

Att beskriva behov och insatser med nationellt fackspråk

Utvecklingen av en nationell modell för
systematiskt arbetssätt och strukturerad
dokumentation inom äldreomsorgen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-11-14.

Publicerad www.socialstyrelsen.se februari 2012

Förord

För närvarande finns ingen nationell statistik över äldre personers behov och kommunerna beskriver inte äldre personers behov och insatser på ett enhetligt och strukturerat sätt. En jämförbar nationell statistik förutsätter en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation av behov och insatser med användning av enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer. För att åstadkomma en sådan dokumentation krävs ett systematiskt arbetssätt både vid handläggningen och vid utförandet av insatser. Det är också viktigt med uppföljning av resultat och att dokumentationen utgår från nationellt fackspråk och tillämpas i it-system som är i enlighet med nationell informationsstruktur för vård och omsorg. Ett sådant arbetssätt kan bidra till säker informationsöverföring, minska dubbeldokumentation, öka den äldres delaktighet och inflytande samt bidra till verksamhetsuppföljning på olika nivåer för att kunna följa utvecklingen av bl.a. kvalitet och effektivitet.

Socialstyrelsen har i projektet *Att beskriva behov och insatser med nationellt fackspråk* samordnat två uppdrag från regeringen. Det ena uppdraget ska leda fram till nationell statistik över äldre personers behov samt beslutade och utförda insatser. Det andra uppdraget ska leda fram till en ändamålsenlig och strukturerad vård- och omsorgsdokumentation.

Detta utvecklingsarbete har resulterat i ett förslag på en nationell modell för systematiskt arbetssätt och strukturerad individbaserad dokumentation av behov och insatser med nationellt fackspråk för vård och omsorg. Modellen utgår från regleringen inom området och strategin för nationell ehälsa och omfattar handläggning, utförande av beslutade insatser och uppföljning av resultat. Modellen är en grund för att kommunerna ska kunna åstadkomma en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation av äldre personers behov och insatser.

Rapportens syfte är att informera ansvariga politiker och ledning för äldreomsorg, biståndshandläggare samt kommunala, privata och idéburna utförare av äldreomsorg om utvecklingsarbetet och den nationella modellen (version september 2011).

Projektledare och ansvariga för rapporten är *Ann-Helene Almborg* och *Ann-Kristin Granberg*. Sakkunniga från Socialstyrelsen har bidragit till delar i rapportens bakgrund och faktagranskning. FoU i Malmö stad och Nestor FoU-center har medverkat och sammanställt resultat från försök i fyra följande kommuner: Simrishamn, Hyllie stadsdel i Malmö, Östersund och Haninge.

Kristina Bränd Persson
Enhetschef

Mary Nilsson
Enhetschef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
<i>Handläggning, dokumentation och uppföljning</i>	10
Regler och centrala begrepp	10
Handläggning	10
Myndighetsutövning	11
Kontakt med äldreomsorgen	11
Socialnämndens ansvar för äldre personer	12
Tillsynens beskrivning av äldreomsorgen	13
Pröva rätt till bistånd enligt SoL	13
Beskriva behov och mål	14
Behovsstyrning inte utbudsstyrning	15
God kvalitet	16
Personnummerbaserad statistik	17
Utvecklingsbehov	18
Juridiska förutsättningar	18
<i>Nationell hälsostrategi</i>	20
Nationellt fackspråk för vård och omsorg	20
Nationell informationsstruktur	22
Processmodell	22
Informationsmodell	23
Begreppsmodell	23
Tillämpad informationsstruktur	23
Klassifikation av funktionshinder, funktionstillstånd och hälsa	24
Nordiska erfarenheter	25
<i>Utveckling av modell</i>	26
Syfte och mål	26
Genomförande	26
<i>Resultat - Modellen</i>	28
Modellen	28
Handläggningsprocessen	29
Genomförandeprocessen	32
Uppföljning	33
Livsområden	34
Insatser	35
<i>Diskussion och erfarenheter</i>	37

Slutsatser	39
Fortsatt utvecklingsarbete och införande	39
Fortsatt utveckling	40
Samverkan med andra verksamhetsområden	41
Referenser	42
Bilaga 1 – utveckling av modellen	44
Testomgång 1	44
Utveckling av modell för test 1	44
Genomförande av test 1	46
Utvärdering av test 1	46
Slutsatser av test 1	48
Testomgång 2	48
Utveckling av modell för test 2	48
Genomförande av test 2	50
Resultat och utvärdering av test 2	51
Ansökan och behovsbedömning	52
Synpunkter från workshop	55
Slutsatser test 2	56
Remiss	56
Fortsatt utveckling av modellen	57
Bilaga 2	59
Förslag på uppgifter om behov - livsområden	59
Livsområden	59
Bilaga 3	61
Förslag på uppgifter om insatser	61
Insatser	61

Sammanfattning

Syftet med samarbetsprojektet mellan regeringsuppdragen *Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre* och *Nationellt fackspråk för vård och omsorg* är att vidareutveckla den nationella statistiken över äldre personers behov och insatser för att kunna mäta och följa utvecklingen av kvalitet och effektivitet. Ytterligare ett syfte är att utveckla ett systematiskt och behovsorienterat arbetssätt med ändamålsenlig individbaserad dokumentation för handläggning, utförande och uppföljning. Det innebär bland annat att dokumentationen utgår från den nationella informationsstrukturen med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer i linje med strategin Nationell eHälsa.

Målet är att den nationella statistiken ska kunna hämtas från en strukturerad individbaserad dokumentation i processen för handläggning, utförande och uppföljning. Därför har en nationell modell tagits fram som stöder ett sådant arbetssätt i både handläggningen och utförandet av insatser.

Utvecklingsarbetet påbörjades 2008 och två FoU-enheter och verksamhetsföreträdare från olika kommuner har deltagit utöver sakkunniga och projektledare från Socialstyrelsen. Två olika testomgångar av modellen har genomförts i en respektive fyra kommuner. Socialstyrelsen har diskuterat modellen med brukar- och intresseorganisationer, representanter från flera kommuner, SKL, länsstyrelser, yrkesföreträdare och delar av Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Det pågår en vidareutveckling av modellen och ytterligare test av modellen i datoriserad miljö är under planering. Målet är att nationell statistik ska kunna inhämtas från en ändamålsenlig dokumentation i kommunerna. Utvecklingsarbetet omfattade följande delar:

- aktgranskning för att kartlägga vilken information som dokumenteras i handläggningsprocessen
- utveckling av första versionen av en modell, som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning, samt test och utvärdering i en kommun
- vidareutveckling av modellen, samt test och utvärdering av modellen i fyra kommuner
- remissomgång
- fortsatt vidareutveckling av modellen.

Modellen presenterades i december 2009 i Socialstyrelsens slutrapport till regeringen från *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2007 – 2009* samt i slutrapporten för *Nationellt fackspråk inom vård och omsorg* i mars 2011.

Resultatet är en modell som omfattar ett systematiskt arbetssätt och strukturerad individbaserad dokumentation av ansökan, behovsbedömning (inklusive mål), beslutade insatser, planerade, utförda och ej utförda insatser samt uppföljning. Den strukturerade dokumentationen utgår från tillämpning av den nationella informationsstrukturen och det nationella

fackspråket. Behov och insatser kopplas till en hierarkisk struktur enligt WHO:s Internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och insatserna är dessutom kopplade till den nuvarande officiella statistiken. För att möjliggöra tillämpning av modellen i it-stöd, enligt strategin för Nationell eHälsa, krävs en fortsatt utveckling av informationsstrukturen. Modellen:

- bidrar till att stärka rättsäkerheten
- skapar transparens vilket ger bättre möjlighet till inflytande och insyn för den enskilde
- stöder ett behovsorienterat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i handläggnings- och genomförandeprocessen samt vid individuell uppföljning
- skapar förutsättningar för organisering och resursfördelning utifrån individens behov
- möjliggör verksamhetsuppföljning som är jämförbar på lokal och nationell nivå t.ex. genom utökad personnummerbaserad statistik över äldre personers behov och insatser
- stöder utveckling av evidensbaserad praktik.

Inledning

Utvecklingsarbetet inom projektet *Att beskriva behov och insatser med nationellt fackspråk* har skett inom ramen för två olika regeringsuppdrag. Arbetet påbörjades 2008 och pågår fortfarande.

Det första uppdraget *Öppna jämförelser för vård och omsorg om äldre* handlar om att påskynda utvecklingen mot en bättre uppföljning och öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre personer. Öppna redovisningar och jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet kan bidra till bättre resursanvändning. Det kan också bidra till att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre höjs genom att det går att jämföra prestationer och att utvärdera vilka insatser och arbetsmetoder som ger goda resultat. Förbättrade möjligheter att jämföra vården och omsorgen är också en förutsättning för att äldre ska kunna få en ökad valfrihet. En förbättrad uppföljning på nationell nivå kräver att kommuner och landsting utvecklar sina lokala system för dokumentation och uppföljning. För att kunna mäta och följa utvecklingen är det därför nödvändigt att utveckla nationell statistik över behov, beslutade insatser och genomförda insatser.

Det andra uppdraget hör till den nationella ehälsstrategin och omfattar två delar: *Nationell informationsstruktur* (2007–2009) och *Nationellt fackspråk för vård och omsorg* (2007–2011). Uppdraget att utveckla ett nationellt fackspråk handlar om att informationen som dokumenteras om den enskilde inom vård och omsorg, ska vara beskriven entydiga, enhetliga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer. Detta för att den ska kunna återanvändas för olika syften såsom informationsförsörjning mellan personal inom vård och omsorg, i beslutsstöd, för kvalitetssäkring, styrning och uppföljning, liksom i utbildning och forskning. Detta förutsätter en nationell informationsstruktur för vård och omsorg för att it-system ska kunna hantera och utbyta information effektivt och säkert. För att undvika risk för missförstånd krävs därför enhetlig och entydig användning av begrepp och termer inom och mellan olika professioner.

Utvecklingsarbetet omfattar stöd och insatser till äldre personer, som utgår från socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Grunderna har varit gällande lagstiftning, nationell reglering inom området samt nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk inom vård och omsorg. Målet är en modell för ett systematiskt arbetssätt och strukturerad individbaserad dokumentation med nationellt fackspråk av äldres behov och insatser. Den nationella modellen ska stödja huvudmännens möjligheter till en ändamålsenlig dokumentation och uppföljning på individ- och gruppnivå. Modellen ska ge stöd och kunna användas för handläggning, i utförandet av insatser och för uppföljning såväl vid omfattande som vid mindre omfattande behov av stöd och hjälp.

Handläggning, dokumentation och uppföljning

Regler och centrala begrepp

Regler för handläggning och dokumentation enligt SoL syftar till att garantera den enskildes rättsäkerhet. Avsikten med bestämmelserna är att den enskilde ska få sin sak prövad och avgjord på ett sakligt och opartiskt sätt. För att underlätta tillämpningen har Socialstyrelsen bl.a. tagit fram handboken ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten – individ- och familjeomsorg, äldreomsorg, handikappomsorg (SoL och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade [LSS])” [1]. Handboken och reglerna för handläggning och dokumentation har varit en av utgångspunkterna för modellen.

Handläggning

Med *handläggning* avses alla åtgärder som vidtas från det att ett ärende inleds till dess att det avslutas genom ett beslut [1]. Grundläggande regler finns i förvaltningslagen (FL) (1986:233) och kompletterande bestämmelser finns i SoL samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:5). Andra viktiga bestämmelser som syftar till att tillgodose den enskildes rättsäkerhet finns i bestämmelser som reglerar behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och i tryckfrihetsförordningen (1949:105), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och kommunallagen (1991:900). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS gäller sedan den 1 januari 2012. I dessa föreskrifter finns angivet att en verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Ansvar för att den enskilde får den insats som är beviljad kvarstår för beslutande nämnd under verkställigheten (faktiskt handlande, se nedan) [2]. I modellen som beskrivs i rapporten ingår därför uppföljning av resultat, måluppfyllelse och den enskildes uppfattning av kvalitet avseende beslutade insatser som en del av det som i rapporten kallas *handläggningsprocessen*.

Med *ärende* avses det som är föremål för åtgärder hos en myndighet i avsikt att leda fram till ett beslut. Detta kan innebära att en och samma person samtidigt kan ha flera aktuella ärenden hos nämnden. Enligt 7 § FL ska varje ärende där en enskild är part handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. Detta innebär att en

utredning inte ska vara mer omfattande än vad som behövs för att ta ställning till det ansökan avser.

Med *utredning* avses all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta beslut i ett ärende hos nämnden. Ordet utredning används också som ett sammanfattande begrepp på den skriftliga sammanställning av material som utgör beslutsunderlag i ärendet.

Myndighetsutövning

Begreppet *myndighetsutövning* är inte definierat i FL men beskrivs i dess föregångare den äldre förvaltningslagen (1971:290) som utövning av befogenhet att för enskild bestämma om t.ex. förmån, rättighet och skyldighet [1]. Det är flera arbetsmoment som innefattas i myndighetsutövning:

- ta emot anmälan eller ansökan
- besluta om att utredning ska inledas
- underrätta den enskilde om att utredning inletts
- utse handläggare
- överlämna handlingar till den som ska handlägga ärendet
- kontakta de enskilda personer som berörs av utredningen
- inhämta uppgifter från andra myndigheter och enskilda personer
- dokumentera uppgifter som inhämtas och olika åtgärder
- sammanställa utredningen, delge utredningen med en part
- upplysa den enskilde om rätten till företräde inför socialnämnden
- föredra ärendet för socialnämnden samt fatta beslut och underrätta den enskilde om beslutet.

Nämnden kan enligt 6 kap. 33 § kommunallagen (1991:900) uppdra åt ett utskott, en ledamot, ersättare eller anställd att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en grupp av ärenden. Enligt JO:s tolkning 2001/02 s. 250 av 11 kap. 6 § regeringsformen (1974:152) kan nämnden däremot inte överlämna myndighetsutövning på ett bolag eller stiftelse. Myndighetsutövning förekommer både i form av missgynnande och gynnande beslut. Att lämna upplysningar, råd eller andra ej bindande besked är inte myndighetsutövning.

FL skiljer mellan handläggning av ärenden (beslutande verksamhet) och *faktiskt handlande*. Med faktiskt handlande avses övrig verksamhet som nämnden har ansvar för, t.ex. att genomföra beslut om hemtjänstinsatser i ordinärt och särskilt boende till äldre personer [1]. I rapporten kallar vi det för *genomförandeprocessen*.

Kontakt med äldreomsorgen

Socialnämnden kan få kännedom om att en äldre person kan behöva stöd på olika sätt. Det kan ske genom ansökan/begäran, anmälan eller på annat sätt. Socialnämnden har ansvar för att tydligt informera den äldre om att hon eller han alltid har rätt att göra en ansökan, hur man gör en sådan ansökan

och att man alltid har rätt till en individuell behovsprövning [1]. Detta oavsett om det i en kommun finns lokala riktlinjer om utbud och innehåll för vissa insatser inom äldreomsorgen. Det finns inga krav på hur en ansökan/begäran ska vara utformad. Socialnämnden har enligt 3 kap. 4 § SoL i uppgift att erbjuda och motivera den äldre personen att ta emot stöd och hjälp genom t.ex. uppsökande verksamhet eller informerande samtal med biståndshandläggaren.

