och omsorgsbehov som inte kan tillgodoses i det egna hemmet, för att få plats i särskilt boende.

Socialstyrelsens slutsatser angående kommunernas minskning av platser i särskilt boende handlar bland annat om vikten av att både kommuner och landsting prioriterar långsiktig utveckling av hemtjänst och hemsjukvård. Likaså behöver de båda parterna, kommun och landsting, utveckla bättre fungerande eftervård för exempelvis strokedrabbade personer. Socialstyrelsen lyfter också fram betydelsen av att förstärka stödet för anhöriga eftersom den gruppen får en allt viktigare nyckelroll när vård och omsorg bedrivs i hemmet. Vidare skriver socialstyrelsen att stat och kommun tillsammans bör vidta långsiktiga och uthålliga åtgärder för att förbättra personalens arbetsförhållande, anställningsvillkor och utöka antalet personer med yrkeskompetens inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen menar att samverkan mellan kommun och landsting spelar en nyckelroll när hemmaboendeperspektivet förespråkas. Det poängteras också av Bengt Johansson (2004) som understryker att det behövs ett integrerat och samordnat arbetssätt för sociala och medicinska insatser och föreslår därför att en huvudman, kommunen, ska ansvara för hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende. Johansson menar att konflikter och revirstrider skapas när ansvarsfördelningen är otydlig mellan huvudmännen (kommun och landsting), vilket kan innebära risker för den enskilde och han framhåller därför att samverkan över huvudmannaskapsgränserna är en förutsättning för god vård och omsorg oberoende av hur ansvarsgränserna dras.

### *Samverkan mellan kommun och landsting kring äldres vård och omsorg*

I en nyutkommen rapport "Samverkan. Enkelt i teorin – svårare att praktisera" (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2005), redovisas en studie, som grundar sig på intervjuer med olika företrädare från kommuner och landsting, med syftet att ta reda på vad de båda organisationerna (kommun och landsting) samverkar om och hur samverkan sker när det gäller vård och omsorg kring äldre människor.

Ur intervjumaterialet framkom olika förslag på förbättringar i samverkan kring vård- och omsorgsinsatser för de äldre. Bland annat ansåg de intervjuade att *information till äldre måste förbättras*, att det behövs en gemensam satsning mellan kommun och landsting som informerar om vart man kan vända sig i olika situationer, eftersom det i dagens läge kan vara svårt för äldre och anhöriga att komma i kontakt med rätt instans.

Det måste också ske ett *tydliggörande i ansvarsfördelningen* mellan kommun och landsting vad det gäller rehabiliteringsåtgärder för äldre, eftersom det händer att personer inte får sitt rehabiliteringsbehov tillgodosett när ansvarsfördelningen inte är klarlagd.

För att kunna *anpassa organisation och insatser efter äldres behov* gavs bland annat förslag om att äldreteam kunde införas, bestående av personal från olika organisationer, för att se till att personer med ett omfattande vård- och omsorgsbehov får betryggande hjälp; att det skapas konvalescenthem för äldre som ger möjlighet till återhämtning efter sjukhusvistelse och möjlighet för biståndshandläggare att planera för hemgång för den enskilde i form av exempelvis hemtjänst, hjälpmedel och bostadsanpassning. Det gavs också förslag om ett gemensamt ekonomiskt ansvar för kommun och landsting vad det gäller de äldre med omfattande vårdtid samt en gemensam uppföljning av den enskildes situation efter utskrivning från sjukhuset för att justera de insatser som personen är i behov av. I rapporten ges också

förslag om utveckling av nya former för vårdplaneringar. Till exempel kunde personer med behov av enklare insatser få en vårdplanering utförd per telefon medan vårdplanering för dem med mer komplicerade behov av insatser kunde utföras på sjukhus eller i hemmen.

I rapporten framkommer även intervjupersonernas förslag om gemensamma utbildningssatsningar som en framgångsfaktor i samverkansarbetet eftersom kännedom om och respekt för varandras yrkesroller skulle öka om utbildning, information och praktik på varandras arbetsplatser fanns att tillgå. Slutligen nämns ett antal faktorer som intervjupersonerna menar gynnar en samverkan mellan de båda huvudmännen: kommunen och landstingen; Samma mål – den äldre i centrum; Anhörigas medverkan – ofta en förutsättning; Chefens ansvar att leda samverkansarbetet; Tydlig ansvarsfördelning och respekt för varandras yrkesroller; Personlig kännedom och personliga egenskaper samt god personkontinuitet för att underlätta samarbetet.

### *Hemmaboendeideologin i Göteborg*

I en plan för äldreomsorgens utveckling 2002-2010, som kommunfullmäktige i Göteborg har antagit, betonas mål som gör det möjligt för äldre att leva och bo självständigt samt satsning på god kvalitet och gott bemötande i vård- och omsorgsarbetet. Äldreomsorgsplanen visar även att Göteborg har antagit hemmaboendeideologin som utgångspunkt för den framtida äldreomsorgen och framhåller betydelsen av en förbättrad samverkan mellan kommun och landsting. Särskilt tre viktiga utvecklingsområden betonas:

1. Att det allmänna samhällsstödet förbättras så att äldres möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv stärks för att behovet av insatser från äldreomsorgen ska senareläggas.
2. Att stödet, vården och omsorgen utvecklas så att fler får möjlighet att bo kvar i sin ursprungliga bostad eller boendemiljö.
3. Att få samspelet mellan äldreomsorgen och sjukvården att fungera på ett bra sätt.

### *Situationen i Tuve-Säve vid projektets start*

Äldreomsorgsplanen för Göteborg 2002-2010 har också varit vägledande för de vård- och omsorgsplaner för äldreomsorgen som tagits fram av stadsdelsnämnderna på Hisingen i samråd med Hisingens primärvård.

I äldreomsorgsplan/vård- och omsorgsplan för Hisingen år 2004-2006 samt för år 2005-2007 beskrivs strategier för att möjliggöra kvarboende för äldre. De mål som är uppställda handlar bland annat om att äldre ska finna trygghet i bostaden och i närmiljön. Äldre ska få ökad möjlighet till friskvård, social gemenskap och information genom uppsökande och förebyggande arbete. Det är också viktigt att organisera vård- och omsorgsarbetet så att personal med social och medicinsk kompetens samverkar i insatser som ges till de äldre samt att arbeta för att skapa en starkare hemvård, det vill säga hemtjänst och hemsjukvård. Anhörigstöd ska också utvecklas eftersom många anhöriga ger omsorg till äldre som bor i ordinärt boende.

Det ekonomiska resultatet för stadsdelen Tuve-Säve i Göteborg år 2003 visade ett underskott på nära åtta miljoner kronor, inklusive det negativa kapitalet från året innan. Äldreomsorgen stod för en stor del av underskottet eftersom behovet av köpta korttidsplatser och permanenta platser i särskilda boenden under 2003 hade ökat, likaså hade antalet hemtjänsttimmar ökat som en följd av de ökade behoven (Årsrapport 2003 Tuve-Säve stadsdelsnämnd).

För att nå ekonomisk balans 2004 togs en lokal handlingsplan fram, vilken innebar att verksamheten var tvungen att minska behovet av korttidsplatser. I samband med denna

uppgift startades KomHem-teamet (KHT) för att göra det lättare och tryggare för äldre personer att återvända till ordinärt boende, det egna hemmet, efter sjukhusvistelse.

I ”Årsrapport 2003. Tuve-Säve stadsdelsnämnd” sammanfattas också årets verksamhet inom äldreomsorgen. Bland annat hade hemtjänsten i Tuve-Säve fått 350 000 kr från kommunala medel för att utveckla hemtjänsten till ”framtidens hemtjänst” med målsättningen att arbetslag skulle ansvara för egen budget, personal- och schemaläggning. Hemtjänsten var också med i ett hälsoprojekt med syfte att minska stressen och öka kontrollen i arbetet. Anhörigdagar anordnades med regelbundna träffar för anhängvårdare. Även en besöksförening bildades för att organisera frivilliga att besöka de äldre i särskilda boenden och ta dem med på promenader. En specialutbildad undersköterska inom demensområdet arbetade med handledning av personal och som anhörigkonsult. Hon blev sedan en av deltagarna i KHT. De framtidsplaner för äldreomsorgen som ”Årsrapport 2003 Tuve-Säve” beskriver följer för övrigt Äldreomsorgsplanen för Göteborg och för Hisingen. Planerna för Tuve-Säve handlar också om en utveckling av boende och service för att göra det möjligt för äldre att leva ett självständigt liv. Dessutom ska äldre ha möjlighet att bo kvar i sin bostad genom att man utvecklar hemtjänsten och hemsjukvården samt förbättrar samverkan mellan äldreomsorgen och sjukvården.

### *Syfte och tillvägagångssätt*

Syftet med denna rapport är att visa på vilka svårigheter och möjligheter som kan uppstå vid en förändring av äldreomsorgens riktlinjer angående biståndsinsatser för de äldre.