Kontakt kan alltså ske på olika sätt, i enklaste fall när kontakten tas av den äldre själv med en *förfrågan eller direkt begäran/ansökan* om stöd. Om det inte är helt klart att den äldre endast önskar upplysningar ska en förfrågan uppfattas som en begäran om stöd och avgöras i ett beslut. Kontakt kan även tas av andra personer och då hanteras informationen som en *anmälan om* behov och frågan om det ska inledas en utredning eller inte måste avgöras från fall till fall vid en s.k. *förhandsbedömning*. Nämndens skyldighet att inleda en utredning regleras i 11 kap. 1 § SoL. Om en person deklarerar att han eller hon inte vill ha någon hjälp från socialtjänsten kan nämnden som regel inte inleda en utredning, om det inte kan bli fråga om tvångsvård med stöd av bestämmelserna i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall eller lagen (1990:52) med bestämmelser om vård av unga[1].

Kontakt kan också ske *på annat sätt*, t.ex. när behandlande läkare, enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar, underrättar eller kallar företrädare från kommunens socialtjänst till vårdplanering för patienter som efter utskrivning kan komma att behöva insatser från socialtjänsten. Upplysningar om behov som inkommit på annat sätt dokumenteras och hanteras i de flesta fall på samma sätt som vid anmälan.

Enligt 9 § FL kan den sökande även använda sig av ett ombud eller ett biträde för att föra fram sin sak. Med ombud menas en person som har fullmakt från den enskilde att helt eller delvis föra hans eller hennes talan. Med biträde menas en person som biträder en person, dvs. hjälper till utan att föra hans eller hennes talan [1].

Socialnämndens ansvar för äldre personer

Enligt 5 kap. 4 § SoL ska socialnämnden verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialtjänstens omsorg om äldre personer ska från den 1 januari 2011 enligt en ny bestämmelse i 5 kap. 4 § SoL även inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande [3].

Enligt 5 kap. 5 § SoL ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer som behöver särskilt stöd. Den äldre personen ska, så långt möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Enligt 5 kap. 10 § SoL ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stöder en närstående som har funktionshinder.

För att leva upp till dessa bestämmelser som beskriver nämndens ansvar för socialtjänstens insatser riktade till individer, som i den här rapporten avgränsas till äldre personer och deras närstående, behöver socialnämnden även göra andra insatser. Dessa beskrivs i 3 kap. 1 § SoL och innebär att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen, informera om socialtjänsten i kommunen, genomföra uppsökande verksamhet, främja goda levnadsförhållanden m.m.

Kommunen ska enligt 5 kap. 6 § SoL planera sina insatser för äldre och samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. Det ska också finnas individuella insatser med utgångspunkt från självbestämmande och normalisering som underlättar för äldre personer att så länge det är möjligt bo kvar i det egna hemmet. Ytterst ska, enligt 1 kap. 1 § SoL, socialtjänstens insatser under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

Tillsynens beskrivning av äldreomsorgen

Socialstyrelsens tillsyn [4] under 2010 visar att verksamheterna inte lever upp till målformuleringarna i SoL om den äldre personens rätt till inflytande över vardagstillvaron och att få individuella sociala behov tillgodosedda. Tillsynen visar att de äldre inte alltid är delaktiga i planeringen av sin omsorg, att de inte får information om sina rättigheter till bistånd samt att informationen inte är anpassad till den enskildes förutsättningar. Rapporten beskriver även att besluten är otydliga, framför allt gäller det rambeslut, genom att de inte beskriver vilka insatser som den enskilde ska få. Socialstyrelsen är i rapporten tveksam om rambeslut uppfyller kraven på rättsäkerhet.

Tillsynen beskriver även att omsorgen är alltför kollektiv på många särskilda boenden, vilket begränsar möjligheterna att låta den enskildes behov och intressen styra verksamheten. De äldre upplever även att de får göra avkall på stöd till aktiviteter som ger glädje och stimulans i vardagen. Dokumentationen i genomförandet har förbättrats men det finns fortfarande brister, t.ex. saknas det uppgifter om hur insatserna ska genomföras samt uppgifter om mål och uppföljning. Dessa iakttagelser visar på behovet av stöd för att komma till rätta med bristerna inom såväl handläggningsarbetet som i utförandet av insatser.

Pröva rätt till bistånd enligt SoL

Rätten till individuellt stöd återfinns i 4 kap. 1 § SoL och uttrycks på följande sätt:

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd från socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Det är med utgångspunkt från denna bestämmelse som det ska göras en utredning som omfattar en individuell bedömning av den äldre personens behov och resurser inom olika områden i *personens livsföring*. Utredningen ska omfatta det som behövs för ett ställningstagande kring den enskildes ansökan. Det är innehållet i ansökan som styr vilka livsområden som är aktuella för utredning. Behov som begränsar den äldre personens livsföring så att en skälig levnadsnivå inte kan tillförsäkras ska, om de inte kan tillgodoses på annat sätt, tillgodoses genom bistånd i form av t.ex. hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende, särskilt boende eller dagverksamhet. Biståndet ska enligt 4 kap. 1 § SoL utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

En utredning kan leda fram till ett beslut om bifall eller avslag för alla eller delar av de områden som den äldre uppgett begränsar den dagliga livsföringen. Beslut om avslag kan gälla såväl insatsens innehåll som omfattning och den sökande har rätt att överklaga sådana beslut.

Sammantaget kan sägas att det i styrande reglering av handläggning och dokumentation ställs krav på rättssäkerhet, dokumentation, kvalitet och tillsyn i både handläggning av ett ärende och i genomförandet av individuellt beslutade insatser enligt SoL. Dessa krav gäller inte fullt ut för insatser som kommunen har rätt att tillhandhålla genom lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter [5]. Det innebär att modellens utvecklingsarbete utgår från den dokumentation av behov och insatser som följer av individuella beslut om insatser enligt 4 kap. 1 § SoL.

Beskriva behov och mål

I Socialstyrelsens tidigare arbete inom projektet InfoVU (informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) [6] beskrivs en metod för behovsbedömning. Hälsorelaterat vård- och omsorgsbehov är skillnaden mellan det aktuella hälsotillståndet och målet (figur 1). Denna metod har legat till grund för utveckling av modellen. Metoden består av följande tre steg:

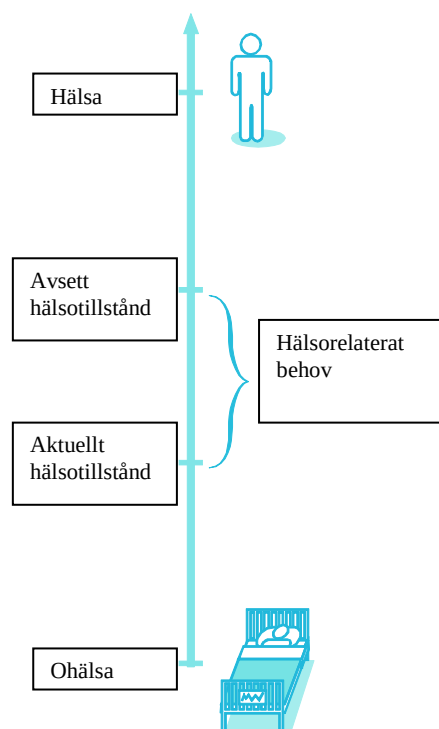
- identifiering av behov genom att bedöma det aktuella hälsotillståndet samt bestämma det avsedda hälsotillståndet (målet)
- bedömning av nödvändiga åtgärder (behov av åtgärder) för att eliminera eller minska gapet mellan den enskildes aktuella och avsedda hälsotillstånd
- bedömning av resurser som krävs för att genomföra de nödvändiga åtgärderna.

Det aktuella och avsedda hälsotillståndet kan beskrivas med hjälp av ICF-komponenterna: kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer. Även i Socialstyrelsens arbete med Nationell informationsstruktur hänvisas till ovan nämnda referens för att beskriva både hälsobehov och behov av vård- och omsorgsinsatser [7].

Ett klart definierat mål är en förutsättning för en realistisk behovsbedömning och för att koordinera alla som är involverade i insatserna såsom professionerna och den enskilde mot målet. Målen har tre

dimensioner: Vad är det? Hur mycket är det? När ska det uppnås? [8, 9]. Ett mål kan ha flera olika funktioner. Målet kan ha en handlingsinriktad vägledande funktion och kan också fungera som en motiverande funktion för den enskilde [10].

Figur 1. Metod för att sätta mål och bedöma behov [6]



Behovsstyrning inte utbudsstyrning

Rapporter från såväl tillsyn [4] som forskning [11] visar att utredningar ofta saknar en tydlig beskrivning och bedömning av vilka behov den äldre personen har. Däremot finns omfattande beskrivning av sjukdomshistoria, brister i bostaden och närmiljön. Hur dessa faktorer påverkar den äldre personens eget genomförande av olika handlingar och aktiviteter i den dagliga livsföringen beskrivs sällan och bedömningen inriktas i stället direkt på en matchning av det lokala utbudet av insatser. Det innebär att behov uttrycks direkt i termer av insatser och tjänster, t.ex. den sökande har *behov av matdistribution på grund av en stroke*. Detta arbetssätt ställer inga krav på vare sig handläggaren eller den sökande, det är enkelt och konkret och innebär att det egentliga behovet inte utreds utan leder direkt till beslut om de insatser som redan finns tillgängliga i det kommunala utbudet. Arbetssättet kännetecknar en utbudsstyrd organisation [12].

För att verkligen utreda behov måste man förstå vad som är problemet för den sökande just nu och hur mycket det begränsar den dagliga livsföringen. Det kräver en bredare beskrivning av den enskildes situation och svårigheter för att bedöma vilka begränsningarna är och deras omfattning. I stället för att matcha direkt till utbudet, t.ex. matdistribution i det tidigare exemplet,

behöver handläggaren gå igenom den äldre personens eget genomförande av olika aktiviteter, t.ex. att planera för matlagning eller inköp, handla, hantera pengar, ta sig till och från affär, lyfta och bära, tillaga mat, duka fram och plocka undan, diska eller att äta. En sådan utredning leder till flera olika handlingsalternativ men också till att otillfredsställda behov blir synliggjorda. Detta arbetssätt kännetecknar en behovsstyrd organisation.

Det kan te sig enkelt att bedöma behov, men forskningen visar att behovsbedömning till skillnad från insatsbedömning ställer större krav på handläggaren och ökar kravet på en professionell kunskap. För att även fånga och tillgodose behov av trygghet, gemenskap och meningsfullhet som är några av de bakomliggande värden som finns i målen för socialtjänstens insatser till äldre personer ställs det ännu större krav på handläggarens kompetens och professionalitet [11-13]. Det är tydligt att det behövs stöd både för att stärka ett behovsorienterat synsätt och för att åstadkomma en ändamålsenlig dokumentation hos handläggaren. Därför utgår den utvecklade nationella modellen från ett behovsorienterat synsätt. Modellen ska ge stöd för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation inom såväl handläggnings- som genomförandeprocessen samt vid uppföljning.

God kvalitet

Den som har fått beslut om bistånd för sin livsföring ska enligt 3 kap. 5 § första stycket SoL ha ett reellt inflytande över hur stödet ska genomföras. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om genomförandeplan i 6 kap. SOSFS 2006:5 bör det av en sådan plan bl.a. framgå hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras och hur den äldre haft inflytande över planeringen. Utöver kraven på att socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den äldre ska enligt 3 kap. 5 § SoL insatserna vid behov även ske i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar.

Det finns särskilda bestämmelser i 2 kap. 7 § SoL som ställer krav på gemensam planering från landstinget och kommunen när en person har behov av stöd och insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS gäller sedan den 1 januari 2012. I dessa föreskrifter finns angivet att en verksamhet ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Dessutom ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten. Den nya föreskriften och allmänna rådet förtydligar att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller, och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för

förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt:

att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Alla som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för sin verksamhet. det gäller både vid myndighetsutövning till exempel ärendehandläggning och vid genomförande av vård och insatser [14].

En förutsättning för kunskap om hur väl verksamheten tillgodoser enskilda och grupperns behov är att det går att samla in uppgifter om t.ex. behov, insatser, resultat, måluppfyllelse och den enskildes subjektiva uppfattning av kvalitet [14]. Sådan information kan finnas i den dokumentation som handläggare och utförare är skyldiga att ha för varje person med beslut om bistånd.

Dokumentationen behöver vara tillräckligt strukturerad för att möjliggöra aggregerad sammanställning. Det är oftast inte möjligt i dag beroende på att det mesta dokumenteras i löpande text och att det saknas användning av entydiga, enhetliga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer dvs. ett nationellt fackspråk för vård och omsorg. Dessutom saknas ofta systematiskt arbetssätt som omfattar individuell uppföljning från biståndshandläggaren för t.ex. personer som bor i särskilt boende. Ovan beskrivna krav och utgångspunkter på god kvalitet i socialtjänsten har också varit underlag för utvecklingen av modellen.

Personnummerbaserad statistik

Socialstyrelsen samlar från och med den 1 januari 2009 personnummerbaserad totalräknad statistik över insatser för äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Kommunerna registrerar från den 1 juli 2008 *fortlöpande* uppgifter motsvarande insatser enligt de föreskrifter som Socialstyrelsen har meddelat ifråga om socialnämndernas skyldighet att lämna uppgifter för statistiska ändamål (se SOSFS 2008:15 och SOSFS 2007:6) och kommunernas skyldighet att lämna uppgifter till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (se SOSFS 2008:16 och SOSFS 2007:8). På grund av bristande kvalitet i den *fortlöpande* registreringen av uppgifter har den officiella statistiken för 2009 inte publicerats. För att komma till rätta med problemen sker i stället *tvärsnittsmätningar* för 2010 och 2011.

Registreringen av insatser enligt SoL gäller bl.a. datum för biståndsbeslut avseende ett tiotal olika insatser, samt datum för när verkställighet av insatserna påbörjas respektive avslutas. För kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, registrerar kommunerna enbart uppgift om en person har varit mottagare av hälso- och sjukvårdsinsats under en kalendermånad. Uppgifter om insatser enligt både SoL och HSL ligger till grund för en *totalräknad* statistik, som Socialstyrelsen publicerar i serien Sveriges Officiella Statistik.

De insamlade uppgifterna finns i register hos Socialstyrelsen och är, efter vederbörlig sekretessprövning, tillgängliga för forskning och specialbearbetningar.

Utvecklingsbehov

Statistiken om äldreomsorg, personer yngre än 65 år med funktionsnedsättning och kommunal hälso- och sjukvård behöver utvecklas vidare. I dag saknas t.ex. uppgifter över vilka behov äldre personer har i sin dagliga livsföring, för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Det saknas också uppgifter över vilka behov beslutade insatser stöder samt uppgifter om genomförda insatser. Det gäller både i ordinärt och särskilt boende. Detta är uppgifter som kommunerna borde förfoga över dels i samband med bedömningen av behov för beslut om insatser, dels i samband med rapporteringen från olika utförare om vad som är genomfört hos den äldre. Ett stort problem är att uppgifterna i dag är dokumenterade i olika omfattning, på olika sätt och med en varierande terminologi i kommunerna men också av de privata utförarna. Detta leder till svårigheter både vid en uppgiftsinsamling från kommunerna och till en försämrad jämförbarhet av verksamheternas effektivitet och kvalitet.

Den personnummerbaserade statistiken om vård och omsorg om äldre gäller biståndsbeslutade insatser enligt SoL och om en person varit mottagare av hälso- och sjukvårdsuppgifter under en kalendermånad. Uppgifter från allmänt inriktade öppna verksamheter och servicetjänster åt äldre som kommunen kan erbjuda enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter, omfattas inte i dag av statistiken. För närvarande saknas också förutsättningar att samla in uppgifter om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ges, deras omfattning/frekvens samt vilka personalkategorier som utför insatserna.

Juridiska förutsättningar

En förutsättning för att Socialstyrelsen inom ramen för den officiella statistiken ska kunna *behandla* personuppgifter från utredningar som leder fram till beslut om insats enligt SoL, är att Socialstyrelsen har stöd för att behandla känsliga personuppgifter (t.ex. hälsa) i bilagan till förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. I bilagan finns stöd för att Socialstyrelsen vid framställning av statistik över äldre- och handikappomsorg får behandla känsliga personuppgifter som avser insatser i samband med enskilda personers hälsotillstånd. Därför borde det vara möjligt att behandla personuppgifter avseende behov i utredningar som leder fram till beslut om insats, men frågan behöver prövas.

Vad gäller personuppgifter från utredningar om en enskilds behov som inte leder fram till ett beslut om en insats (t.ex. avslag), finns inte samma tydliga koppling till insatser. Det kan därför antas att det saknas stöd i bilagan till förordningen om den officiella statistiken för att få behandla sådana personuppgifter. Vid förändring av förordningen borde det ske ett förtydligande av stödet till att behandla uppgifter om behov utan koppling till insatser.

När det gäller Socialstyrelsens möjlighet att *samla in* personuppgifter från socialnämnden regleras uppgiftsskyldigheten i 12 kap. 5 § SoL samt i förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter. Enligt denna förordning ska socialnämnderna lämna uppgifter till Socialstyrelsen om enskilda som fått bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL avseende insatser till äldre. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:13) om socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter regleras närmare vilka insatser som uppgiftsskyldigheten avser.

Personuppgifter från utredningar om en enskilds behov som inte har lett fram till ett beslut om insats enligt 4 kap. 1 § SoL omfattas inte av socialnämndens uppgiftsskyldighet, eftersom dessa personuppgifter inte kan kopplas till beslut om insatser. Det torde därför krävas en ändring i förordningen om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter för att uppgiftsskyldigheten ska omfatta personuppgifter från sådana utredningar som inte har lett fram till besluts.

Nationell ehälsostrategi

Regeringen gav Socialstyrelsen ett uppdrag våren 2007 inom den dåvarande Nationella it-strategin för vård och omsorg som sedan 2010 benämns strategi för Nationell eHälsa. I maj 2007 beslutade regeringen att [15]:

Socialstyrelsen skall ta ett övergripande nationellt och strategiskt ansvar för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig i enlighet med de mål och principer som slås fast i regeringens skrivelse Nationell IT-strategi för vård och omsorg. I arbetet ingår dels att utarbeta en nationell informationsstruktur, dels att utarbeta, tillhandahålla och förvalta en nationell terminologi- och klassifikationsresurs.

Uppdraget innebär vidare att Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting skall stimulera och stödja införande och användning av den nationella terminologi- och klassifikationsresursen inom vård och omsorg.

Uppdraget består av två delar – nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk för vård och omsorg – för att stödja utvecklingen av en enhetlig ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. Fullt utbyggda bidrar dessa två delar, som är beroende av varandra, till att information som delas mellan olika vård- och omsorgsverksamheter blir enhetlig, entydig och jämförbar. Användningen av ett nationellt fackspråk är särskilt betydelsefull för att undvika missförstånd i vårdens och omsorgens kommunikation, för enhetlig tolkning av information för verksamhetsuppföljning, statistik och forskning samt för utbildning.

Socialstyrelsen har enligt regeringens uppdrag det övergripande nationella och strategiska ansvaret för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig. Myndigheten ansvarar vidare för en samlad nationell verksamhet som tillgodoser vårdens och omsorgens behov av enhetliga begrepp, termer och klassifikationer. Den övergripande målsättningen för Socialstyrelsens arbete inom området fackspråk och informatik är att skapa och tillhandahålla nationella regelverk för informationshantering som stöder god hälsa, vård och omsorg samt bidrar till kunskapsbaserade hälsoinformationssystem.

Projektet Nationell informationsstruktur avrapporterades till regeringen 31 december 2009 [7] och projektet Nationellt fackspråk för vård och omsorg avrapporterades till regeringen 31 mars 2011 [16].

Nationellt fackspråk för vård och omsorg

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen omfattar att utarbeta, förvalta och tillhandahålla en nationell terminologi- och klassifikationsresurs inom ramen för strategin Nationell eHälsa. Det övergripande målet för arbetet med det nationella fackspråket för vård och omsorg är att den information

som dokumenteras om den enskilde är beskriven med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer. Det nationella fackspråket består av:

- nationellt överenskomna begrepp och termer
- internationellt och nationellt fastställda klassifikationer och kodverk
- ett nationellt beslutat begreppssystem Snomed CT¹, med svensk översättning.

Termbanken, klassifikationerna och Snomed CT har olika syften.

Termbanken har som huvudsakligt syfte att tillhandahålla definitioner för begrepp och termer som är viktiga för t.ex. föreskrifter, öppna jämförelser, vård- och omsorgsadministration och läkemedelsinformationshantering. Termbanken innehåller inga medicinska begrepp och termer.

Klassifikationerna har som huvudsakligt syfte att tillhandahålla systematik för gruppering av information för användning i statistik. Det är viktigt att klassifikationernas kategorier är förhållandevis stabila över tid så att jämförelser möjliggörs.

Snomed CT har som huvudsakligt syfte att tillhandahålla begrepp och termer som behövs i en ändamålsenlig elektronisk dokumentation inom vård och omsorg. Den unika nyttan med begreppssystemet är möjligheten att länka samman och gruppera begrepp som logiskt hör ihop och att bearbeta dessa begrepp maskinellt.

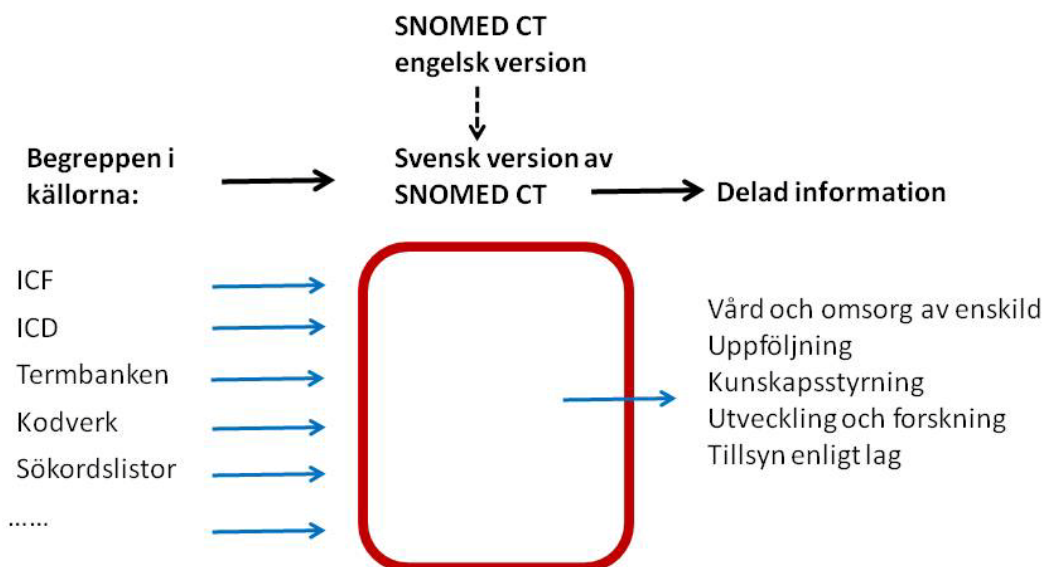
Snomed CT kan i dagsläget inte ersätta den nuvarande termbanken eftersom Snomed CT inte innehåller textuella definitioner, dvs. förklaringar, som behövs i flera olika sammanhang.

De statistiska hälsorelaterade klassifikationerna med hierarkisk indelning av grupperingar och ett tillhörande regelverk kan inte heller ersättas helt av Snomed CT, så länge de används som huvudsaklig grund för statistik, jämförelser och ekonomisk ersättning inom sjukvården.

Däremot ska begreppen och termerna i termbanken och i klassifikationerna på sikt bli tillgängliga via den svenska versionen av Snomed CT (figur 2), för användning i elektroniska informationssystem. Kopplingen mellan Snomed CT och de internationella statistiska klassifikationerna och andra klassifikationer och terminologiska system kommer att göras genom överenskommelser mellan ägarna enligt en gemensamt utarbetad metod, så som nu sker genom samarbetsavtal mellan International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) och WHO.

¹ Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms

Figur 2. Beskrivning av att begreppen i olika källor samlas och harmoniseras i Snomed CT och att olika verksamhetsstyrda informationsbehov kan fyllas [17].



För att olika professioner och verksamheter på ett säkert sätt ska kunna tillhandahålla och överföra nödvändig information om en individs hälsa och vård- och omsorgsbehov är en enhetlig² och entydig³ terminologi nödvändig. Användningen av en enhetlig terminologi och strukturerad dokumentation minskar behovet av dubbeldokumentation samtidigt som den bidrar till ökad patient- och rättssäkerhet.

All informationshantering inom vård och omsorg bör styras mot en gemensam begreppsanvändning. Tillsammans med övriga delar i den gemensamma informationsstrukturen finns förutsättningarna till en samlad och effektivare informationshantering i vård och omsorg.

Nationell informationsstruktur

Projektet Nationell informationsstruktur (NI) har tagit fram en nationell informationsstruktur för vård och omsorg. Den nationella informationsstrukturen utgörs av tre generella modeller som beskriver kärnprocessen i vård och omsorg, de begrepp som behövs för att beskriva processen samt den typ av information som identifierats som viktig att strukturera och sortera [7].

Processmodell

Processmodellen har till syfte att beskriva det värde som skapas för vård- och omsorgstagaren och genom vilka processteg "värdeförädling"

² utbredd och allmän användning i hela landet

³ Entydig kan ställas mot mångtydig, och i den jämförelsen blir entydighet i kommunikation av information en kvalitetsaspekt.

åstadkoms, dvs. hur det stöder och förbättrar vård- och omsorgstagarens hälsa i vid mening. Modellen för kärnprocessen inom vård och omsorg beskriver processmodellens huvudsyften – att identifiera (hälso-)tillstånd och att åtgärda hälsoproblem som också innefattar att förebygga risk för hälsoproblem.

Informationsmodell

Informationsmodellen visar, på en övergripande nivå, den information som aktörer i vård- och omsorgsprocessen behöver för att processen ska kunna genomföras. På denna övergripande nivå innehåller modellen endast ett mycket begränsat urval attribut (informationsinnehåll). I en tillämpning tillkommer åtskilliga attribut för att kunna hålla den aktuella informationen. Varje tillämpad informationsmodell bör dock kunna härleda sina informationsmängder till en eller flera klasser i denna generiska informationsmodell. Underlaget är, förutom begreppsmodellen (vars begrepp speglas i informationsmodellen), de informationsbehov som identifierats när man tagit fram flödesmodeller för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst och i de olika intressentgruppernas arbete.

Begreppsmodell

Informationsmodellens klasser speglar de begrepp som finns i begreppsmodellen vilket innebär att varje klass i sin beskrivning refererar till motsvarande begrepp (kan vara flera) för förklaring av sin betydelse. Exempelvis finns hälsorelaterat tillstånd i begreppsmodellen och det finns även i informationsmodellen.

Tillämpad informationsstruktur

Den tillämpade informationsstrukturen är mer specifik än den nationella informationsstrukturen. I februari 2008 tog Beställarledningen⁴ vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beslut om att inriktningen för arbetet med den tillämpa informationsstruktur i den svenska vården är att följa och tillämpa den europeiska standardansatsen EN 13606 (EHRcom) och dess rekommendationer [18]. *Center för eHälsa i samverkan* styrs av representanter från landsting och regioner, SKL, kommunerna och de privata vårdgivarna.

CeHis uppdrag omfattar primärt utvecklingsbehoven utifrån landstingens och sjukvårdens behov och förutsättningar. I dagsläget finns ingen motsvarande nationell organisation (arkitekturledning) för att hantera de verksamhets-, teknik- och informationssäkerhetsrelaterade frågor som rör kommunernas verksamhet.

⁴ Beställarledningen har ombildats till *Center för eHälsa i samverkan* (CeHis) med uppgift att koordinera och driva landstingens och regionernas eHälsa-samarbete.

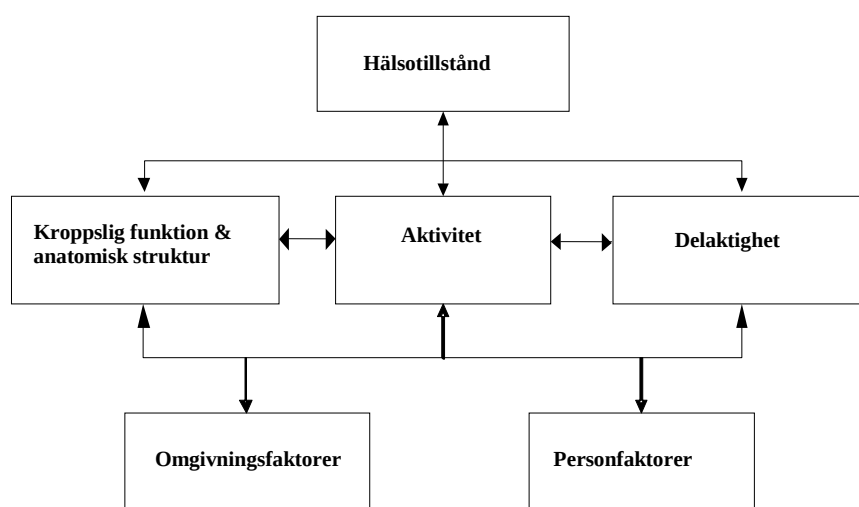
Klassifikation av funktionshinder, funktionstillstånd och hälsa

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) tillhandahåller ett gemensamt språk och ett kodsysteem för beskrivningar av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utan koppling till specifika sjukdomstillstånd [19]. Klassifikationen är professionsneutral och kan användas av många, inte bara personal inom hälso- och sjukvården, utan även av personal i socialtjänsten. Syftet med ICF är:

- vara ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- tillhandahålla jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid
- ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, deras konsekvenser och bestämningsfaktorer
- skapa ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem.

ICF utgår från personens perspektiv och skapar förutsättningar för en helhetsbeskrivning av personens livssituation.