Materialet till rapporten är hämtat ur egna dagboksanteckningar som grundar sig på egna erfarenheter och arbetsinsatser i KHT och teamets verksamhet under det första halvåret 2004. Ambitionen är att ge en bild som skildrar vad som sker ”bakom kulisserna” genom att spegla komplexiteten i arbetet med KHT:s huvudsakliga uppgift: att så långt som möjligt konkret planera, arbeta och verka för ”kvarboende för äldre i det egna hemmet”. Min grundtanke är också att rapporten kan medverka till en positiv utveckling av KHT:s arbete, och vill därför lyfta fram några sakfrågor inom äldreomsorgen som jag tror skulle kunna förbättras, till exempel teamarbete och samverkan mellan olika yrkesprofessioner och organisationer. Resultatet skall förhoppningsvis också kunna användas i kunskapsspridning kring hemmaboendeideologin och vara berikande för andra stadsdelar och kommuner i landet som arbetar för att utveckla en fungerande verksamhet kring äldre människors möjlighet att få god vård och omsorg.

Frågor som jag vill belysa är:

- Hur kan man arbeta för att stärka möjligheten för äldre att bo kvar i sina ordinära boenden? (svårigheter och möjligheter)
  - En beskrivning över vad som har hänt under KHT:s första halvår angående teamets mål, verksamhet och resultat.
  - En beskrivning över vad som har skett i fråga om samverkan över professionsgränserna inom KHT, och i teamets kontakt och samverkan med andra yrkesgrupper och organisationer.
- Vilka etiska dilemman kan en biståndshandläggare ställas inför i sitt arbete med hemmaboendeideologin/kvarboendeprincipen? Varför uppstår dessa?

## *Forskningsetik*

De uppgifter som studien baseras på är delvis av känslig natur. När det gäller mina egna upplevelser tar jag själv ansvar för hur öppet dessa kommer att redovisas. I fråga om uppgifter om alla andra: såväl vårdtagare, som anhöriga och personal, kommer dessa att i första hand att avidentifieras för att inte röja identiteten hos dessa personer. Om tveksamhet råder i fråga om känsliga uppgifter, kommer den person som uppgifterna handlar om att tillfrågas om samtycke innan rapporten färdigställs.

### *KomHem-teamets (KHT) mål och uppgift*

För att kunna minska behovet av korttidsplatser anställdes fyra personer till det nybildade KHT i stadsdelen Tuve-Säve, Göteborg. Teamet bestod från början av en arbetsterapeut, en demensundersköterska och jag som biståndshandläggare. En fjärde medlem, en sjuksköterska och utvecklare, påbörjade sin tjänstgöring först i maj 2004.

Vår uppgift i KHT var att finna individuella lösningar för hur vård och omsorg skulle ges, så att vårdtagaren kunde bo kvar hemma och känna sig trygg i sin hemmiljö, och genom det få möjlighet till bibehållen livskvalitet. För att göra detta möjligt hade vi i KHT till uppgift att ta särskild kontakt med sjukhuset, där den aktuella personen vårdades. I samtal med ansvarig läkare/sjuksköterska samt anhöriga/närstående och kontaktperson från hemtjänsten under en vårdplanering, berättade vi att den aktuella personen/vårdtagaren kunde vårdas på ett tillfredställande sätt i det egna hemmet med hjälp av insatser från hemtjänsten och hemsjukvården.

Att ta hem en medicinskt färdigbehandlad, utskrivningsklar person, som fortfarande behöver mycket hjälp och stöd, sker emellertid inte alltid i samtycke med sjukhusets personal. De rekommenderar ofta någon typ av särskilt boende. Eftersom det är KHT:s verksamhetsområde och kommunens skyldighet att göra en bedömning om en persons behov av vård och omsorg och boende i kommunen, faller mycket på biståndshandläggaren. Biståndshandläggaren måste kunna hävda att trygghet, vård och omsorg kan erbjudas i hemmet.

Vår arbetsgång i KHT var att vi förberedde vårdtagarens hemgång på följande sätt: Arbetsterapeuten och demensundersköterskan gjorde ett hembesök före vårdtagarens hemresa då behov av hjälpmedel och eventuell bostadsanpassning hade fastställts. Därefter meddelade vi hemtjänstpersonal om kommande tid och arbetsinsats hos vårdtagaren. Vid behov kunde natttillsyn beställas och hemsjukvården kontaktas. När vårdtagaren var på väg hem fanns KHT:s arbetsterapeut och demenssköterska samt en kontaktperson från hemtjänsten med. Arbetsterapeuten hade efter vårdtagarens behov ordnat med hjälpmedel, så att det fanns i hemmet före hemgången. Därefter följde kontinuerlig uppföljning av vårdtagarens behov genom dialog mellan de inblandade vårdgivare (hemtjänsten, KomHem-teamet och hemsjukvården).

Annan viktig verksamhet som KomHem-teamet var involverad i gällde fortbildning för hemtjänstens personal i form av utbildningsdagar. Eftersom varje vårdtagare ses som unik, och där vård och omsorg ska ske utifrån den enskildas behov, var det också viktigt att personalen fick utbildning, stöd och uppmuntran i den samsyn och gemensamt arbetsätt som krävs vad det gäller bemötande och att se det friska hos vårdtagaren. En tanke med KHT:s verksamhet var också att hålla i anhörigcirklar för att stödja anhöriga/närstående till vårdtagarna. Det fanns redan en träffpunkt för vårdtagare i Glöstorps hemmet, som fungerade som avlastning för anhöriga/närstående.

## *Dagboken*

Mina dagboksanteckningar blev ganska omfattande till sidantal. Därför har jag bearbetat dagboken. Det första avsnittet innehåller en sammanfattning av mina erfarenheter under de första sex månaderna. I nästa avsnitt har jag sammanställt materialet under några reflekterande teman för att gestalta KHT:s första verksamhetshalvår. I slutet av rapporten för jag en diskussion över det som har hänt och tar upp frågor som kan förbättras i arbetet. Den sista delen i rapporten är ett utdrag från dagboken och handlar om några arbetsdagar i januari 2004.

## *Januari*

Den 12 januari 2004 började jag min tjänst som biståndshandläggare i KHT i Tuve-Säve. Jag träffade verksamhetschefen för stadsdelens äldreomsorg och fick bland annat skriftena "Äldreomsorgsplan för Göteborg 2002-2010" och "Äldreomsorgsplan för Hisingen 2004-2006". Utifrån det materialet och min arbetsbeskrivning tolkade jag mitt nya arbete som ett utvecklings- och utbildningsprojekt med möjlighet att medverka till att utveckla hemtjänst till hemvård, det vill säga en ny vårdform. Jag tänkte att det här var precis vad jag hade efterfrågat under mina fem år som vikarie inom äldreomsorgen. Jag spann vidare på en idé om en intern och skraddarsydd utbildning för hemtjänst- och hemvårdspersonal.

Mina tankar från den första arbetsdagen var att jag kände mig glad och trött. Jag var dock orolig över att jag inte fick någon introduktion. Det kändes som om mycket "hängde i luften" och jag var i stort behov av den informationspärm med alla rutiner och andra klokheter som fanns på mitt förra arbete i "Örgryte-byrån". Vissa rutiner var dock annorlunda här i Tuve-Säve jämfört med Örgryte, vilket gjorde att jag inte riktigt hade någon att fråga. Det som skulle behövas var en pärm, en "Lathund", med temat: "Hur blir man en "bra" biståndshandläggare?" I och för sig undrade jag det redan under mitt vikariat i Örgryte. Jag saknade således klara arbetsuppgifter, vilket även övriga i KHT gjorde.

Jag funderade också om min tjänst och KHT-projektet skulle fortsätta även i framtiden. Vi var ju ett ettårigt projekt, men att skapa en fungerande samverkan i ett nystartat team och därefter utvidga verksamheten till att också innefatta samverkan externt med andra organisationer kunde nog ta sin tid.

Under den första månaden i KHT handlade våra samtal i teamet i huvudsak om antal korttidsplatser och permanenta platser. Det saknades diskussioner kring hemmaboendeperspektivet med bland annat ökade insatser av hemtjänst samt avlastning för anhöriga i form av växelvård och anhörigstöd. Det kändes förvirrande och jag undrade om övriga i KHT och hemtjänstens personalgrupper var informerade om den nya väg äldreomsorgen hade antagit. Det skulle behövas större resurser till äldreomsorgens hemtjänst för att genomföra sådan förändring. Mina tankar kring förändringsarbetet, med stöd, utbildning och handledning till personal, liknade det som stod i Äldreomsorgsplanen för Göteborg. Till en början kunde ett nytt arbetsnamn för hemtjänst i framtiden bli hemvård.

I slutet av januari kändes det som om KHT hade börjat forma sig så smått. Likaså hade min förståelse för personalen ökat och jag började se hur jag kunde lägga upp arbetet med personalhandledning. Jag var dock frustrerad över praktiska saker som inte fungerade och för att jag fortfarande inte fick tillräckligt med information. Mina tankar handlade mycket om KHT:s arbetsuppgifter: "Vad och hur göra?". Vi hade bestämt oss för möten tre gånger i veckan, vilket vi inte lyckades hålla. Jag reflekterade över vilka vi i KHT var och vilka roller

vi hade, vem skulle sköta dokumentationen, hur skulle vi lägga upp vårt arbete – vilka arbetsuppgifter fanns och vilken arbetsform, kravnivå och norm skulle vi gå efter. Jag funderade också på hur vi skulle kunna utveckla och förändra hemtjänst till hemvård tillsammans med personalen.

Det mål vi i teamet hade att uppfylla var: Ett välfungerande kvarboende i hemmet för äldre: socialt, psykiskt och fysiskt, ett minskat antal korttidsplatser samt minskad tid för vårdtagarnas vistelse på korttidsplats. I praktiken skulle det innebära ökat antal hemtjänststimmar, det vill säga mer personal. Det skulle även betyda att ökat antal dementa vårdtagare på dagvården ”Pärlan” ökade, det vill säga ökat krav på mer personal.

*Men, inga förändringar i personalstyrka hade skett fram till sommaren och jag kände att vi i KHT inte kunde bara ge fler och fler vårdtagare dagvård utan utökning av personal, eller kunde vi det?*

Det som vi i KHT hade tänkt skulle kunna göra vårt mål realistiskt och genomförbart, var att vi behövde ordna med att sammanfoga olika insatser kring vårdtagarna vad det gällde deras hem, eventuella bostadsanpassningar och förändringar av närmiljö samt uppföljningar av deras utveckling genom att förbättra och stärka samarbetet med bland annat sjukvården, hemsjukvården och REHAB. Dessutom gällde det för oss att stödja anhöriga med motivationsarbete och avlastning i form av dagvård, hemtjänst och växelvård samt att arbeta preventivt till exempel med att stärka/träna vårdtagarna så att de kunde fungera hemma med minimerad olycksrisk. Vi behövde även arbeta preventivt med personalen i form av utbildningstillfällen, handledning och mall- och målbeskrivningar för arbetet.

För att vår handlingsplan skulle fungera gällde det att det fanns grundförutsättningar som att personalen inom äldreomsorgen i Tuve-Säve kände till bakgrunden och målsättningen med förändringen, det vill säga att arbeta enligt idén om hemmaboende. Många gånger undrade jag dock om alla var införstådda med det. Var vårt beslut om förändring förankrat, och fanns det ett systematiskt genomförande, det vill säga en modell eller en metod?

Vidare tänkte jag att det var viktigt för oss i KHT att ha kontakt med ”styrgruppen” i hemtjänstens personal samt att stötta personalgrupperna i form av både praktisk och mental handledning vad det gällde deras arbetsuppgifter. Jag tänkte att det kunde ske genom att starta en internutbildning för personalen och såg därför intervjutillfällen som ett hjälpmedel i processen att ta del av vilka behov som fanns i personalgrupperna. Intervjufrågorna kunde till exempel handla om: Hur upplever personalen sin arbetssituation idag? Finns en känsla av delaktighet? Ansvar? Motivation? Hur är arbetsgemenskapen, gruppklimatet och arbetsbelastningen, det vill säga förväntningarna och kraven? Hur stimulerande är arbetsuppgifterna och hur är upplevelsen av uppmuntran, feedback och socialt stöd?

Andra frågor som KHT skulle kunna ta upp för diskussion under personalutbildning vore frågor kring personalens styrka och kunskap och hur man också kunde överföra det till varje person samt att hitta begrepp för att höja yrkets status. Vi kunde ordna diskussionsträffar med teman som till exempel ”Vad innebär arbetet i hemtjänsten förutom arbetsuppgifter som tvätt och städ?” Det innefattar ju mycket mer, till exempel att fylla en social funktion och att ge trygghet, vara vårdgivare och stöttare i praktiskt arbete, att vara ”allkonstnär” och ”allfixare”, att vara ”stand-in-släkting”. I det hela taget innefattar hemtjänstens arbetsuppgifter mycket ansvar och kunskap, snabba beslut i akutsituationer, en anpassningsbarhet och följsamhet vilket även innebär en förmåga av att kunna sätta gränser.

Man kunde arbeta med att ta fram en ”Lathund” som bland annat konkret beskriver vart man kan vända sig, vilket är särskilt viktigt på sommaren då många vikarier arbetar. En ”lathund” kunde även vara behjälplig för vårdtagare, anhöriga och biståndshandläggare. Vi skulle även behöva föra diskussioner med temaämnen som demens, arbetsterapi, sjukvård, förhållningssätt och bemötande. Temafrågor kunde även handla om hur man sätter gränser och hur konfliktsituationer hanteras internt och externt, till exempel ”Bemöta besvärliga Beata”.

### *Februari*

I början av februari kände jag att vi i KHT fortfarande inte var samsynta när det gällde vår primära arbetsuppgift. Jag upplevde ett visst motstånd och konflikt i vårt agerande, som jag tror i grund och botten handlade om vår målsättning att alla äldre även de svårast sjuka skulle hem till eget boende. Vårt arbete var inte lätt eftersom vi arbetade tvärt emot tidigare etablerade principer där äldre och sjuka kunde erbjudas plats på särskilda boenden. Tanken om hemmaboende som vi arbetade efter, utmanade oss alla i teamet eftersom vi tvingades ändra vår syn på hur vård och omsorg för äldre kunde se ut. Jag hade ju biståndshandläggning som huvuduppgift och kunde på grund av det kanske se möjligheterna med den nya hemvården på ett tidigare stadium än övriga i teamet.

*Läget i KHT var oförändrat i slutet av mars. Jag upplevde motstånd i vårt teamarbete och kände att min yrkesroll ifrågasattes. Jag undrade om det hade något med våra olika yrkesroller i teamet att göra.*

Jag ville skapa bättre rutiner vid vårdplaneringar eftersom jag upplevde att jag fick göra det mesta själv. *Vårdplaneringarna fungerade bättre längre fram på våren. KomHem-teamets demensundersköterska åkte då ofta med på vårdplaneringar, där hon aktivt hjälpte mig mycket.*

Efter en ”katastrofal” vårdplanering på ett sjukhus i början av februari var jag mycket frustrerad och ilsken. *Senare insåg jag att vår personal kanske upplevde likadant i situationer som framkallar känsla av maktlöshet: att inte kunna påverka en arbetssituation, att beslut tas över ens huvud eller att man inte får tillräckligt med information eller ingen alls.*

Frustrationen vad det gällde KHT:s riktlinjer började så småningom släppa efter det att vi i teamet hade formulerat och skrivit ned en plan med rutiner för vårdplanering. Jag hade också läst litteratur om stresshantering och konfliktlösning, som skulle passa bra som material i handledning av personalen.

Det som fortfarande var aktuellt var att arbeta för förbättrat samarbetet med sjukvården.

Under vecka 9 var jag ledig några dagar och fick äntligen tid att tänka efter hur de första veckorna hade varit. Jag var nog mest frustrerad över att jag inte hade fått någon introduktion, inte heller tillräcklig information om projektets (KHT:s) delmål och mål. Jag var ännu inte klar över vilka mina arbetsuppgifter var.

### *Mars*

I början av mars undrade jag fortfarande om vi i KHT hade ett gemensamt arbetsmål. Jag kände att vi inte riktigt drog åt samma håll och jag blev ofta ifrågasatt vad det gällde mina beslut, medan jag själv ansåg att det fanns arbetsuppgifter andra i teamet borde ta tag i, till exempel frågor om hjälpmedel, träning och bostadsanpassning för vårdtagare. Det kändes också som om sjukvårdspersonal var emot mig, främst sjuksköterskorna, ibland också vårdtagare men oftast anhöriga. Läget var ganska hopplöst och jag började ifrågasätta mitt

arbete, mina värderingar och normer. Det skulle behövas en ny vårdform, men det kändes som jag bara utförde ett ”slitjobb” som inte utvecklades åt något håll.

Jag funderade på regler som borde förtydligas. Det gällde att förklara för alla inblandade i vård och omsorg om äldre, att ett biståndsbeslut tas efter vårdtagarens behov och inte efter vad anhöriga anser. Vad det gäller frågan om hur någon bor så ligger det faktiskt under vårdtagarens eget ansvar. Att det till exempel i det egna hemmet saknas hiss, eller att det är svårt att ta sig in till toalett- och badrumsutrymmen räknas inte som orsak att få annat boende beviljat.

Arbetet påverkade mitt privatliv, kände mig verkligen stressad och trött och hade mardrömmar om att jag glömde ta beslut, eller skicka beslutet hem till rätt person. Dessutom gick jag omkring med en känsla av att vara värdelös på jobbet och jag undrade var jag hade min moral och etik. Trodde jag tillräckligt på arbetsuppgiften eller var jag bara kvar för att jag måste ha min lön?