Figur 3. ICF-modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa [19]



Klassifikationen bygger på en biopsykosocial modell (figur 3) som förutsätter interaktion mellan fyra olika komponenter: kroppsfunktioner och kroppsstrukturer; aktiviteter; delaktighet; omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Det finns åtta olika kapitel inom kroppsfunktioner respektive kroppsstrukturer. Dessa beskriver de anatomiska strukturerna respektive de fysiologiska och psykologiska funktionerna. Inom aktivitet och delaktighet finns det nio kapitel och inom omgivningsfaktorer fem kapitel.

ICF består av en hierarkisk struktur för de olika komponenterna där kapitelnivån (1:a nivån) är den mest övergripande som följs av kategorier på olika nivåer från 2:a till 4:e nivån. Till varje kapitel respektive kategori finns det en textuell beskrivning. ICF-koden börjar med bokstaven för komponenten och därefter betecknas första nivån (kapitelnivå) av en siffra, andra nivån av tre siffror, tredje nivån av fyra siffror osv. beroende på vilken detaljeringsnivå som väljs.

Nordiska erfarenheter

Norge tog 2001 beslutet att införa Individbaserat pleie- och omsorgsstatistik (IPLOS) i alla kommuner, vilket innebar ett obligatoriskt system för individbaserad statistik kring de tjänster kommunerna utför i hemmen eller i kommunalt boende för äldre och för personer med funktionshinder. IPLOS är i första hand avsett att användas på kommunal nivå för att ge en säker, individbaserad information som är relevant och nödvändig för ärendehantering och utförande av tjänsterna. IPLOS ska även ligga till grund för planering och beslut på ledningsnivå, både i kommuner och i statliga myndigheter. I andra hand ska systemet generera informationsunderlag (statistik) till staten som en del i en större kommunstatistikrapportering. IPLOS är baserat på Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), begreppssystem och innehåll [20].

Danmarks motsvarighet heter Fælles sprog och även det utgår från ICF. Fælles sprog är liksom IPLOS ett informationssystem som ska utgöra underlag för styrning, prioriteringar samt kvalitetssäkring av insatserna som bedrivs inom den kommunala omsorgen. Fælles sprog lanserades 1998 av Kommunernes Landsforening (KL). Till skillnad från Norge är det KL och inte staten som har stått för utvecklingen och spridningen. Utvecklingen har skett tillsammans med 12 kommuner. Fælles sprog är utvecklat främst för att hjälpa kommunerna med strategiska beslut och prioriteringar. Det är inte utvecklat för att ge statistik på nationell nivå men systemet ger möjlighet till det. Det är inget tvång för kommunerna att införa Fælles sprog, men de flesta har valt att göra det [20].

Utveckling av modell

Syfte och mål

Syftet är att utveckla nationell statistik av äldres behov och insatser för att kunna mäta och följa utvecklingen av kvalitet och effektivitet. Ytterligare ett syfte är att utveckla ett systematiskt arbetssätt med behovsorienterat synsätt samt en ändamålsenlig individbaserad dokumentation för handläggning, utförande och uppföljning, som utgår från den nationella informationsstrukturen och användningen av enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer.

Målet är att den nationella statistiken ska kunna hämtas från individbaserad dokumentation i processen för handläggning, utförande och uppföljning. Ytterligare ett mål är en modell, som stöder systematiskt arbetssätt med behovsorienterat synsätt och strukturerad ändamålsenlig dokumentation med användning av nationellt fackspråk för att beskriva behov och insatser.

Genomförande

Detta utvecklingsarbete har genomförts under perioden 2008–2011 genom samarbete mellan de två regeringsuppdragen: att utveckla den nationella statistiken inom äldreomsorgen och att utveckla ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

I utvecklingsarbetet har två FoU-enheter och verksamhetsföreträdare från bland annat fyra kommuner deltagit utöver sakkunniga och projektledare från Socialstyrelsen. Två olika testomgångar har genomförts. Den första testomgången genomfördes i en kommun och den andra omgången i fyra kommuner. Socialstyrelsen har diskuterat modellen med brukar- och intresseorganisationer, representanter från kommuner, SKL, länsstyrelser, yrkesföreträdare och delar av Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Utvecklingsarbetet omfattade följande delar:

- aktgranskning för att kartlägga vilken information som dokumenteras i handlägningsprocessen (bilaga 1) [21]
- utveckling av första versionen av en modell, som omfattar handläggning, genomförande och uppföljning, samt test och utvärdering i en kommun (bilaga 1)
- vidareutveckling av modellen, samt test och utvärdering av modellen i fyra kommuner (bilaga 1)
- remissomgång
- fortsatt vidareutveckling av modellen.

Modellen presenterades i december 2009 i Socialstyrelsens slutrapport till regeringen från Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre

2007–2009. Utvecklingsarbetet har även presenterats i slutrapporten till regeringen (mars 2011) från Nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Under 2010 och 2011 har det pågått vidareutveckling av förslaget till nationell modell bl.a. genom medverkan i samarbetsprojektet "Gemensam informationsstruktur för socialtjänsten" mellan Socialstyrelsen och SKL (2010–2011). I projektet genomförs en verksamhetsanalys för socialtjänsten dvs. den verksamhet som omfattas av SoL, LSS, LVM och LVU samt terminologiarbete och identifiering av informationsinnehåll. Resultatet från det projektet är ett underlag för avstämning och eventuell vidareutveckling av den nationella informationsstrukturen samt utveckling av det nationella fackspråket [22].

Resultat - Modellen

Modellen

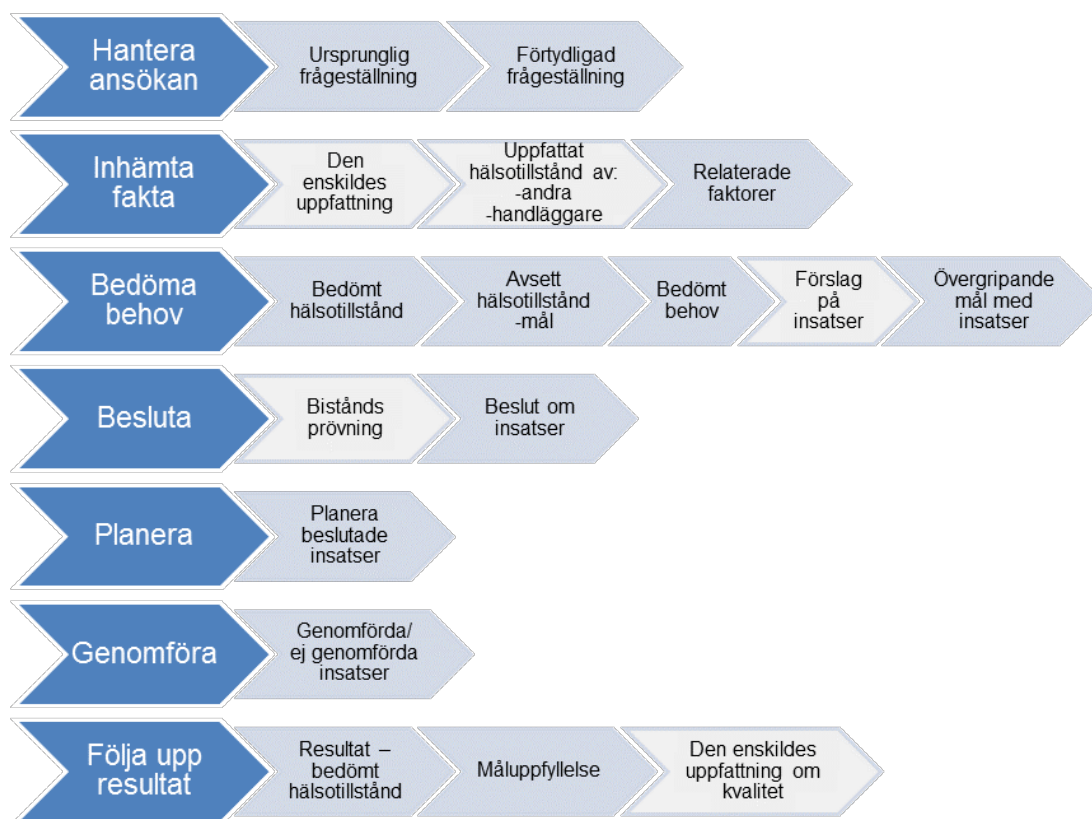
Modellen (version september 2011) är utvecklad för att stödja ett systematiskt arbetssätt med ett behovsorienterat synsätt. Den stöder också ändamålsenlig och strukturerad dokumentation om den enskildes behov och insatser, där informationen är beskriven med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer. Utöver den strukturerade dokumentationen ska det även finnas dokumentation i fritext.

Modellen (figur 4) omfattar delar av handläggningsprocessen, genomförandeprocessen och uppföljningen och ska användas av både handläggare och utförare. Viktigt att notera är att modellen och denna översiktliga beskrivning inte beskriver alla delar och krav som ställs i lagar, förordningar och föreskrifter på handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Det innebär att flera aktiviteter och informationsmängder som behövs för att täcka hela socialtjänstprocessen ska hanteras utöver modellen [1].

Socialstyrelsen överlämnade i slutet av 2011 rapporten Utveckling av gemensam informationsstruktur inom socialtjänsten – Plan för fortsatt arbete och samordning [22] till regeringen. I denna rapport ingår även förslag till det fortsatta utvecklingsarbetet för att färdigställa en tillämpad informationsstruktur och komplettera nationellt fackspråk för äldreomsorgen. När detta är färdigt kommer den ändamålsenliga dokumentationen att täcka det mesta av den individbaserade informationen inom äldreomsorgen.

I början av 2012 kommer också en rapport som beskriver Socialstyrelsens plan om ett nationellt stöd till införande av ett behovsorienterat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation för att beskriva och bedöm behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen under 2012–2014 [23].

Figur 4. Modellen och de olika delarna i det systematiska arbetssättet och strukturerad dokumentation – i de ljusaste pilarna saknas f.n. förslag på strukturerad dokumentation.



Handläggningsprocessen

Handläggningsprocessen i modellen omfattar hantera ansökan, inhämta fakta, bedöma behov och besluta (figur 5).

Figur 5. Handläggningsprocessens olika delar



1. Hantera ansökan

Frågeställningen skrivs i fritext så som den sökande har uttryckt sin muntliga ansökan, skriftlig ansökan scannas in.

- Frågeställningen i ansökan kategoriseras till de livsområden (tabell 1, figur 8) som frågeställningen omfattar.

Den sökande *erbjuds* ett informerande samtal. Syftet är att säkerställa att den sökande förstår att det finns möjlighet att få stöd inom många områden i sin livsföring. Men syftet är också att tydliggöra och säkerställa vad frågeställningen i ansökan avser och vilka livsområden som den fortsatta utredningen ska omfatta.

Om den ursprungliga frågeställningen förändras efter ett informerande samtal så att sökande önskar att något eller några livsområden inte längre ska ingå, dokumenteras vilka delar av ansökan som är återkallad. Om det däremot tillkommer livsområden i den förtydligade frågeställningen innebär det en ansökan som dokumenteras i fritext så som den sökande uttryckt ansökan och en skriftlig ansökan scannas in.

Informerande samtal är ett erbjudande som den sökande själv tar ställning till. Både erbjudandet och den sökandes inställning till ett informerande samtal dokumenteras i fritext men kan också dokumenteras strukturerat dvs. med ett eller flera svarsalternativ.

- Eventuell förtydligad frågeställning kategoriseras till de livsområden som ska ingå i fortsatt utredning, behovsbedömning och beslut (tabell 1 och figur 8).

2. Inhämta fakta

Handläggaren samlar in fakta på flera sätt för att få underlag för att bedöma behov. Den sökandes uppfattning och beskrivning av hur han eller hon klarar sina dagliga aktiviteter, upplevelse av trygghet och eventuellt stöd från närstående samt det som är särskilt betydelsefullt för den sökande i de aktuella livsområdena inhämtas genom ett utredningssamtal. Dessa uppgifter utgör det uppfattade hälsotillståndet⁵.

Efter samtycke från den sökande kan uppgifter inhämtas från andra t.ex. närstående, utlåtande från olika professioner eller andra eventuella informationskällor. Handläggaren gör också ofta egna iakttagelser, allt detta är uppfattat hälsotillstånd av andra. Även uppgifter om vilka relaterade faktorer som påverkar den sökandes förmåga, såväl resurser som begränsningar för aktuella livsområden, inhämtas i utredningssamtalet.

Den sökandes egen uppfattning om sitt hälsotillstånd, samtycke till inhämtning av uppfattat hälsotillstånd från andra, vem som varit källa till inhämtade uppgifter dokumenteras i fritext men kan också dokumenterat strukturerat.

⁵ tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle (Socialstyrelsens termbank)

- Relaterade faktorer för aktuella livsområden dokumenteras strukturerat som eventuell nedsättning i olika kroppsfunktioner och strukturer eller hindrande respektive stödjande omgivningsfaktorer kompletterande information dokumenteras i fritext.

3. Bedöma behov

Att bedöma behov omfattar handläggarens sammanvägning och analys av inhämtade uppgifter om den sökandes hälsotillstånd, vilket resulterar i bedömt hälsotillstånd för de livsområden som omfattas av frågeställningen i ansökan.

- Bedömt hälsotillstånd dokumenteras strukturerat som begränsning respektive resurser enligt den generiska skalan (figur 9) för aktuella livsområden i frågeställningen.

Att bedöma behov omfattar även att sätta mål. Detta görs utifrån det som är särskilt viktigt för den sökande och det hälsotillstånd den sökande önskar uppnå, = målet, för de aktuella livsområden som omfattas av frågeställningen i ansökan. Det avsedda hälsotillståndet, = målet, bör vara överenskommet med den sökande. Om den sökandes mål avviker från handläggarens uppfattning noteras detta som önskat hälsotillstånd⁶. Det som är särskilt viktigt för den sökande, eventuellt önskat hälsotillstånd och när målet är tänkt att uppnås dokumenteras i fritext.

- Avsett hälsotillstånd⁷ dokumenteras med avsedd begränsning respektive resurs enligt generiska skalan (figur 9) inom aktuella livsområden (tabell 1 och figur 8).

Utifrån bedömt hälsotillstånd och avsett hälsotillstånd, = målet, tar handläggaren ställning till om den sökande behöver stöd från socialtjänsten för att uppnå skälig levnadsnivå. Motivering till hur bedömt behov kan tillgodoses dokumenteras i fritext.

- Hur behovet kan tillgodoses dokumenteras strukturerat med något av följande svarsalternativ: behovet kan tillgodoses på annat sätt, behovet kan tillgodoses med stödjande insatser enligt SoL, behovet kan tillgodoses med kompenserande insatser enligt SoL.

Förslag på insatser tas fram för de behov som ska tillgodoses genom stöd från socialtjänsten för att uppnå skälig levnadsnivå. Skälig levnadsnivå kan ibland vara reglerat genom lokala riktlinjer i kommunen t.ex. i form av begränsning av omfattning eller innehåll i en insats. En sådan begränsning kan innebära ett beslut om avslag om sökandes frågeställning innehåller annan omfattning än den som anges i den lokala riktlinjen. Förslag på

⁶ det hälsotillstånd som den enskilde själv önskar uppnå

⁷ det hälsotillstånd som socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal oftast i samråd med berörd individ, har beslutat att uppnå (Socialstyrelsens termbank)

insatser och motivering till ev. avgränsning skrivs i fritext men kan dokumenteras strukturerat.

- Övergripande mål för föreslagna insatser dokumenteras strukturerat utifrån mål för äldreomsorgen i 5 kap. 4, 10 § SoL. Ett eller flera övergripande mål för de föreslagna insatserna dokumenteras strukturerat enligt följande: leva och bo självständigt under trygga förhållanden, möjliggöra kvarboende i ordinärt boende, ha en aktiv och meningsfull tillvaro, ha gemenskap med andra eller stöd till närstående som vårdar en anhörig.

4. Besluta

Prövning av rätt till bistånd sker innan nämnden fattar beslut om bistånd enligt SoL. Prövningen utgår från den sökandes ansökan, gällande lagstiftning, avgöranden i domstol, JO-utlåtanden och det som framkommit i utredningen. Prövningen utmynnar i ett slutligt beslut.

Beslutsmening och motivering till eventuellt avslag skrivs i fritext. Bifall eller avslag skrivs i fritext men kan dokumenteras strukturerat för respektive livsområde som omfattas av frågeställningen i ansökan. Även frekvens, när på dygnet och om insatsen ska ske vardag eller helgdag kan dokumenteras strukturerat.

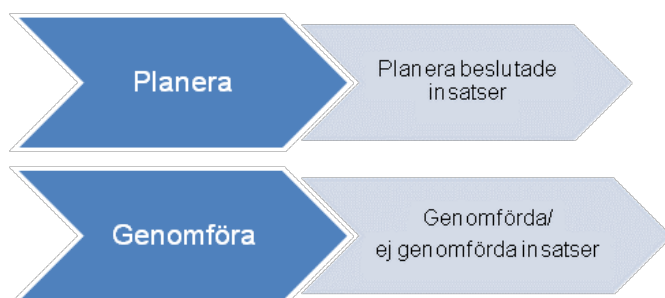
- Beviljade insatser och ev. omfattning (när på dygnet, vilka dagar och frekvens) dokumenteras strukturerat (Bilaga 3).

Efter prövning av vilka uppgifter som bör och kan lämnas ut till den som ska utföra beslutade insatser sker överföring av underlag till beslut till utföraren. I underlaget ingår ofta bedömt hälsotillstånd, relaterade faktorer, avsett hälsotillstånd, = mål), hur bedömt behov kan tillgodoses och beviljade insatser. Det kan dock uppstå situationer där den enskilde inte vill att viss information, som nämnden bedömer behövs för att insatsen ska kunna utföras på ett ändamålsenligt och säkert sätt, ska lämnas till den som ska utföra insatsen. Detta önskemål bör tillgodoses så långt möjligt.

Genomförandeprocessen

Genomförande processen i modellen omfattar planera och genomföra (figur 6).

Figur 6. Modellens olika delar i genomförandeprocessen



Utföraren planerar tillsammans med den äldre bl.a. hur och när beviljade insatser ska genomföras. Dokumentation av planeringen är både i fritext och strukturerat och är en del av genomförandeplanen.

- Planerade insatser, omfattning (när på dygnet, vilka dagar och frekvens) dokumenteras strukturerat dels utifrån det underlag som är överfört från handläggaren men också utifrån den enskildes önskemål vid planeringen av insatsernas genomförande (Bilaga 3). Troligen behöver planeringen av hur insatserna ska genomföras även avse underliggande nivåer se exempel i figur 10. Detta görs för att kunna beskriva vad, när och hur olika delar av beviljade insatser ska genomföras.
- Utförda respektive inte utförda insatser dokumenteras strukturerat. Orsaken till att beviljade insatser inte blivit utförda dokumenteras strukturerat med olika svarsalternativ, om det är enligt den enskildes begäran eller beroende av begäran eller brist i genomförandet från utföraren.

Avstämning eller rapportering av vad som är utfört alternativt inte utfört sker på ett enhetligt och strukturerat sätt från alla utförare till ansvarig nämnd i kommunen (enligt uppdragsbeskrivning eller avtal). Beslut och åtgärder som vidtas för den enskilda personen, faktiska omständigheter, händelser av betydelse och eventuella överenskommelser med den enskilde i samband med genomförandet dokumenteras i fritext.

Uppföljning

Uppföljning i modellen omfattar handläggarens uppföljning av resultat, måluppfyllelse och den enskildes uppfattning om kvalitet (figur 7).

Figur 7. Modellens olika delar i uppföljning



Uppföljning av resultat innebär att på nytt bedöma den enskildes hälsotillstånd. Detta görs på samma sätt som i handläggningsprocessen. Handläggaren gör en ny sammanvägning och analys av nu aktuella inhämtade uppgifterna för de livsområden som omfattas av beviljade insatser, vilket resulterar i nytt bedömt hälsotillstånd, se inhämta fakta och bedöma behov.

- Handläggarens nya bedömning av begränsning respektive resurser dokumenteras strukturerat enligt den generiska skalan (figur 9) för de livsområden (tabell 1, och figur 8) som ingick i den tidigare bedömningen.

Den nya bedömningen av den enskildes hälsotillstånd relateras till det avsedda hälsotillståndet, = målet, som togs fram inför beslutet om insatser.

- Måluppfyllelse dvs. har det överenskomna målet, = avsedda hälsotillståndet, uppnåtts dokumenteras med: ja, delvis eller nej.

Uppföljningssamtalet föreslås även omfatta strukturerade frågor om den enskildes uppfattning om kvaliteten för exempelvis följande områden: t.ex. bemötande, inflytande, trygghet, hjälpens omfattning, hjälpens utförande, mat, social samvaro och aktiviteter. Ett sådant uppföljningssamtal kan dokumenteras både i fritext och strukturerat.

Om det ”nya” bedömda hälsotillståndet vid uppföljningen påverkar eller förändrar behovet av insatser kan det leda till en ny ansökan. Detsamma gäller om det vid uppföljningen framkommer nya behov inom andra områden som den enskilde önskar stöd och hjälp med.

Kvarstår samma behov som tidigare och beslutet om insatser är fortgående sätts nya mål, = avsett hälsotillstånd, se bedöma behov.

Livsområden

Modellen omfattar elva livsområden (tabell 1) som utgår från ICF, med dess hierarkiska struktur (exempel i figur 8). För att täcka relevanta livsområden för nationell statistik har ett urval av ICF-kategorier använts även på nivå 2 och 3 (Bilaga 2).

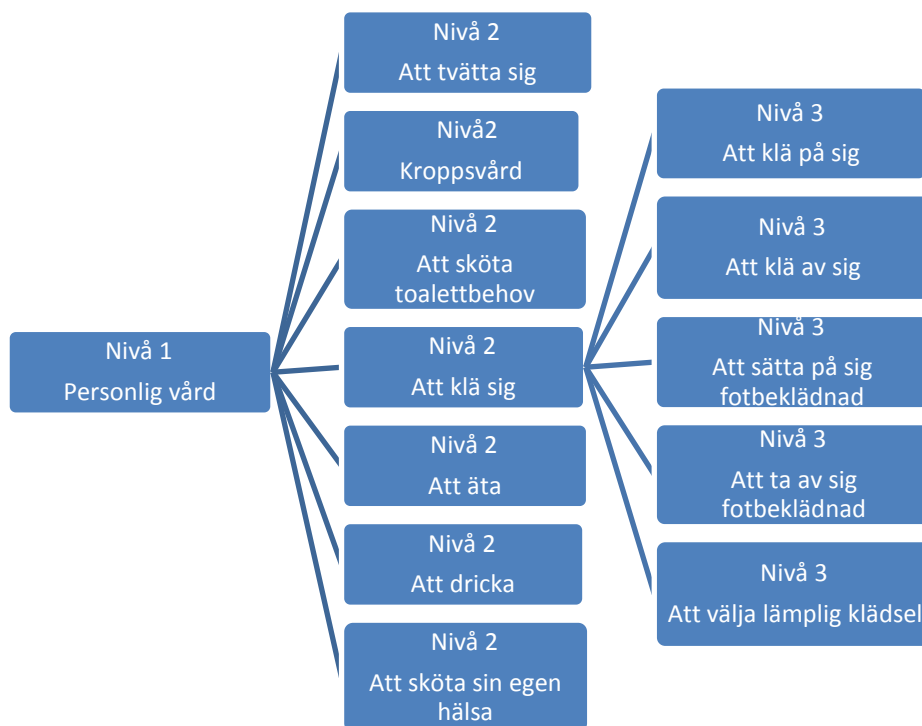
Tabell 1. Livsområden i modellen

LIVSOMRÅDEN	
1	Lärande och att tillämpa kunskap
2	Allmänna uppgifter och krav
3	Kommunikation
4	Förflyttning
5	Personlig vård
6	Hemliv
7	Viktiga livsområden
8	Mellanmänniska interaktioner och relationer
9	Samhällsgemenskap, medborgerligt och socialt liv
10	Känsla av trygghet
11	Personligt stöd från närstående
	Annat.....

Livsområde 1–9 utgår från 1:a nivån inom aktivitets- och delaktighetskomponenten i ICF. Livsområde 10 utgår från emotionella funktioner (nivå 3) som ingår i kapitlet psykiska funktioner i komponenten kroppsfunktioner i ICF. Livsområde 11 utgår från nivå 2 i kapitlet personligt stöd i komponenten omgivningsfaktorer i ICF.

Den hierarkiska strukturen möjliggör beskrivning av behoven från 1:a nivån som är den övergripande ner till den mer detaljerade 3:e nivån enligt ICF. Den hierarkiska strukturen för modellen är kompletterad med ytterligare nivåer inom vissa livsområden för att möjliggöra en strukturerad dokumentation som motsvarar verksamheternas behov. Identifierade livsområden som förslås att samlas in för nationell statistik finns i Bilaga 2.

Figur 8 Exempel på livsområdet "personlig vård" i en hierarkisk struktur från nivå 1 till nivå 3 enligt ICF



Bedömningsfaktorerna enligt ICF (figur 9) används för att beskriva eventuell begränsning i genomförandet av aktiviteter i det dagliga livet, begränsning i känsla av trygghet samt begränsning i personligt stöd från närstående. Bedömningsfaktorerna används för att beskriva både aktuellt och avsett tillstånd.

Figur 9. Generisk skala för bedömningsfaktorerna och procentsatserna



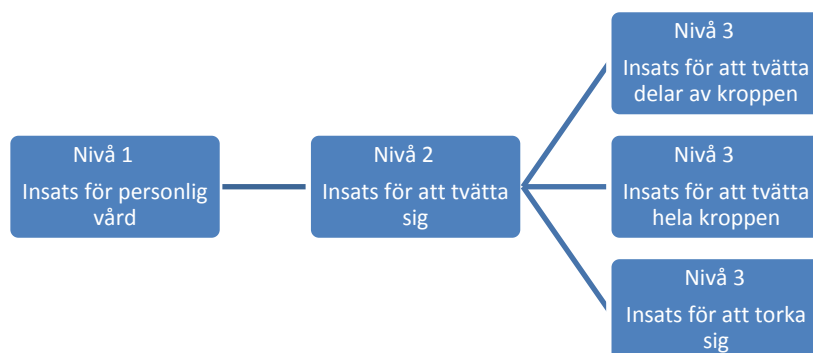
Dokumentation av relaterade faktorer (kroppsfunktioner och omgivningsfaktorer) dvs. funktionsnedsättning respektive underlättande/hindrande omgivningsfaktorer relaterade till livsområden sker via ett urval ur ICF-kategorier t.ex. minnesfunktion, orientering tid/rum/person, urinkontinens, smärta, syn, hörsel, hjälpmedel, närhet till service, anpassad bostad.

Insatser

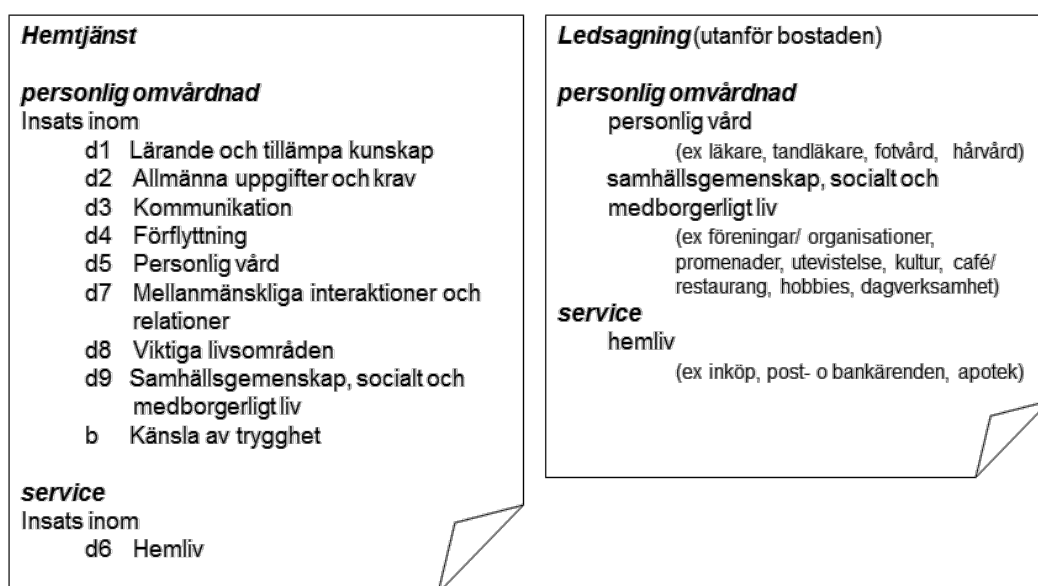
För att beskriva beslutade, planerade och genomförda insatser har ICF använts som grund för både beskrivning och benämning av insatserna (figur 10). De framtagna insatserna har kopplats till den nuvarande officiella

statistiken (figur 11, Bilaga 3). Förändringen ger möjlighet till en mer detaljerad beskrivning av insatser men medför inget avbrott i den officiella statistikens uppläggning. Det som i dag ingår i insatsen personlig omvårdnad kommer att beskrivas med insatser inom åtta livsområden och insatsen service motsvaras av insatser inom livsområdet hemliv. Möjlighet finns till ytterligare förfinad beskrivning av insatser om underliggande nivåer används till förslag för insamling till nationell statistik (Bilaga 3).

Figur 10. Exempel på insatser för livsområdet personlig vård i en hierarkisk struktur från nivå 1 till nivå 3



Figur 11. Insatsförslag från bilaga 3 kopplade till dagens officiella statistik



Diskussion och erfarenheter

Modellen innebär tydligt fokus på den äldre personens ansökan och behov, i stället för på utbudet av insatser. Det ger ett bättre beslutsunderlag och stärker rättssäkerheten. Livsområdena i modellen ansågs relevanta av bland annat de som deltog i försöken, då de täcker de livsområden som en enskild person kan behöva stöd inom, för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå.

Arbets sättet lyfter fram möjligheten att erbjuda ett informerande samtal för att tydliggöra den enskildes ansökan. Detta stärker den enskildes möjlighet att ansöka om stöd utifrån de behov som den enskilde har, i stället för att kommunens utbud av insatser styr ansökan. Behovsbedömningen tydliggörs genom att alla handläggare utgår från aktuellt och avsett hälsotillstånd, dvs. målet inom respektive livsområde. En styrka med modellen är att den enskildes uppfattning noteras.