Efter ett långt samtal med en bekant fick jag nytt hopp. Hon hjälpte mig att strukturera mina tankar och jag fick fundera på vad som var mina arbetsuppgifter, vad som var mitt ansvar och vad det var som jag skulle göra. Jag visste fortfarande inte det efter två månader och tänkte återigen på introduktionen som inte gavs och bristen på tydliga riktlinjer. Den sista frågan jag fick av henne var om jag måste jag ta beslut mot min egen övertygelse. Efter samtalet nådde jag en vändpunkt och kände att krafterna kom tillbaka.

Jag funderade mycket över problemet med att få bostadsanpassning att utföras i tid hemma hos vårdtagarna. Vi skulle ju kunna anställa några snickare som hjälpte till med de äldres transporter och flytt av möbler samt ombyggnation i stället för att anlita Fastighetskontoret, som inte alltid hann med.

Återigen tänkte jag på det aktuella behovet av praktiska handböcker för biståndshandläggare och för hemtjänstpersonal samt att vi behövde utveckla en internutbildning.

Vi behövde också ta upp några nya teman under KHT:s möten som gällde frågor om vad vi hade beslutat, vem av oss skulle utföra arbetsuppgiften, vilken tid fick det ta att utföra uppgiften och när skulle det vara ordnat.

I slutet av mars funderade jag återigen mycket över vad jag ville med mitt liv. Jag visste att det handlade om en förändringsprocess, men hade ingen aning om åt vilket håll den skulle leda. Jag tänkte mycket på ämnet konflikthantering och om hemtjänsten och dess möjliga utveckling till hemvård. Värdesatte jag kanske mina egna tankar för högt? Jag var trött och försökte kanske springa ifrån mig själv.

### *April*

Mina tankar under en av bussresorna på väg till arbetet handlade om känslan av ”avveckling” och inte utveckling. På ett sätt ville jag fly och ta mig härifrån. Jag tänkte på en väns ord och motto ”bättre uttråkad än utbränd”, och det var sant. Meningen var kanske att jag skulle ta det lugnt och släppa lite på kontrollen. Det kändes som om det började lätta något.

### *Maj*

Jag hade tidigare läst Antonovskys bok ”Hälsans mysterier” och fick i början av maj några tankar kring hemtjänstpersonalens arbetssituation. Hemtjänstens arbetsuppgifter har vissa drag av en hemmaarbetandes sysslor, till exempel att tvätta och städa. Jag tänkte främst på att hemtjänstarbetet ännu idag betraktas som mindre ansett arbete, vilket bland annat

symboliseras av låga löner. Därför behövs diskussioner om hur man kan höja status och anseende med avseende på lönesättningar, utbildningar, stöd och handledning. Med andra ord hur kan man arbeta för att bygga upp yrkesgruppens jämte individens empowerment (styrka, motivation och kreativitet)?

Jag ställde mig själv i relation till Antonovskys begrepp KASAM (känsla av sammanhang). I två och en halv månader hade jag upplevt kaos. Handlade det om min egen parallellprocess, både privat och i arbetet, med frågor som berörde begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet? Jag funderade mycket på hur jag skulle ha det i framtiden. Vad var det jag försökte åstadkomma? Jag kände att jag var på fel ställe. Det berodde egentligen inte på någon, varken på min chef eller på de äldre jag försökte hjälpa, men jag reagerade på den informella hierarkin. Det var jag som var på fel ställe, jag ville arbeta med förändringsarbete och utvecklingsarbete, som kunde leda till något nytt och bättre.

## **Reflektioner kring KomHem-teamet**

### *KomHem-teamets möten*

Från januari till juni 2004, hade vi i KHT sammanlagt 17 möten. De första träffarna handlade om att forma oss som team genom att bland annat formulera våra olika interna roller samt att utarbeta och konkretisera riktlinjer för det arbete vi var anställda för. Den teamskapande processen fördröjdes eftersom vi i teamet blev fulltaliga först i maj då sjukskötersketjänsten tillsattes.

### *Introduktionen*

Det som KHT från början i huvudsak saknade var en grundläggande introduktion med bland annat tydliga mål för verksamheten och fakta om nuläget i stadsdelen, exempelvis hur många äldre personer som fanns på korttidsplatser, och vilka slags vårdtagareärenden vi i teamet skulle arbeta med. Det var också förvirrande för oss i KHT, likaså för vårdtagare och anhöriga, att vi tre biståndshandläggare som arbetade i Tuve-Säve hade olika syften med våra biståndsarbeten. Vi arbetade inte under samma arbetsförhållanden, jag var ju anställd för att orda möjlighet för äldre att få vård och omsorg hemma, medan de andra två biståndshandläggarna kunde ta beslut och ge bistånd om plats på särskilt boende.

Den villrådighet vi i KHT kände angående oklara arbetsuppgifter innebar på sätt och vis också fördelar för oss att relativt fritt kunna utforma arbetet genom att ta fram nya rutiner som underlag för ett fungerande arbetssätt.

### *Samverkan inom KHT*

Under de första månaderna upplevde jag att vi i KHT saknade en gemensam syn på vårt huvudsakliga arbete med att minska antalet korttidsplatser. Jag tror att teamarbetet försvårades på grund av oenighet i tolkningen av vilka vårdtagare som skulle kunna vårdas i ordinära hem. Denna oenighet blev också påtaglig under vårdplaneringar eftersom vi i teamet inte var sammansvetsade, vilket hade behövts då vår uppgift inte direkt välkomnades av vårdtagare, anhöriga eller andra organisationer som sjukvården och hemsjukvården.

Varför det var svårt att etablera en samsyn i teamet tror jag för vår del handlade mycket om att vi från början inte hade konkreta rutiner att följa. Vi var ju ett försöksprojekt som nyligen hade startat vilket innebar att det inte fanns några direktiv att följa. Dessutom hade vi olika utbildningsbakgrunder, som visserligen inte behöver påverka en samverkan negativt, men jag

tror att det i vårt team påverkade oss eftersom vi var beroende av varandra men saknade insikter om varandras specifika arbetsområden. KomHem-teamets arbetsuppgift utmanade även vårt moraliska tänkande. Vi blev tvungna att ställa om våra egna privata uppfattningar för att arbeta efter idén om att det var möjligt att skapa förutsättningar för god vård och omsorg för äldre människor, även de svårt sjuka, i det egna hemmet, trots att samverkan med andra viktiga organisationer ofta haltade.

Det tog några månader i anspråk för oss i KHT att etablera denna samsyn. Det som bland annat gjorde det möjligt, tror jag, var några komplicerade vårdtagareärenden som fick oss att vakna upp och se att vi behövde stödja varandra i samverkan för att klara av vår uppgift. Vi drog också nya riktlinjer för teamet som dessutom underlättade vår samverkan.

### *Samverkan med andra organisationer*

Eftersom vi var ett nybildat team och vår verksamhet präglad av hemmaboendeideologin varken var känd eller förankrad hos andra organisationer, så försvårades arbetet också av att vi ständigt fick informera om vårt nya arbetssätt. Samtidigt tror jag att vårt arbete komplicerades av att det i början saknades en sjuksköterska i teamet, vilket gjorde att vi upplevde onödiga oklarheter i kontakten med sjukvårdens personal.

Ett exempel på svårigheter angående samarbetet kring vårdtagare var när vi i KHT vid ett tillfälle ville att sjukhusets arbetsterapeut skulle göra ett hembesök före en vårdtagares hemgång. Vi kontaktade denna person, men fick till svar att det inte kunde genomföras eftersom man från sjukhusets sida ansåg att hembesök mestadels inte låg under deras ansvar. Det fanns även andra situationer där samverkan med sjukvårdspersonal angående vårdtagare inte fungerade. KomHem-teamets arbetsuppgift att ordna möjlighet för äldre att komma hem efter en sjukhusvistelse missgynnades vid ett flertal tillfällen av att sjukhusens personal gav löften om att patienterna kunde få plats på särskilda boenden, vilket ju inte hörde till deras beslutsbefogenheter. Det medförde att när vi i KHT kom till sjukhusen för vårdplanering så var personal, patienter och anhöriga i förväg inställda på att de äldre skulle få annat boende. Vi mötte med andra ord en redan ”gjord” vårdplanering och fick sedan uppleva starkt motstånd både från personal och anhöriga när jag som biståndshandläggare informerade om att stadsdelen inte kunde erbjuda platser i särskilda boenden eftersom det inte fanns några kvar. Det som jag kan se som en brist från vår sida var att informationen om KHT:s verksamhet och stadsdelens satsning på hemmaboende inte hade delats ut i god tid till andra berörda organisationer. Det hade inte heller i förväg gjorts större satsningar på att etablera en fungerande samverkan mellan olika organisationer inom kommunen och landstinget, vilket försvårade vårt arbete eftersom KHT var beroende av att samarbetet i vården och omsorgen för hemmaboende vårdtagare fungerade tillfredsställande.