Ytterligare en fördel är att bedömningen av aktuellt och avsett hälsotillstånd utgår från samma skala. Det finns fördelar med att sätta mål genom att det kan vara motivationsskapande för den enskilde och att alla berörda strävar mot samma mål.

Handläggare och utförare ser även att målet tydliggör inriktningen på insatsen dvs. om den ska vara stödjande/tränande respektive kompenserande. Att sätta mål möjliggör även utvärdering av måluppfyllelse. Ytterst bidrar det till att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kan följas och värderas, en förutsättning för att äldre ska kunna få en reellt ökad valfrihet.

Insatser

Insatsernas innehåll har tydliggjorts med beskrivningar och benämningarna är enhetliga vilket bidrar till en säker informationsöverföring mellan handläggare och utförare. Insatser som t.ex. morgonomsorg ersätts med insatser som tydliggör vad de innehåller samt att det kan dokumenteras när på dygnet insatsen ska utföras, t.ex. på morgonen. Det ansågs enkelt att använda och dokumentera beslutade insatser enligt modellen. Några synpunkter handlade om svårigheten att ange när insatserna ska utföras och det ifrågasattes om det verkligen är biståndshandläggarnas uppgift.

Även utförarna tyckte att det var enkelt att använda modellen för att dokumentera planerade insatser. I försöken ingick även att uppskatta tiden för insatserna. Detta uppfattades som svårt till en början då handläggarna och utförarna var ovana vid denna rutin. Testomgången visade t.ex. att dokumentation av insatsernas frekvens sker på flera olika sätt. Detta pekar på vikten av att komma överens om förutbestämda frekvenser, för att undvika missförstånd och säkerställa informationsöverföringen mellan olika professioner och för att underlätta sammanställningen på gruppnivå.

I försöken ingick även att dokumentera ej genomförda insatser, vilket gjordes i liten omfattning för att pröva modellen. För att kontinuerligt

dokumentera genomförda respektive ej genomförda insatser och tid behöver utförarna anpassa sina it-stöd.

Användning av ICF som gemensamt språk

I dag saknas nationellt överenskomna begrepp och termer för att beskriva behov och insatser i äldre personers dagliga livsföring. För att få till stånd ett gemensamt språk har ICF prövats, då ett av syftena med ICF är just att skapa det gemensamma språket mellan professioner och verksamheter. Alla som deltog i försöket ansåg att det gemensamma språket är en viktig förutsättning för att kunna följa den enskildes behov och resultat men även för att kunna följa upp verksamheten på olika nivåer.

Att utgå från ICF har medfört att arbetet fortskridit som planerat under försöksperioden. Detta hade inte varit möjligt om arbetet börjat med att verksamheterna på egen hand skulle beskriva eller definiera begreppen och skapa en hierarkisk struktur för att kunna beskriva den enskildes behov. Termerna och begreppen i modellens informationsmängder har accepterats av deltagande kommuner.

Förslag på förändringar av vissa beskrivningar och benämningar i ICF, som kan vara till stor hjälp i kommande revisionsarbete av ICF har tagits till vara. Mappning till Snomed CT pågår, och resultatet pekar på att det kommer att krävas ett betydande utvecklingsarbete för att alla centrala begrepp ska finnas tillgängliga i Snomed CT. Utvecklingsarbetet har även pekat på behovet av någon form av nationell klassifikation av sociala insatser eftersom det saknas entydiga, enhetliga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer för att beskriva insatser.

Modellen möjliggör användning av information för att beskriva behov och insatser på flera nivåer i de olika delarna av processen. Resultaten pekar på en flitig användning av de lägre ICF-nivåerna trots att det fanns skillnader mellan kommuner avseende hur detaljerade besluten uttrycks (från rambeslut till detaljerade beslut). Fördelen med att kunna välja vilken nivå man vill är att det ger en större flexibilitet. Det kan tillgodose olika behov av detaljeringsgrad i både handläggnings- och genomförande-processen.

Möjligheterna att visa olika nivåer och urval av informationsmängder i it-stöden användes inte i försöken, vilket gjorde modellen mindre användarvänlig i försöksverksamheten. En förutsättning för att kunna återanvända informationen för olika syften t.ex. vid informationsöverföring och vid verksamhetsuppföljning på olika nivåer behöver it-stöd anpassas och utvecklas i enlighet med den nationella e-hälsostrategin.

Systematiskt arbetssätt

Det är naturligt att nya arbetssätt upplevs mer krävande, vilket visade sig i början av de praktiska försöken, men det avtog med antalet ärenden som modellen tillämpades på. Majoriteten av deltagarna i försöken upplevde att modellen var ett stöd i arbetet och såg en nytta med dess struktur, t.ex. att det är lätt att hitta och till och med tidsbesparande.

Livsområdena utgör en checklista för att undvika att delar glöms bort i biståndshandläggningen, vilket upplevdes som positivt. Dock upplevde

någon handläggare att formulären med strukturerad dokumentation ibland kunde liknas vid en förhörssituation. Det ligger dock i den professionella rollen att fånga den enskildes behov på ett professionellt sätt genom samtalet.

Det behövs utbildning och vägledning i systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation för att kunna bli trygg och säker i sin professionella roll så att både informationssamtal, utredningssamtal och uppföljningssamtal verkligen blir det goda samtalet.

Insamling av uppgifter

De juridiska förutsättningarna för att nationellt behandla och samla in uppgifter om behov och insatser i enlighet med den utvecklade modellen är inte tillräckliga. Förutsättningarna att samla in och behandla känsliga uppgifter är i dag knutna till beslut om insatser enligt 4 kap. 1 § SoL. Det sker för närvarande för ett tiotal insatser medan möjligheten att samla in och behandla uppgifter om behov inte är prövad och det saknas stöd för uppgifter som avser avslag. Det är därför troligt att det behövs ändrade juridiska förutsättningar för att Socialstyrelsen ska kunna *samla in* och *behandla* uppgifter om såväl behov som utökade uppgifter om insatser enligt den utvecklade modellen.

Slutsatser

Resultatet från utvecklingsarbetet med en nationell modell för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation av äldres behov och insatser utifrån ett nationellt fackspråk visar på lokal och nationell nytta. Modellen som utgår från ICF visar att det går att beskriva behov och insatser på ett enhetligt, entydigt och jämförbart sätt i den individbaserade dokumentationen. Modellen:

- bidrar till att stärka rättsäkerheten
- skapar transparens vilket ger bättre möjlighet till inflytande och insyn för den enskilde
- stöder ett behovsorienterat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i handläggnings- och genomförandeprocessen samt vid individuell uppföljning
- skapar förutsättningar för organisering och resursfördelning utifrån individens behov
- möjliggör verksamhetsuppföljning som är jämförbar på lokal och nationell nivå t.ex. genom utökad personnummerbaserad statistik över äldre personers behov och insatser
- stöder utveckling av evidensbaserad praktik.

Fortsatt utvecklingsarbete och införande

För att möjliggöra tillämpning av modellen och insamling av uppgifter till nationell statistik krävs en fortsatt utveckling av informationsstrukturen i linje med Nationell eHälsa för vård och omsorg.

Fortsatt utveckling

Under 2012 kommer Socialstyrelsen att ta fram ett nationellt program för introduktion och stöd vid införandet av ett behovsorienterat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av den del i modellen som avser att beskriva och bedöma behov [23]. För att införa modellen i kommunerna och hos privata utförare planeras bland annat följande aktiviteter:

- presentera och förankra modellen på konferenser och utbildningar i samarbete med Socialstyrelsens övergripande uppdrag om gemensam informationsstruktur
- ta fram informationsmaterial
- utarbeta material för stöd till implementering
- utveckla och testa handlednings- och utbildningsmaterial och nationellt program för utbildning som stöd till kommuner och privata utförare vid införandet av modellen, liknande det stöd som finns idag för Barns behov i centrum (BBIC)
- rekrytera och utbilda nationella handledare
- genomföra utbildning av lokala processledare
- inleda samarbete med SKL, regionala utvecklingsledare och kunskapsplattformar för att skapa nätverk och långsiktiga utbildningsinsatser.

För att täcka hela processen och den dokumentation som behövs för handläggning, genomförande och uppföljning inom äldreomsorgen kommer modellen att kompletteras [23]. Detta kommer att ske inom ramen för Socialstyrelsens utveckling av gemensam informationsstruktur [24] och omfattar bland annat:

- utveckling och förvaltning av verksamhetsbeskrivning av handläggningsgenomförande- och uppföljningsprocessen för att ta fram en tillämpad informationsstruktur
- utveckling och förvaltning av nationellt fackspråk och de urval som är aktuella för äldreomsorgen
- utveckling och förvaltning av en nationell klassifikation av insatser inom äldreomsorgen och övrig socialtjänst
- utveckling och förvaltning av informationsmallar kopplade till nationellt fackspråk i enlighet med valda standarder, under förutsättning att kommunerna fattar beslut om att använda samma standard som landstingen
- tester och utvärdering av underlag i den fortsatta utvecklingen av gemensam informationsstruktur.

Det behövs även utveckling av den nationella statistiken för att få ökad tillgång till data av god kvalitet för öppna jämförelser och nationell uppföljning av äldreomsorg. Detta omfattar bland annat:

- fortsatt arbete med juridiska förutsättningar för nationell insamling av data och nämndernas uppgiftsskyldighet
- utveckling av uppgifter som ska samlas in som underlag för nationell statistik eller öppna jämförelser.

Därutöver behövs också informationsinsatser till högskolor och universitet som bedriver utbildning inom området samt till FoU-verksamheter som arbetar inom området

Samverkan med andra verksamhetsområden

Modellen kan efter viss anpassning av livsområden och insatser tillämpas inom andra områden, t.ex. för personer under 65 år som på grund av funktionshinder möter betydande svårigheter i sin livsföring, 5 kap. 7 § SoL, samt för personer som tillhör personkretsen för LSS.

Slutligen visar modellen på möjligheten att använda ICF som ett gemensamt språk inom vård och omsorg, då ICF även används inom hälso- och sjukvården i flera kommuner, som komplement till annan terminologi och andra klassifikationer inom det medicinska fackområdet. Planering finns för liknande utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen. Det kommer även att behövas ett nationellt och internationellt utvecklingsarbete av Snomed CT för att täcka behovet av begrepp och termer inom hela socialtjänsten.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Stockholm; 2010.
2. Regeringen. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialdepartementet; 2006.
3. Regeringen. Värdigt liv i äldreomsorgen. Stockholm: Socialdepartementet; 2009.
4. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm; 2011.
5. Socialstyrelsen. Hemtjänst, servicetjänster utan behovsprövning och hushållstjänster. Stockholm; 2007.
6. Socialstyrelsen. Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm; 2006.
7. Socialstyrelsen. Nationell Informationsstruktur - ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Stockholm; 2009.
8. Liss P-E. The significance of the goal of health care for the setting of priorities. Health care analysis 2003;11(2):161-9.
9. Liss P-E. Målsättningar och verklighet - vård och omsorg i kommunal regi. Del 1 Mål och prioriteringar. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2006.
10. Liss P-E. Setting goals in health promotion. A conceptual and ethical platform. Medicine, Health Care and Philosophy 1999;3:169-173.
11. Lindelöf M, Rönnbäck E. Att fördela bistånd. Om handlägningsprocessen inom äldreomsorgen. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2004.
12. Lindelöf M, Rönnbäck E. Biståndshandläggning och handlingsutrymme. Från ansökan till beslut i äldreomsorgen. Studentlitteratur; 2007.
13. Rönnbäck E. Att ta makten och ansvaret för sin utredning. FoU Västernorrland, Kommunförbundet Västernorrland; 2008.
14. Socialstyrelsen. En effektiv socialtjänst – Att fördela resurser och använda dem effektivt. Stockholm; 2009.
15. Socialdepartementet. Uppdrag angående en nationell informationsstruktur och en nationell terminologi- och klassifikationsresurs för hälso- och sjukvården. Stockholm; 2007.
16. Socialstyrelsen. Nationellt fackspråk för vård och omsorg – slutrapport. Stockholm; 2011.
17. Socialstyrelsen. Nationellt fackspråk för vård och omsorg- lägesrapport till Socialdepartementet juni 2010. Stockholm; 2010.
18. Center för eHälsa i samverkan. Beslut om standard för tillämpad informationsstruktur. Stockholm; 2010.

19. Socialstyrelsen. Klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm; 2003.
20. Socialstyrelsen. Metoder och nyckeltal för uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada. Stockholm; 2009.
21. Almborg A-H, Welmer.A.-K. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in social services for elderly in Sweden. Disability & Rehabilitation; under publicering 2011.
22. Socialstyrelsen. Utveckling av gemensam informationsstruktur inom socialtjänsten – Plan för fortsatt arbete och samordning. Stockholm: 2012.
23. Socialstyrelsen. Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen – Plan för utveckling och introduktion. Stockholm: 2012.
24. Graneheim UH, Lundman.B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004;24:105-12.
25. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linkin7g rules: an update based on lessons learned. Journal of Rehabilitation Medicine 2005;37(4):212-218.
26. Socialstyrelsen. God kvalitet i socialtjänsten - om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm; 2008.
27. Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa insatser år 2009. Stockholm; 2010.
28. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2011-11-30 från www.socialstyrelsen.se
29. Socialstyrelsen. Nationell brukarundersökning inom vården och omsorgen om äldre 2008. Stockholm; 2009.
30. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). [20101124].

Bilaga 1 – utveckling av modellen

Testomgång 1

Utveckling av modell för test 1

Insamling av olika typer av källmaterial såsom akter, styrande dokument, officiell statistik samt erfarenheter och synpunkter från verksamhetsföreträdare och sakkunniga bidrog till att ta fram de informationsmängder som används i dag och som behövs för en individbaserad dokumentation i handläggnings- och genomförandeprocessen.

Arbetet började med att totalt 25 akter för biståndshandläggning granskades, från fyra kommuner med spridning avseende storlek och geografi. De avidentifierade akterna analyserades [25] för att identifiera meningsbärande enheter och begrepp. Dessa sammanställdes i en lista under respektive område i handläggningsprocessen: ansökan, aktuellt tillstånd, mål, bedömt behov samt beslutade insatser. De meningsbärande begreppen kodades till ICF-koder enligt etablerade kodningsregler beskrivna av Cieza och medarbetare [26]. Kodningen genomfördes av två personer med kompetens inom både verksamhetsområdet och ICF.

Med resultatet från aktgranskningen [21] som underlag genomfördes ett antal möten med verksamhetsföreträdare och sakkunniga för att analysera de informationsmängder som behövs i handläggnings-, genomförande- och uppföljningsprocessen. Dessutom användes relevant litteratur, t.ex. handbok för dokumentation i socialtjänsten [1] handbok för god kvalitet i socialtjänsten [27], beskrivning av den officiella statistiken [28], material från nationell informationsstruktur och tillämpad informationsstruktur. Tillsammans utgjorde det grunden för att analysera och utveckla informationsinnehållet i den strukturerade dokumentationen samt möjlighet till fritext i processen. Med strukturerad dokumentation menas att det finns olika ord eller ordfraser som följs av färdiga svarsalternativ.