### **Reflektioner kring vårdplaneringarna**

#### *Anhöriga*

Vad som var tydligt i flertalet vårdplaneringar var just anhörigas strävan att i årtal hjälpa make, maka eller föräldrar utan någon inblandning av hemtjänsten. När sedan den äldres tillstånd försämrades, eller när den anhöriges hälsa försvagades uppstod en situation som för båda blev ohållbar. Det som var svårt för oss biståndshandläggare i sådana ärenden var att få anhöriga att i tid gå med på stöd och hjälp av hemtjänsten. Många tackade nej till hjälp men kort efteråt hände ofta något som gjorde situationen mer akut, vilket medförde ännu större och omfattande insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Liknande omständigheter skulle kunna

förhindras om kommuner och stadsdelar satsade på ökat preventivt arbete riktat till äldre människor, i form av uppsökande verksamhet med information om hemtjänstens tjänster.

### *Samverkan med andra organisationer (sjukhus, hemsjukvård och rehab)*

Vi fick bland annat veta under ett vårdplaneringsärende att en rehabiliteringsåtgärd för en aktuell patient hade försumrats av sjukvården, vilket innebar att patienten återigen befann sig på sjukhus. Det visade på tydliga brister i kommunikationen mellan landsting och öppenvård eftersom fortlöpande vård och rehabilitering som skulle ha erbjudits exempelvis denna patient hade avbrutits. Kommunen borde därför satsa på uppsökande verksamhet till andra organisationer, med tydlig information om samverkan kring äldre människors vård och omsorg också vad det gäller efterföljande rehabilitering.

### **Biståndshandläggarnas olika roller**

Det två andra biståndshandläggare som också arbetade i äldreomsorgen i Tuve-Säve var dock inte direkt involverade i KHT:s verksamhet men jag kom att ha mycket kontakt med dem eftersom vi bland annat åkte ut på gemensamma vårdplaneringar. Den ena biståndshandläggarens (nr 1) uppgift var också att välja ut vårdtagareärenden som jag och KHT skulle arbeta med, vilket innebar att ordna för äldre personers hemgång till ordinärt boende efter en sjukhusvistelse. Den andra biståndshandläggaren (nr 2) hade tidigare varit enhetschef med personalansvar, men hade nu cirka 25-procent tjänst som biståndshandläggare. Övrig tid ledde hon dagverksamheten ”Pärlean” som fanns i lokalen mitt emot mitt och teamets rum i Glöstorps hemmet.

De två biståndshandläggarna arbetade enligt tidigare riktlinjer för biståndsbedömning och kunde till exempel ge bistånd om annat eller särskilt boende i de fall vårdtagare hade ansökt om det. I mitt och KHT:s arbetsuppdrag gällde motsatta riktlinjer där det handlade om att framhålla och arbeta för att vårdtagarnas behov av vård och omsorg kunde tillgodoses i det ordinära boendet med insatser från hemtjänst, hemsjukvård och med anhörigstöd. De olika riktlinjerna vi tre biståndshandläggare följde skapade en förvirring för oss genom att det uppstod jämförelser mellan våra olika vårdtagareärenden. Det fanns till exempel ärenden, där de andra biståndshandläggarna hade gett bistånd om annat boende, men som lika väl kunde ha inneburit bistånd om vård och omsorg i det ordinära boendet. På samma sätt hade jag hand om vissa vårdtagareärenden där det i stället skulle ha varit lämpligt att ge bistånd om plats på särskilda boenden.

I slutet av mars tog verksamhetschefen bort delegeringen om boendebeslut från oss tre biståndshandläggare, vilket innebar att vi endast kunde ge förslag om beslut. Besluten, det vill säga att bevilja eller avslå boendeansökningar, togs därefter av verksamhetschefen själv. På ett sätt blev vår myndighetsutövning beskuren, men jag tyckte samtidigt att det för min del kändes lättare att inte längre bära det tunga ansvaret att behöva ta beslut mot min vilja.

### **Reflektioner kring personalen**

Sedan hösten 2003 arbetade hemtjänstpersonalen i en nystartad projektform, den första i Göteborg, utan teamledare eller enhetschef. Sex personer bland personalen ingick från september 2003 i en så kallad ”styrgrupp” med specialansvar för arbetsmiljö, ekonomi, utveckling, personalansvar och trygghetslarm. Övriga förändringar som hemtjänstpersonalen var med om var en ny områdesindelning i november 2003. Därefter skapades ett kartotek över vårdtagarna och man introducerade ”Modulx tavlan” för att bland annat förbättra samarbetet

mellan de tre olika personalgrupperna. Idén med tavlan var att det skulle bli lättare att hjälpa varandra och på så sätt få jämnare arbetsbelastning. I mars 2004 skulle också dataprogrammet ”Hemreg” introduceras för personalen.

Eftersom jag i min första arbetsbeskrivning också hade personalansvar med handledning ville jag göra mig bekant med personalgrupperna och känna dem på ”puls”. Jag såg som deluppgift i mitt arbete att också utveckla hemtjänstens arbetsområde och ansåg därför att personalens erfarenheter och synpunkter var viktiga som arbetsmaterial. Därför skickade jag i slutet av januari ett e-postmeddelande att alla var välkomna att boka in tider för en halvtimmes intervju hos mig. Jag tillade att de kunde fundera över vad som fungerade bra i arbetet, vad fungerade mindre bra, eller inte alls samt vilka förändringar de önskade och om det fanns förslag på hur man kunde skapa dessa förändringar. De fick gärna berätta om tankar vad det gällde handledning, så att jag kunde få tips om vad de hade behov av.

### *Intervjuerna*

Det kom sammanlagt 14 ur personalen på intervju och det sammanställda materialet gav många intressanta synpunkter om hemtjänstarbetet.

Vad det gällde utbildning och arbete så hade de flesta av intervjupersonerna arbetat under flera år i Tuve-Säves hemtjänst. Några hade tidigare arbetat inom barnomsorgen, andra hade arbetat inom vården, på äldreboenden och andra vårdinstitutioner. De flesta var undersköterskor med en vård- och omsorgsutbildning som bakgrund, några var vidareutbildade och/eller hade erfarenheter från olika specialområden som exempelvis demensvård, funktionshinder och hjälpmedel. Fyra av intervjupersonerna ingick i hemtjänstens styrgrupp. Någon hade planer på att ytterligare vidareutbilda sig. De intressen som intervjupersonerna nämnde angående hemtjänstarbetet var: psykologi, samarbete, att tillsammans utveckla hemtjänsten, frågor om hjälpmedel, träningsprogram för vårdtagare, ekonomi, önskan om en träffpunkt i Säve, personalansvar, arbetsmiljö- och fackliga frågor och arbetslagar.

I frågan om arbetsuppgifter, vad som var positivt med arbetet i hemtjänsten och om det fanns önskan om att utföra fler uppgifter, så ansåg de flesta att hemtjänstens arbetsuppgifter var ansvarsfyllda, stimulerande och givande. Det som flera av intervjupersonerna önskade kunna påverka eller utveckla mer av handlade om att få möjlighet att utföra sjukvårdande arbetsuppgifter och att se till att vårdtagare fick anpassad träning. De uttryckte därför en önskan om att få handledning av KHT:s arbetsterapeut och demensundersköterska angående vårdtagare och vårdtagares hemmamiljö.

Vad det gällde frågan om vad som ansågs negativt för arbetet och om det fanns en önskan om att utföra mindre av vissa arbetsuppgifter så talade flera av intervjupersonerna om att samarbetet mellan de olika hemtjänstgrupperna inte fungerade så väl. Det handlade om kommunikationssvårigheter som bland annat ”onödigt prat”, informationsbrist och missförstånd. Många ansåg att det varit för många förändringar i organisationen på kort tid medan andra såg mer positivt på förändringar men upplevde att det var svårt att genomföra dem. Andra intervjupersoner menade att det ökade ansvaret för vissa arbetsuppgifter var stimulerande men att problem uppstod när inte alla engagerade sig i det nya sättet att arbeta.

Vad det gällde arbetsmoment som intervjupersonerna ansåg inte fungerade väl och som de önskade kunde förbättras, så ansåg många att det fungerade dåligt med att få hem hjälpmedel i tid inför vårdtagares hemgång och att det tog lång tid innan bostadsanpassning gjordes. Några ansåg att samarbetet med till exempel Göteborgs hemsjukvård var bra men att det kunde utvecklas. Några kommenterade att arbetet hade blivit tyngre eftersom allt fler försvagade

vårdtagare fortfarande bor hemma i lägenheter med trånga utrymmen, där hjälpmedel som exempelvis liftar inte får plats. Kvällspersonal uppgav att de också saknade handledning i svåra ärenden.

Jag frågade intervjupersonerna om det fanns behov av handledning och undrade vad den i så fall kunde innehålla. Flera av intervjupersonerna tog upp ämnet konflikthantering och önskan om rak kommunikation. De önskade bland annat handledning i frågor som handlade om direkta konflikter med vårdtagare, och uttryckte även ett behov av att få ”prata av sig”. Man önskade hjälp med att förbättra kommunikationen i personalgruppen för att kunna hantera konflikter. Annat som intervjupersonerna önskade handledning i berörde frågor om hjälpmedel, mål för vårdtagare som till exempel rehabilitering, träning och metodhandledning samt att bostadsanpassningar skulle prioriteras. Några efterfrågade mer information och uppmuntran från ledningen.

Intervjumaterialet gav många idéer som grund för handledning av personalen. Tyvärr påbörjade jag aldrig handledningen eftersom mina arbetsuppgifter ändrades till att endast handla om biståndsbedömning. I maj beslutade dock verksamhetschefen att det till hösten skulle anordnas några utbildningsdagar för personalen som vi i KHT skulle leda, med teman som konflikthantering, bemötande och diskussioner om vård i livets slutskede.

### **Etiska dilemman**

Arbetet som biståndshandläggare i äldreomsorgen innebär att ta emot, utreda och överväga ansökningar om hjälp och stöd som inkommit från äldre personer, men även från deras anhöriga eller bekanta. Ett stort inslag i arbetet är också att organisera vårdplaneringar på sjukhus när nya eller redan befintliga vårdtagare för hemtjänsten blivit medicinskt färdigbehandlade av sjukvården. Därefter ska man fatta beslut om bistånd eller avslag på åtgärder som till exempel olika hemtjänstinsatser i det ordinära hemmet eller plats på särskilt boende. Dessa beslut hur de än utfaller med beviljan eller avslag, påverkar de äldres direkta livssituation. För mig som biståndshandläggare i KHT fanns i stort sett endast hemmaboendevalternativet att erbjuda, vilket kändes etiskt och moraliskt svårt att försvara när det handlade om äldre som var svårt sjuka och var i behov av omfattande vård och omsorg och där betydande bostadsanpassning skulle behöva utföras i det fallet de skulle komma hem till det egna boendet. Det som jag hade behövt och ofta efterfrågade, var regelbunden handledning, eftersom jag kände mig mycket ensam i rollen som biståndshandläggare. De övriga i KHT hade annan yrkesbakgrund och erfarenhet, vilket var bra för komplexiteten i vårt arbete, men gav mig inte tillräckligt med stöd i min yrkesutövning. Jag saknade därför ett forum för diskussioner kring biståndsbedömningens kärnfrågor, som exempelvis kunde handla om vårdtagareärenden som innebar moraliska överväganden innan beslut fattas. Rollen som biståndshandläggare var tuff eftersom jag ofta hamnade i mellanposition i situationer där jag var tvungen att ta hänsyn till stadsdelens ekonomiska ram och till de äldres vård- och omsorgsbehov.

### **Slutdiskussion**

KomHem-teamets första halvår handlade i huvudsak om att arbeta enligt det övergripande målet att minska antalet köpta korttidsplatser i stadsdelen Tuve-Säve. Tack vare den tvärprofessionalitet med olika kunskapsfält som fanns i teamet och med stora och betydande insatser från hemtjänstens personal kunde äldreomsorgen i stadsdelen Tuve-Säve uppvisa en minskning av antalet korttidsplatser, från åtta platser till en plats, redan i mars 2004. Arbetet med att minska antalet korttidsplatser var inte lätt att åstadkomma, men den ekonomiska

situationen i stadsdelens äldreomsorg förbättrades och verksamheten kunde uppvisa ett positivt resultat i slutet av 2004.

### *Hemmaboendeideologin – svårigheter och möjligheter*

Efter Ädelreformens genomförande 1992 fick kommuner och stadsdelar huvudansvaret för äldreomsorgen. Varje enskild kommuns ekonomi har därför blivit en betydande faktor som sätter ramar för äldreomsorgens verksamhet i kommunen, och som bland annat påverkar de tjänster som erbjuds de äldre innevånarna. När en kommun eller en stadsdel får försämrade ekonomi påverkas exempelvis äldreomsorgen, vilket bland annat var fallet i Tuve-Säve år 2003. Den ekonomiska budgeten för stadsdelens olika verksamheter kunde inte hållas, och vad det gällde äldreomsorgen så berodde det på ett ökat behov av korttidsplatser och permanenta platser för de äldre.

I Sveriges socialtjänstlag föreskrivs dock att varje kommun är skyldig att ge dess innevånare den vård och omsorg som behövs. Nu kan emellertid föreskrifterna tolkas olika av varje enskild kommun beroende på rådande ekonomi. Man ser idag att många kommuner i Sverige minskar på antalet platser inom äldreboenden och utvecklingen går i stället mot att rekommendera äldre att bo kvar hemma med ökade insatser från hemtjänst och hemsjukvård samt att satsa på förbättringar vad det gäller boende- och närmiljö. Många äldreboenden specialiserar sina avdelningar och de platser som finns kvar kommer i första hand att erbjudas till dementa äldre personer.

Man uppger till exempel i ”Äldreomsorgsplanen för Göteborg 2002-2010” att utvecklingen av äldreomsorgen syftar till att skapa förutsättningar för äldre människor att leva ett oberoende och självständigt liv. De förutsättningar som nämns är att man ska arbeta för att stärka trygghet och livskvalitet i närmiljön med olika boendeanternativ och mötesplatser för social gemenskap samt erbjuda lättillgänglig hjälp med servicetjänster. Dessutom betonas betydelsen av samspelet mellan äldreomsorg och sjukvård och att det finns kvalificerad personal som kan möta de äldres behov.

De beskrivningar som har tagits fram angående utvecklingen av framtidens äldreomsorg innehåller många idéer vad det gäller förbättringar för äldre människors psykiska, fysiska och sociala situation. Att få leva ett oberoende och självständigt liv med god hälsa är säkert vad de allra flesta önskar sig, men jag undrar om den bilden av verkligheten stämmer. Många äldre människor är inte friska utan har ett omfattande vård- och omsorgsbehov som idag är svårt att tillgodose i ordinära hem enbart med insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Det går, men fungerar inte helt eftersom det saknas ett välfungerande och starkt samarbete mellan olika organisationer trots att hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen anger skyldigheter till samverkan i vård och omsorg för de äldre. Därför tycker jag att både kommun och landsting borde satsa mer på att se över de områden där samverkan inte fungerar och utveckla arbetsmål och rutiner så att förberedelserna för ett fungerande hemmaboende är klart när det genomförs. Det gäller för personal från olika organisationer att kunna samarbeta i kedjan av händelser kring de äldres behov, från det första vårdplaneringstillfället till den vård och omsorg som slutligen ges.

Sammanfattningsvis tror jag att satsningen på hemmaboendeperspektivet inom äldreomsorgen kan komma att fungera när kommuner och landsting har utvecklat ett fungerande samarbete vad det gäller vård och omsorg kring de äldre. Jag tror att en genuin samverkan är själva nyckeln till en mängd lösningar för att åstadkomma den trygghet och självständighet för äldre

som utlovas i olika vård- och omsorgsplaner. Samverkansformer skulle kunna förbättras och vidareutvecklas för gemensamma satsningar på olika boende- och närmiljöer och service för äldre samt för personal inom vård- och omsorgsområdet i form av varaktig personalutveckling med vidareutbildningar och handledningstillfällen.

Äldre människor är dock en heterogen befolkningsgrupp med olika slags behov, alltifrån dem som klarar sin livssituation på egen hand till dem med stora omfattande omvårdnadsbehov. Med tanke på äldre med stora omvårdnadsbehov tror jag att principen om hemmaboende inte fungerar väl även om hemtjänstpersonal och andra organisationer gör vad de kan.

De konkreta åtgärder som skulle behövas är exempelvis att kommuner/stadsdelar och landsting tillsammans utvecklar fler boendeanternativ med valfrihet för gruppen vårdtagare med omfattande och komplexa behov, eftersom det idag är svårt att stå för att det kan tillgodose i ordinära hem. Jag tänker bland annat på hinder som dagens långsamma boendeanpassning utgör, vilket gör det svårt för vårdtagare som bor trångt och utan hiss att få funktionell vård och omsorg. Dessutom fungerar inte eftervård med rehabilitering för vårdtagare som kommit hem efter en sjukhusvistelse, vilket jag tolkar som brist i kommunikation och samverkan kring vårdtagarna mellan de olika organisationerna.

Av erfarenheter från min yrkesroll som biståndshandläggare och kommunens representant var det i många situationer svårt att få till stånd en samverkan med landstingets personal. Jag tror att det ytterst handlar om ett revirtänkande, på alla nivåer, mellan de båda huvudorganisationerna, kommuner och landsting, vilket tyvärr bidrar till att det saknas tydliga och genomtänkta samverkansplaner i vård- och omsorg kring de äldre. Det behövs en mer grundläggande information och kunskap om varandras olika specialiteter, en gemensam syn på den målgrupp man arbetar för och en betydelsefull satsning på vård- och omsorgsutbildningar och arbetsförhållanden så att personal ska kunna uppleva en kvalitetsförbättring vad det gäller kunskap, status och trygghet i vård- och omsorgsarbetet.