För att beskriva livsområden i ansökan och behovsbedömning används kategorierna och den hierarkiska strukturen i ICF. Kodverk för t.ex. boendeform och mötesform togs fram som stöd för strukturerad dokumentation. Begrepp och termer som användes i dokumentationen anpassades till Socialstyrelsens termbank [29] och beskrivningar utvecklades till de begrepp som inte är självförklarande.

Utifrån det framtagna materialet för informationsinnehåll utvecklades ett webbaserat dokument i försökskommunen för systematisk och strukturerad dokumentation av hela handläggnings- och genomförandeprocessen. Den strukturerade dokumentationen innehöll dels olika svarsalternativ, dels möjlighet till fritext i vissa delar.

Följande informationsinnehåll inom handläggnings- och genomförandeprocessen samt uppföljning av resultat fanns i det webbaserade dokumentet:

Handläggning

Del 1 innehöll grunduppgifter, förhandsbedömning, samtycke, ansökan (den enskildes ursprungliga ansökan, erbjudande om informerande samtal om andra möjliga livsområden och reviderad version av ursprunglig ansökan).

Del 2 innehöll utredning och bedömning dvs. insamling av uppgifter, inflytande och samverkan, utredning av behov, aktuellt tillstånd, avsett tillstånd (= målet), orsaker till problem (kroppsfunktioner, omgivningsfaktorer), övergripande syfte med insatserna (motsvarar målen i socialtjänstlagen) samt bedömt behov av insatser.

Del 3 innehöll kommunikering, beslut, uppföljning och resultat av uppföljning.

Genomförande

Genomförandedelen bestod av beslutets innehåll, upprättande av genomförandeplan, genomförandeplan samt uppföljning av genomförandeplan.

Enkät till den enskilde utvecklades utifrån ett urval av frågorna i den nationella brukarenkäten [30]. Följande område ingick i enkäten: bemötande, inflytande, trygghet, hjälpens eller omvårdnadens omfattning, mat (vid insats inom detta område), social samvaro och aktiviteter, hjälpens utförande, hemtjänsten i sin helhet, avslutande frågor och vem som svarat.

För att registrera livsområden i ansökan och för behovsbedömning (aktuellt tillstånd, avsett tillstånd som bedömt behov) användes ett urval av den hierarkiska strukturen i ICF på 1:a och 2:a nivå. För att dokumentera eventuell begränsning i aktuellt tillstånd och avsett tillstånd (= målet) användes bedömningsfaktorer (0–4) enligt ICF.

Modellen innehöll följande tio livsområden:

1. Lärande och att tillämpa kunskap
2. Allmänna uppgifter och krav
3. Kommunikation
4. Förflyttning
5. Personlig vård
6. Hemliv
7. Mellanmänskliga interaktioner och relationer
8. Viktiga livsområden
9. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
10. Emotioner

För att registrera relaterade faktorer till behov fanns det 12 kroppsfunktioner (exempelvis minnesfunktioner, synfunktioner, rörelserelaterade funktioner) där det fanns möjlighet att notera att det fanns nedsättning. Modellen innehöll även fem omgivningsfaktorer (exempelvis hjälpmedel), där eventuella hinder kunde noteras.

För att notera insatserna användes dels kodning av de lokala insatserna till ovanstående livsområden, dels kodning till nuvarande officiell statistik. Dessutom noterades tidsomfattningen för insatserna.

För att följa upp den enskildes uppfattning om kvaliteten vid uppföljningen användes ett urval av frågor från den nationella brukarundersökningen. Frågorna omfattade: bemötande, inflytande, trygghet, hjälpens eller omvårdnadens omfattning, mat, social samvaro och aktiviteter, hjälpens utförande, hemtjänsten i sin helhet samt avslutande frågor.

Genomförande av test 1

Handläggare, utförare samt ledning för verksamheten informerades vid två tillfällen innan försöket påbörjades. Informationen innehöll bakgrund, syfte och mål med projektet, information om ICF, modellen samt genomförande av försöket. Personalen fick både muntlig och skriftlig instruktion och handledning om försökets olika delar och hur det webbaserade dokumentet skulle användas parallellt med ordinarie dokumentation. Ett avstämningsmöte hölls tillsammans med personalen två veckor efter påbörjad testning av försöket och ytterligare kontakt hölls vid behov. Efter försöket genomfördes ett utvärderingsmöte med personalen. Projektledarna från Socialstyrelsen ansvarade för samtliga möten i test 1.

Det webbaserade dokumentet för både handläggning och genomförande användes för samtliga nya ärenden under perioden en månad hösten 2008. Försöket omfattade endast kontakter som lett till en ansökan.

Följande avgränsning gjordes för de ärenden som skulle ingå i test 1:

- Personer över 65 år som ansökt om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).
- Endast kontakter som lett till ansökan eller där en förhandsbedömning gjorts som lett till att en utredning skulle inledas.
- Ärenden som endast avsåg trygghetslarm och matdistribution skulle inte ingå.
- Biståndshandläggarna respektive utförarna i varje kommun skulle registrera 40 ärenden varav 8–10 ärenden skulle avse särskilt boende.
- Uppföljningsdelen används för alla ärenden som är planerade för uppföljning under motsvarande period.
- ”Nya” ärenden eftersträvades men även pågående ärenden accepterades.
- Om möjligt skulle handläggare och utförare registrera samma ärenden – om inte skulle biståndshandläggarna skicka exempel på registrerade ärenden till utförarna för kännedom.

Totalt testade sju handläggare och två utförare det webbaserade dokumentet.

Utvärdering av test 1

Utvärderingen av test 1 genomfördes genom en utvärderingsenkät och ett utvärderingsseminarium efter det avslutade försöket. Utvärderingsseminariet genomfördes tillsammans med både handläggare och utförare.

Totalt har sju handläggare och en utförare svarat på utvärderingsenkäten som innehöll frågor gällande:

- Grunduppgifter, Sökande, Förhandsbedömning, Samtycke alternativt menprövning, och Ansökan
- Utredning och bedömning
- KommunikERING, Beslut, och Uppföljning
- Genomförande av insatser
- Övergripande frågor för hela formuläret
- Den enskildes uppfattning om kvaliteten
- Övriga synpunkter

Svarsalternativen ”ja i hög grad” och ”ja, delvis” kategoriseras till positivt och ”nej, inte särskilt” och ”nej, inte alls” till negativt. Svarsalternativen ”mycket lätt” och ”ganska lätt” kategoriseras till lätt och ”ganska svårt” och ”mycket svårt ” till negativt. Utvärderingen av testen redovisas för de olika avsnitten i modellen.

Resultatet från enkäten visade att personalen var positiva till att informationen och uppgifterna inklusive svarsalternativen var relevanta i alla delarna i handläggnings- och genomförandeprocessen. Informationsinnehållet behöver dock viss revidering och i de flesta fall rör det sig om en komplettering av informationsinnehållet. Personalen ställde sig även positiva till beskrivningar och termer, ord och ordfraser som användes i det webbaserade dokumentet. Det var lagom avvägt mellan svarsalternativ och fritext.

De flesta svarade att det var svårt att använda bedömningsfaktorerna för aktuellt och avsett tillstånd i del 2 om utredning och bedömning. De flesta tyckte det var lätt att ange det övergripande syftet, enligt socialtjänstlagen, med insatserna. Det var bara hälften av handläggarna som svarade på frågorna om uppföljning, vilket kan bero på att de inte hunnit göra uppföljningar på grund av den korta tiden för genomförande av försöket.

Majoriteten svarar positivt till att informationsinnehållet är meningsfullt i normal ärendehantering, att det ger ett stöd i arbetet och att de har nytta av att uppgifterna och dokumentationen är strukturerad. Personalen svarade att instruktionerna var ett stöd för att använda och fylla i det webbaserade dokumentet.

Vid utvärderingsseminariet framkom att samtliga var positiva till strukturerad dokumentation och till informationsinnehållet. De ansåg att begrepp och benämningar av insatserna behöver utvecklas vidare för att få enhetliga och entydiga begrepp och benämningar. Samtliga var positiva till att använda ICF, men man efterfrågar även lägre nivåer dvs. ytterligare detaljeringsgrad både vid handläggning och vid genomförande. Det framkom att det är svårt att bedöma tidsomfattningen för insatserna.

Slutsatser av test 1

Slutsatserna är följande:

- Informationsinnehållet i modellen var relevant i handläggnings- och genomförandeprocessen inklusive uppföljning av resultat.
- ICF kan användas för att beskriva behoven på ett entydigt och enhetligt sätt.
- Termer, ord och ordfraser och dess beskrivningar accepteras, dock finns behov av att vidareutveckla beskrivningar och benämningar för insatser.
- Modellen behöver vidareutvecklas och modifieras i vissa delar.
- Det behövs ett anpassat och användarvänligt it-stöd för tillämpning av modellen.

Testomgång 2

Utveckling av modell för test 2

Utvecklingen av modellen för test nummer 2 gjordes utifrån utvärderingen av testomgång 1 och utifrån möten med verksamhetsföreträdare från de fyra testkommunerna och två FoU-verksamheter. Modellen avgränsades till att omfatta: ansökan, behovsbedömning, beslutade insatser, planerade och ej genomförda insatser.

Modellen har vidareutvecklats genom en justering av livsområden och komplettering av nivåer i hierarkierna, dvs. ytterligare detaljeringsgrad har infogats. Den innehåller nu nivåer till och med 5:e nivå. ICF-hierarkin har, där verksamhetsföreträdarna ansett att det behövts, kompletterats med den sista nivån.

Vidareutveckling av modellen har skett genom att handläggarna nu tar ställning till bedömt behov inom aktuella livsområden. Utvecklingen av att beskriva och benämna insatser har utgått från ICF och är uppbyggd på liknande sätt som Klassifikationen för vårdåtgärder (KVÅ) [31]. Arbetet har resulterat i ett förslag till klassifikation av sociala insatser inom äldreomsorg. Modellen är uppbyggd efter ICF- strukturen dvs. den motsvarar livsområden och dess hierarkier. Modellen möjliggör även dokumentation av hur ofta och när på dygnet en insats ska utföras.

Modell 2 omfattar följande:

- Ansökan: ursprunglig ansökan och eventuell reviderad ansökan
- Behovsbedömning: aktuellt tillstånd, avsett tillstånd (= målet), bedömt behov
- Övergripande syfte och beslutade insatser
- Planerade och ej genomförda insatser
- Uppskattad tid för beslutade insatser och genomförda/ej genomförda insatser

Följande tio livsområden ingår i modellen för att dokumentera ansökan och behovsbedömningen:

1. Allmänna uppgifter och krav
2. Kommunikation

3. Förflyttning
4. Personlig vård
5. Hemliv
6. Mellanmänskliga interaktioner och relationer
7. Viktiga livsområden
8. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
9. Känsla av trygghet (inte första nivån i ICF)
10. Personligt stöd

Figur 2. Exempel på notering av ansökan och behovsbedömning

ICF	nivå	Livsområden	Ansökan/ Utredning	Aktuellt funktions- tillstånd	Avsett funktions- tillstånd	Bedömt behov
			kryssa	skala 0 - 4	skala 0 - 4	grad A - D
d2	1	Allmänna uppgifter och krav	☐			
	2	Att genomföra daglig rutin	☐			
d3	1	Kommunikation	☐			
	2	Att kommunicera - vara mottagare ex muntliga/skriftliga meddelanden	☐			
	2	Att kommunicera - vara sändare ex att tala, skriva meddelanden	☐			
	2	Att använda kommunikationsutrustning och tekniker ex telefon, dator	☐			

Följande svarsalternativ användes i behovsbedömningen enligt skalan 0–4 för att notera:

Det aktuella och det avsedda tillståndet:

0 = ingen begränsning (0–4 procent)

1 = lätt begränsning (5–24 procent)

2 = måttlig begränsning (25–49 procent)

3 = stor begränsning (50–95 procent)

4 = total begränsning (96–100 procent)

Behovet bedömdes på en skala A till D:

A = inget behov

B = behovet kan tillgodoses på annat sätt

C = behovet kan tillgodoses med stödjande eller tränande insatser enligt SoL

D = behovet kan tillgodoses med kompenserande insatser enligt SoL.

Övergripande syfte för beslutade insatser noterades enligt följande:

1. Leva och bo självständigt under trygga förhållanden
2. Möjliggöra kvarboende i ordinärt boende
3. Ha en aktiv och meningsfull tillvaro
4. Ha gemenskap med andra

Dessa syften motsvaras av målen i socialtjänstlagen (2001:453).

För att notera insatserna (beslutade, planerade och ej genomförda) används förslaget till klassifikation av sociala insatser inom äldreomsorg. Dessutom noteras frekvens, när på dygnet samt uppskattad tid. Hålltiderna var fördefinierade som förmiddag (F cirka kl. 08–13), eftermiddag (E cirka kl. 13–18), kväll (K cirka kl. 18–22) och natt (N cirka kl. 22–08), samt vardag (V) och helg (H). Även uppskattad tidsåtgång för insatserna noterades.

Figur 3. Exempel på notering av insatser

		Insats för:	Frekvens	F	E	K	N	V	H
				kryssa				kryssa	
OS	0.1	PERSONLIG OMVÅRDNAD							
d2	1	Att genomföra allmänna uppgifter och krav							
	2	Att genomföra daglig rutin							
	3	Tillsyn							
d3	1	Kommunikation							

Genomförande av test 2

Upplägget var gemensamt för de fyra kommuner som deltog i testomgången för test 2. Respektive FoU-enhet hade ansvar för att genomföra och sammanställa testomgång 2 i vardera två kommuner. Sammanlagt har fyra träffar hållits med berörd personal i varje deltagande kommun för information, introduktion samt utvärdering av test 2. Vid dessa möten har representanter från både Socialstyrelsen och respektive FoU medverkat. I utvärderingen av test 2 ingick även en utvärderingsenkät till personalen som deltog i testomgången. Utöver de fyra träffarna hölls en workshop med verksamhetsföreträdare från varje deltagande kommuner och FoU-verksamheter, för avstämning av förslag till slutlig modell. Dokumentation av de uppgifter som ingår i modellen har gjorts för hand på papper, vid sidan av det ordinarie arbetet. Totalt deltog 20 handläggare och 14 utförare.

Vissa lokala förutsättningar har påverkat registreringen av ärenden. I en kommun används s.k. rambeslut för serviceinsatser dvs. beslutet anger ett tak för antal timmar per månad som den enskilde kan använda för olika bestämda servicetjänster. Det är sedan den enskilde som bestämmer vilken fördelning av tilldelad tid olika servicetjänster ska ha. Två kommuner fattar särskilt beslut om hemtjänstinsatser i särskilt boende och två kommuner gör det inte. Indelningen i personlig omvårdnad och service ser olika ut i försökskommunerna. Sättet att beräkna och använda tid skiljer sig också åt mellan de fyra kommunerna. Några uttrycker tidsomfattningen även i beslutet om insats till den äldre personen medan andra kommuner uttrycker

tidsomfattning endast för ekonomisk ersättning till olika utförare. Tiden är ofta beräknad utifrån schabloner för olika insatser eller i olika nivåer.