Eftersom gruppen äldre kommer att öka i framtiden tror jag att en välfungerande samverkan mellan kommuner och landsting kommer att bli nödvändig för att samhället ska kunna möta det medföljande ökade behovet av vård och omsorg.

## Ett avsnitt ur dagboken: några dagar i januari 2004

### *KomHem-teamets möten*

*19 januari*

Vi i KHT hade diskussioner kring verksamhetschefens mål: en successiv minskning av korttidsplatser för varje kvartal, det vill säga från åtta platser till en plats under år 2004. Vi ställde oss något frågande till den korta tidsplanen och ansåg att realistisk tid för att nå målet vore snarare tre år, eftersom förändringar som att genomföra nytt tanke- och arbetssätt hos personal samt att ge information och förbereda anhöriga, kunde ta tid. Andra frågor som togs upp handlade om samarbetsvårigheter med Göteborgs hemsjukvård (GHSV) och hur det kunde förbättras.

Vi gjorde även upp vilka områden var och en av oss i KHT skulle ansvara för. Övriga frågor som berördes var att vi i teamet behövde ha en diskussion med personalen om när vårdgivare (personal) i vissa situationer måste ta ledning och bestämma över vårdtagare. Det fanns ett behov bland personalen av att diskutera lagar, visa respekt och förmedla insikter. KomHem-teamets demensundersköterska skulle ta med en ”cirkel”, en metodbeskrivning angående äldre människor, dementa och bearbetning. Vi talade också om program för sommarvikarier, med introduktion och dokumentation, det vill säga en ”Lathund”. Jag tänkte ta upp det med hemtjänstpersonalen.

KomHem-teamets arbetsterapeut ville också veta vilka vårdtagare, som nu befann sig på korttidsplats, antingen skulle komma hem eller få permanenta platser. Jag visste inte det, men lovade att ta reda på det. Vi talade slutligen om att ha en egen hemsjukvård i stadsdelen, så som det fanns i Kärra. Vår verksamhetschef ansåg dock att det skulle bli för dyrt.

*21 januari*

På det andra mötet var bara jag och KHT:s demensundersköterska närvarande. Vi talade om rutiner och ”svåra” vårdtagareärenden. Andra frågor vi berörde handlade om vem av oss eller andra stod som ansvariga för att lämna uppgifter till hemtjänstpersonalen när man inte visste vad som skulle göras angående vårdtagare, var det GHSV eller vår sjuksköterska?

Vi konstaterade också att vi behövde en karta över Tuve-Säve, likaså annat praktiskt material som kunde underlätta teamets arbete och trivsel i arbetsrummet.

*23 januari*

KomHem-teamets tredje möte handlade till stor del om några aktuella vårdtagareärenden. KomHem-teamets demensundersköterska berättade om ett ärende där vi skulle behöva prata med en väninna till en vårdtagare för att om möjligt få vårdtagaren att gå med på flytt till ett äldreboende. Den hjälp som gavs till vårdtagaren hade en längre tid inneburit stora problem för hemtjänstpersonalen. Vi diskuterade också ett annat ärende, som en av de två andra biståndshandläggarna hade hand om, vilket handlade om en vårdtagare som just då befann sig på Glöstorps hemmet sedan några dagar tillbaka. Han var dement och ”vandrade omkring”. Både KHT:s demensundersköterska och arbetsterapeut ansåg att mannen inte skulle hem till eget boende. Jag sade att det kunde gå med stor insats från hemtjänsten och med bostadsanpassning. Ärendet, som gestaltade ett vanligt förekommande problem för äldreomsorgen, visade tyvärr att det inte alltid var lätt att erbjuda anhöriga att ta emot hjälp.

*Senare framåt sommaren hade hans hustru fortfarande inte tagit mot hemtjänst! Ingen bostadsanpassning hade gjorts. Vårdtagaren fick slutligen en permanent plats på äldreboendet.*

*26 januari*

På mötet nr 4 träffades vi alla tre i KHT och fick samtidigt ett kort besök av Glöstorpsheimets arbetsterapeut och av biståndshandläggare (nr 2). Arbetsterapeuten tog upp ett ärende angående bostadsanpassning hos en vårdtagare. Vårdtagarens lägenhet låg på andra våningen med trappa ned till bottenplan. Paret hade flyttat dit på sensommaren, trots att vårdtagaren var mycket dement. Glöstorpsheimets arbetsterapeut skulle ordna toaletthöjning och "badbräda" under följande dagar. KHT:s arbetsterapeut talade om att ta bort trösklar och ordna spisvakt. Biståndshandläggare (nr 2) sa att frun inte ville ha hem sin make, hon var heller inte villig att ta emot hjälp av hemtjänsten. KomHem-teamets demensundersköterska och jag kom överens om att tala med frun. Det skulle behövas larm, nycklar och hemtjänstbesök minst tre gånger om dagen, eventuellt också dagvård.

*Det fungerade inte att ordna med hemtjänst för denna vårdtagare trots att han behövde all hjälp i vardagen (ADL). Senare i både dagverksamheten "Pärnan" och på korttidsplats på Glöstorpsheimet var denna vårdtagare mycket orolig.*

Senare samma dag gjorde jag en skiss över konkreta steg för personalen i form av en "korttidskarta". Jag var också med på ett möte med hemtjänstens styrgrupp. Verksamhetschefen presenterade KomHem-teamprojektet och vilka vi var. Jag tog på mig "misstaget" att personalen personligen inte hade blivit informerad om tider för intervjutillfällen. Jag hade tidigare skickat ett meddelande om intervjustunder, per e-post. Därefter hade jag haft telefonkontakt med biståndshandläggare (nr 1). Vi skulle vara på två vårdplaneringar på Centralkliniken Östra nästa dag. KomHem-teamets arbetsterapeut och demensundersköterska skulle också följa med. Jag beställde bil för oss.

*28 januari*

På KHT:s möte nr 5 gick vi genom gårdagens vårdplanering, rutiner, ansvarsområden och riktlinjer. Vi bestämde oss för "akuttider" två veckor framöver, för att snabbt kunna träffas eller för att åka på vårdplanering tillsammans.

Senare samma dag hade jag har kollat genom korttidsplatserna, vilket även biståndshandläggare (nr 2) hade gjort.

Jag önskade också få en bestämd tid varannan vecka hos verksamhetschefen, bara för mig själv. *Det blev tyvärr inte någon regelbunden mötestid, vilket kanske berodde på att KHT:s arbetsterapeut var projektansvarig och inte jag.*

*Övriga arbetsuppgifter: vårdplaneringar och vårdtagareärenden*

Jag medverkade också på andra vårdplaneringar som de övriga biståndshandläggarna "hade på sina bord", men som gällde ärenden där äldre personer eventuellt kunde komma hem med hjälp av utökad hemtjänst, bostadsanpassning och anhörigstöd i form av dagverksamhet och växelvård för vårdtagaren.

*12 januari*

Det var dags för min första vårdplaneringen tillsammans med den ena av de två övriga biståndshandläggarna i Tuve-Säve.

När vi kom tillbaka till kontoret efter vårdplaneringen hade vi besök av en make och en dotter till en kvinna som hade hamnat på sjukhus. De anhöriga ville förbereda oss för en ansökan om annat boende för kvinnan. Maken hade skött sin hustru många år hemma utan hjälp av hemtjänsten. Hustrun hade blivit allt mer glömsk och döttrarna åkte till Göteborg en gång i veckan för att hjälpa till. Som så ofta händer plötsligt något, den äldre personen åker in på sjukhus, maken/makan får äntligen vila och inser hur tung arbetsbelastningen varit. ”Inte en dag till” säger de anhöriga och hävdar ”annat boende omgående!” Men, problemet för oss var att vi inte hade några platser att erbjuda. Äldreomsorgscheferna menade nu att vi inte skulle besluta om ”annat boende” för de äldre utan att de först hade provat med hjälp av hemtjänst, och det helst flera gånger.

Biståndshandläggare (nr 2) förberedde mig sedan för ett besök på Kungälv sjukhus för en ny vårdplanering om två dagar, vilket handlade om ett ärende där en fru hade skött om sin man hemma utan hjälp av hemtjänsten. Maken var mycket dement och hans tillstånd var försvagat.

*14 januari*

Den andra vårdplaneringen i Kungälv rörde en vårdtagare. Övriga medverkande på mötet förutom jag och biståndshandläggare (nr 2) var en sjuksköterska, hustrun samt sonen till vårdtagaren. Det blev bestämt tio dagar på korttidsplats på Glöstorps hemmet. Hustrun behövde få tid att vänja sig vid tanken om att ta emot hemtjänst samt dagverksamhet för maken några gånger i veckan. Vårdtagaren var ännu inte utskrivningsklar från sjukhuset.

*I juni kunde jag konstatera att hustrun aldrig gav hemtjänsten en chans att hjälpa till i hemmet. Hon menade att det inte skulle vara till någon hjälp för henne. Hon resonerade som många andra anhöriga. De sista veckorna i sitt liv kom vårdtagaren till en demensavdelning på ett äldreboende.*

*16 januari*

Jag och biståndshandläggare (nr 1) åkte den 16 januari på en vårdplanering till Central kliniken Östra (CKÖ). Vi skulle träffa en förhållandevis ung kvinna och hennes son. En sjuksköterska från CKÖ hade tidigare skickat kvinnans ärende till REHAB, vilket troligtvis hamnat på villovägar och hade därför inneburit för kvinnan, som tidigare hade drabbats av stroke, två månader utan rehabilitering. Inte heller hade hon fått hjälp av hemtjänsten. Kvinnan var nu på sjukhus igen för ny misstänkt stroke. Hon var mycket passiv och deprimerad men medicinerades inte. Jag fick motsägelsefulla uppgifter från sjukhusets sida och undrade om hon verkligen var utskrivningsklar, eller hade sjukhuset för bråttom med utskrivning igen? Läkaren menade att kvinnan inte var rehabiliteringsbar medan sjukgymnasten ansåg att hon var det. Jag undrade vad var detta för något? *Det visade sig sedan bli ett långt ärende för biståndshandläggare (nr 1).*

*Övriga möten*

*14 januari*

Under mötet med verksamhetschefen den 14 januari gjorde vi en rundvandring i stadsdelshuset där jag blev presenterad för övriga på kontoret, det vill säga även dem som arbetade inom skola, barnomsorg och handikapp. Jag fick veta att alla boendeansökningar som rörde äldreomsorgen diskuterades en gång i veckan med verksamhetschefen och tänkte därför medverka, men fick senare information om att jag inte behövde det utan mina och KHT:s arbetsuppgifter skulle gå via biståndshandläggare (nr 1) som bland annat hade till

uppgift att välja ut ärenden för teamet. Verksamhetschefen föreslog också att vi i KHT kunde träffas till exempel 30 minuter varje morgon. *KomHem-teamets morgonträffar visade sig senare inte fungera och teamet hade sällan möten där alla tre deltog samtidigt. Under några månader var vi oftast bara två. De andra i teamet menade att det berodde på tidsbrist, på grund av andra samtidigt projekt.*

Jag fick även veta av verksamhetschefen att ledningsgruppen för äldreomsorgen skulle träffas i slutet av januari. Det var tänkt att KHT:s arbetsterapeut då skulle presentera en kartläggning om ”arbetsgången” vad det gäller korttid. *Det blev dock ingen sådan presentation.*

*16 januari*

Vi i KHT hade ett möte med verksamhetschefen där även de två andra biståndshandläggarna deltog. Vi pratade om antalet korttidsplatser i Tuve-Säve som från hösten 2002 till sommaren 2003 hade ökat från 8-10 platser till 15-17. Idealet och målet för oss var att öka hemtjänstens insatser och minska antalet platser på korttids- eller permanenta äldreboenden .

KomHem-teamets arbetsterapeut undrade om vi kunde få fler korttidsplatser med sjukvård. Jag uppfattade inte något svar, och KHT:s demensundersköterska frågade om hon skulle arbeta med alla vårdtagares anhöriga vid behov, inte bara med anhöriga till de dementa. Det verkade vara en bra idé som jag stödde. Verksamhetschefen menade ju att vi kunde utöka växelvårdsplatserna i Glöstorps hemmet, det vill säga, ordna fler platser vid behov. *I juni undrade jag när, och hur många?*

KomHem-teamets arbetsterapeut berättade om sin kontakt med Göteborgs hemsjukvård och sade att REHAB var i behov av mer kunskap om vår dagvård. Någon slags ”checklista” borde finnas. *I juni undrade jag om det hände det något med detta?*

Annat vi berörde var vårdtagarnas behov av bostadsanpassning. Jag undrade om man kunde ge anbud till olika företag. *Inget hade hänt vad jag vet.*

Vi kom överens om att en person bland hemtjänstpersonalen skulle kontaktas direkt vad det gäller arbetsmiljöfrågor. *Det visade sig bli motsägelsefullt ganska snart. Jag fick olika bud om när den personen skulle kontaktas, och gav därför upp till slut.*

KomHem-teamets arbetsterapeut frågade efter tydliga mål med vårt projekt. Hon ville framställa det med bild och/eller diagram. Verksamhetschefen svarade henne: kortare tid på korttidsplacering, det vill säga tre veckor.

*I mars började jag bli frustrerad och undrade om denna riktlinje att minska antalet korttidsplatser och tiden för vistelse gällde oss alla tre biståndshandläggare. Då visar min och KHT:s statistik noll platser på korttidsplaceringar.*

*Strax efter denna diskussion (i mars) blev det bestämt att delegering angående bistånd om annat boende skulle tas bort från oss tre biståndshandläggare. Verksamhetschefen tog därefter över alla boendebeslut.*

*26 januari*

Den 26 januari hade jag och verksamhetschefen ett möte där jag bland annat ritade en pil som beskrev vårt ”nuläge”, vår ”väg” och vårt ”mål” gällande antalet korttidsplatser. Jag presenterade också en modell gällande arbetet kring vårdtagarna, vilket innefattade Kirkegaards ord ”*Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där*”, och Antonovskys salutogena teori med begreppet KASAM (känsla av sammanhang) med dess beståndsdelar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Min modell innehöll också, med tanke på personalens arbetssituation, begrepp som ”empowerment” och ”en lärande organisation” med gemensamt kunskapande där gemensamma problem kräver gemensamma lösningar, som kräver

vardagskompetens och uppriktig intresse. Dessutom hade jag tankar om kompetensutveckling genom handledning och utbildning samt motivationsarbete med fokus på frågor som exempelvis: Vad väntas av personalen i den närmaste framtiden?

Jag var ännu inte klar över vilka förväntningar verksamhetschefen hade på mig och KHT, och undrade hur vårt projekt kunde tolkas. Var vi en linjeverksamhet, ett arbetsutvecklingsprojekt eller ett förbättringsprojekt? Jag ansåg att ett projekt skulle ha tydliga uppgifter, en tydlig början och ett slut. Jag kände att jag behövde hjälp med att formulera vad projektet gick ut på. Flera av mina frågor handlade om min roll och mina uppgifter, om jag skulle rapportera till verksamhetschefen några gånger i månaden och när vi skulle starta med handledning till personalen. Jag tyckte att personalen skulle behöva uppmuntran, inte bara mera jobb.

Eftersom jag kände mig ”famlande i mörkret” angående struktur och utformning av KHT-teamet som projekt, föreslog jag att vi kunde ta reda på mer information om ett lyckat försök i Stenungsund som verksamhetschefen hade hört talas om. Det skulle likna idén med vårt teamarbete. Personalen där hade, enligt henne, arbetat efter ett 8-stegs program. Verksamhetschefen skulle höra om vi kunde få en rapport från Stenungsund och vi planerade därefter att åka dit på studiebesök *Efter några månader fick vi äntligen en besökstid med verksamhetschefen i Stenungsund, men det visade sig att hon har lyckats dubbelboka tiden. Efter fem månader hade vi fortfarande inte fått komma på studiebesök. Någon rapport hade jag inte heller sett till och undrade om den överhuvudtaget fanns?*

Jag berättade också om ett tv-program, vilket handlade om nunnornas verksamhet för äldre i Bagarmossen, Stockholm, och undrade om det var möjligt att ordna ett studiebesök dit för att få idéer om hur man kunde förbättra äldreomsorgen.

## Referenser

Dunér, A., Nordström, M. (2003) Bevilja och ta emot hjälp. Rapport 5. FoU i Väst.

Johansson, B. (2004) Sammanhållen hemvård. Äldreomsorg 4/2004.

Johansson, L. (2004) Kvarboende – till vilket pris? Äldreomsorg 4/2004.

Socialstyrelsen (2005). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004. Stockholm, Socialstyrelsen

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2005). *Samverkan. Enkelt i teorin – svårare att praktisera*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Årsrapport 2003. Tuve-Säve stadsdelsnämnd. Avser befolknings- och socialbidragsram. [www.goteborg.se](http://www.goteborg.se) Se stadsdel Tuve-Säve och rubrik Politik, därefter Sammanträden och Föredragningslistor 2004, 17 februari, punkt nr 5: Årsrapport 2003

Äldreomsorgsplanen för Göteborg 2002-2010  
[www.goteborg.se](http://www.goteborg.se) Se under rubrik äldreomsorg

Äldreomsorgsplan/vård- och omsorgsplan för Hisingen år 2004-2006  
[www.goteborg.se](http://www.goteborg.se) Se stadsdel Tuve-Säve och rubrik äldreomsorg

Äldreomsorgsplan/vård- och omsorgsplan för Hisingen år 2005-2007  
[www.goteborg.se](http://www.goteborg.se) Se stadsdel Tuve-Säve och rubrik äldreomsorg