Följande avgränsning gjordes för de ärenden som skulle ingå i test nr 2:

- Personer över 65 år som ansökt om insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).
- Endast kontakter som lett till ansökan eller där en förhandsbedömning gjorts som lett till att en utredning skulle inledas.
- Ärenden som endast avsåg trygghetslarm och matdistribution skulle inte ingå.
- Biståndshandläggarna respektive utförarna i varje kommun skulle registrera 40 ärenden varav 8–10 ärenden skulle avse särskilt boende.
- ”Nya” ärenden eftersträvades men även pågående ärenden accepterades.
- Om möjligt skulle handläggare och utförare registrera samma ärenden – om inte skulle biståndshandläggarna skicka exempel på registrerade ärenden till utförarna för kännedom.

Resultat och utvärdering av test 2

Försökskommunernas (avidentifierade) resultat presenterades var för sig i det underliggande arbetsmaterialet. Denna redovisning är sammanställd av de två FoU-enheterna och bygger på 168 biståndshandläggareärenden och 142 utförareärenden tillsammans med kommentarer som lämnats i utvärderingen, på slutseminarierna eller vid det efterföljande internatet. Utvärderingsenkäten besvarades av 20 biståndshandläggare och 14 utförare.

Synpunkterna på själva deltagandet i test 2 handlade generellt om vissa svårigheter i början. Drygt 40 procent (14 av 34) tyckte att det var svårt att förstå hur formulären skulle fyllas i, vilket till stor del kan förklaras med att det är ansträngande att sätta sig in i termer och beskrivningar. Det tog också tid att lära sig hitta i formulären i början men detta blev lättare för varje ärende som man tillämpade modellen på. Nästan 80 procent (27 av 34) tyckte att instruktionen var ett stöd men det fanns önskemål om att den skulle förenklas.

Andra synpunkter handlade om att livsområdena och insatserna var för detaljerade och tog lång tid att fylla i. Samtidigt upplevdes formulären som genomtänkta och många såg nytta med ett gemensamt språkbruk mellan beställare och utförare, både nationellt och lokalt. De flesta ställde sig bakom termlistans beskrivningar av termer och fraser.

Mer än hälften av biståndshandläggarna ansåg att modellen gav stöd för registreringen av livsområden, övergripande syfte och uppskattad tid samt beslutade insatser. Även bland utförarna tyckte majoriteten att registreringen av planerade och ej genomförda insatser samt uppskattningen av tid underlättades av modellen.

Av alla som besvarade enkäten ansåg 62 procent (21 av 34) att de hade nytta av att informationen var strukturerad på så sätt att det blir lättare att hitta uppgifter, att det underlättar vid uppföljning samt att det sparar tid och synliggör arbetet.

Ansökan och behovsbedömning

Samtliga livsområden enligt ICF användes, på alla nivåer såväl i ansökan som i bedömningen av tillstånd och behov (tabell 1).

Tabell 1. Antal ärenden fördelat på livsområden i ansökan.

Livsområden	Ärenden totalt	
	Antal (av 168)	Procent
Hemliv	155	92 %
Personlig vård	127	76 %
Känsla av trygghet *	103	61 %
Allmänna uppgifter och krav	86	51 %
Förflyttning	86	51 %
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	47	28 %
Mellanmänskliga interaktioner och relationer	37	22 %
Kommunikation	21	13 %
Viktiga livsområden	19	11 %
Personligt stöd	18	11 %

*Känsla av trygghet är på en lägre nivå än nivå 1 i ICF.

Fem av livsområdena användes i mer än hälften av alla ärenden. Vanligast förekommande var *Hemliv*, *Personlig vård* och *Känsla av trygghet*. Till de minst använda hörde *Kommunikation*, *Viktiga livsområden* och *Personligt stöd*.

Både vad gäller aktuellt och avsett tillstånd användes ”stor” och ”total” begränsning oftast. Det bedömda behovet graderades övervägande till att kunna tillgodoses med ”stödjande eller tränande” respektive ”kompenserande” insatser enligt socialtjänstlagen.

Utvärderingen via en enkät visade att 65 procent (13 av 20) av biståndshandläggarna tyckte att modellens struktur för ansökan och behovsbedömning var ett stöd. Alla ansåg att livsområdena i stort sett var relevanta för ansökan, aktuellt och avsett funktionstillstånd. Att använda livsområden för ansökan och utredning uppfattades som lätt av 90 procent (18 av 20). Enligt 85 procent (17 av 20) var det även lätt att använda livsområdena för att beskriva *aktuellt* tillstånd. Att använda skalstegen för att bedöma begränsningen i *aktuellt* tillstånd ansågs enkelt av 70 procent (14 av 20) av biståndshandläggarna.

Det var enligt 85 procent (17 av 20) lätt att använda livsområdena för att beskriva *avsett* tillstånd. Att använda skalstegen för att bedöma begränsningen i *avsett* tillstånd ansåg 65 procent (13 av 20) var lätt. Några upplevde det ibland problematiskt att uppskatta den äldres aktuella och avsedda tillstånd på en skala då hälsotillståndet hos den äldre snabbt kan förändras.

Att använda livsområdena i formuläret för att beskriva hur det bedömda behovet kan tillgodoses ansågs av 90 procent (18 av 20) som lätt. Lika många tyckte att det var lätt att använda svarsalternativen för hur det bedömda behovet kan tillgodoses.

Övergripande syfte med beslutade insatser

Det övergripande syftet med beslutade insatser för totalt 168 ärenden fördelades (fler än ett syfte per ärende kunde markeras) enligt följande:

1. Leva och bo självständigt under trygga förhållanden (154 stycken, 92 procent)
2. Möjliggöra kvarboende i ordinärt boende (127 stycken, 76 procent)
3. Ha en aktiv och meningsfull tillvaro (74 stycken, 44 procent)
4. Ha gemenskap med andra (64 stycken, 38 procent)

Enligt utvärderingen ansåg 55 procent (11 av 20) av biståndshandläggarna att modellen gav stöd för att beskriva övergripande syfte och uppskattad tid. Utvärderingen och diskussionerna vid de efterföljande träffarna visade att svarsalternativen för övergripande syfte med beslutade insatser var relevanta och användbara, och upplevdes som lätta att använda.

Beslutade insatser

På nivå 1 hade flest antal ärenden beslutade insatser inom *Hemliv*, *Personlig vård* och *Att skapa och bibehålla trygghet* (den sistnämnda förklaras nästan uteslutande med trygghetslarm) (tabell 2). De beslutade insatserna har aggregerats till ICF nivå 1 med undantag av *Att skapa och bibehålla trygghet*.

Tabell 2. Antal ärenden med beslutade insatser

Beslutade insatser ICF-nivå 1 Insatser inom:	Ärenden totalt	
	Antal (av 168)	Procent
Hemliv	147	88 %
Personlig vård	126	75 %
Att skapa och bibehålla trygghet*	101	60 %
Att genomföra allmänna uppgifter och krav	70	42 %
Förflyttning	69	41 %
Personligt stöd	44	26 %
Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	33	20 %

*ej ICF-nivå1.

Utvärderingen visade att 65 procent (13 av 20) av biståndshandläggarna tyckte att modellen gav stöd i att registrera beslutade insatser. Biståndshandläggarna ansåg i hög grad att insatsområdena var relevanta för att beskriva beslutade insatser. Däremot ansåg hälften att begreppen som användes för att beskriva när beslutade insatser ska genomföras inte var relevanta. Enligt 80 procent (16 av 20) var det lätt att använda insatsområdena för att beskriva beslutade insatser och lika många tyckte att det var lätt att markera när på dygnet den beslutade insatsen ska genomföras. Däremot framfördes svårigheter med att ange frekvenser, framför allt för toalettbesök och förflyttningar. Ett förslag var att dela upp begreppen för att beskriva när på dygnet insatser ska utföras så att både morgon, lunch och middag kan registreras. Frekvensen ansågs viktig för

biståndshandläggare men inte när på dygnet insatserna ska utföras. Detta är dock viktigt i genomförandet.

Planerade och ej genomförda insatser

I registreringen av planerade insatser användes alla områden på samtliga ICF-nivåer. Fyra insatsområden användes i mer än hälften av fallen och i topp låg *Hemliv, Att skapa och bibehålla trygghet* samt *Personlig vård*.

Enligt utvärderingen tyckte 64 procent (9 av 14) av utförarna att modellen gav stöd för att registrera planerade och ej genomförda insatser. Utvärderingen visade att alla utförare ansåg att insatsområdena var relevanta för att beskriva planerade insatser. Att begreppen var relevanta för att beskriva när den planerade insatsen ska genomföras tyckte 71 procent (10 av 14). Lika många ansåg att det var lätt att använda insatsområdena för att beskriva planerade insatser, och att det var lätt att markera när planerade insatser ska genomföras. Kommentarererna handlade om att ledsagning inte bör delas upp samt att begreppen för att beskriva när på dygnet insatser ska utföras bör indelas i fem pass (förmiddag, lunch, eftermiddag, kväll och natt).

Uppskattad tid

Uppskattad tid för beslutade insatser

Utvärderingen visade att en tredjedel (6 av 20) upplevde det svårt att använda formuläret för att registrera uppskattad tid. Registreringen av uppskattad tid för beslutade insatser var svår att genomföra dels på grund av formulärets utformning, dels för att indelningen i personlig omvårdnad och service ser olika ut mellan försökskommunerna. Dessutom påverkas tidsberäkningen av lokala förutsättningar. Att uppskatta tiden för beslutade insatser ingår inte i försökskommunernas biståndsbeslut i dag. Några synpunkter handlade om att tidsuppskattningen kändes konstig eller gav fel fokus.

Uppskattad tid för planerade och ej genomförda insatser

Utvärderingen visade att 64 procent (9 av 14) av utförarna upplevde att modellen gav stöd för att registrera uppskattad tid för planerade och ej genomförda insatser. Att registrera uppskattad tid för planerade och ej genomförda insatser betraktades som relevant av 86 procent (12 av 14) men i vissa avseenden ansågs detta svårt. Det förklarades dels med formulärets utformning, dels med att insatser kan ta så olika lång tid beroende på dagsformen hos den äldre. Att registrera uppskattad tid för planerade och ej genomförda insatser ansågs svårt inom särskilt boende där man vid planeringen och utförandet av insatser inte använder tidsbegrepp på det sättet. Önskemål framfördes om att kunna registrera uteblivna insatser utan att ange tid.

Synpunkter från workshop

En workshop genomfördes med 18 verksamhetsföreträdare från de fyra deltagande kommunerna i testomgång 2. Synpunkterna på respektive del i modellen redovisas nedan.

När det gäller ansökan framkom följande synpunkter: att strukturen bidrar till att tydliggöra vad ansökan omfattar, att den enskilde själv får möjlighet att uttrycka sig och att dennes ansökan inte förhandlas bort. Det vill säga "tillrättalagda" ansökningar försvinner, vilket bidrar till en ökad rättssäkerhet. Strukturen underlättar dessutom för biståndshandläggarna att hålla sig till saken och det tydliggör deras sociala arbete.

Graderingen för att bedöma aktuellt tillstånd uppskattades positivt av deltagarna i workshopen. De ansåg emellertid att det var enklare att bedöma aktuellt tillstånd än avsett tillstånd. Deltagarna efterlyste en möjlighet att markera eventuella skillnader i uppfattningen mellan biståndshandläggare och den enskilde. Risken för att två biståndshandläggare skulle bedöma samma ärende på olika sätt betraktades som hanterbar. Det påpekades också att tillståndet hos den äldre kan förändras från dag till dag.

Verksamhetsföreträdarna menade att det fanns många fördelar med att sätta mål då det blir tydligt både för den enskilde och för utföraren åt vilket håll man ska arbeta och om insatserna ska vara stödjande, tränande eller kompenserande. Bedömningen av det avsedda tillståndet kan användas i uppföljning och utvärdering av ärenden. Någon menade att det finns en risk för att målen kan upplevas som stressande för den enskilde men framför allt släpar uppföljningar efter på grund av tidsbrist.

Strukturen för att bedöma behovet enligt modellen ansågs bidra till rättssäkerheten. Men framför allt medför den att den äldre får samma information om vilka områden som kan ingå i daglig livsföring och att det blir överskådligt. Deltagarna i workshopen såg strukturen som ett bra verktyg. Möjligheten att registrera på olika nivåer upplevdes av några handläggare medföra en alltför hög detaljeringsgrad samtidigt som det ansågs som värdefullt för utförarna. Någon påpekade risken att framkalla missnöje hos den enskilde om dennes uppfattning om det bedömda behovet inte överensstämmer med handläggarens. Svalternativen för hur det bedömda behovet kan tillgodoses var lätta att använda. Några menade att det var svårt att skilja på stödjande och kompenserande insatser då tanken är att alla insatser så långt det är möjligt ska vara stödjande.

Verksamhetsföreträdarnas uppfattning om beslutade insatser i modellen var att de bidrar till både tydligheten och uppföljningen av verkställighet för den enskilde och för utföraren. Att registrera ej genomförda insatser på detta sätt upplevdes relevant och ganska lätt även om få faktiskt hade gjort det. Önskemål framfördes om att även kunna registrera när endast en del av insatsen inte blivit genomförd samt orsaken till detta. Verksamhetsföreträdarna menade att det är upp till varje kommun att fördela resurserna. Däremot kan det vara meningsfullt att koppla tiden till brukarnas upplevelse av kvalitet och till verkställda beslut. För detta krävs ett system för tidsregistrering som ger jämförbar statistik. Verksamhetsföreträdarna pekade på modellens fördel med att ej genomförda insatser kan kopplas till beslutade insatser vilket bidrar till rättssäkerheten.

Slutsatser test 2

Modellen med systematiskt arbetssätt och strukturerad individbaserad dokumentation med gemensamt fackspråk för både handläggning och genomförande ställer sig försökskommunerna positiva till.

- Arbetssättet säkerställer rättsäkerhet och informationsöverföring mellan handläggare och utförare.
- Både övergripande och detaljerade nivåer har använts för strukturerad dokumentation av behov och insatser samt för uppföljning av alla försökskommuner.
- Den strukturerade dokumentationen med gemensamt språk bidrar till jämförbar data för nationell såväl som lokal nivå.
- Modellen behöver vidareutvecklas och modifieras i vissa delar.
- Det behövs ett anpassat och användarvänligt it-stöd för att kunna tillämpa modellen.

Remiss

För att sprida kunskap om modellen och dess utveckling anordnades under september 2009 ett informationstillfälle centralt i Stockholm. Målgruppen var kommuner, pensionärs- och intresseorganisationer, SKL, Famna, Vårdföretagarna och IT-leverantörer verksamma inom äldreomsorg. Med inbjudan skickades en kortfattad presentation av modellen och en enkät med fem frågor om i vilken grad man kunde acceptera modellen för ansökan, behovsbedömning, beslutade insatser, planerade insatser och genomförda insatser. Samtliga målgrupper var representerade vid informationstillfället. Flera av deltagarna framförde redan på mötet positiva synpunkter och samtyckte till att modellen kan innebära ett nationellt gemensamt språk i vården och omsorgen om äldre personer men också att den möjliggör strukturerad data om viktiga uppgifter som i dag endast finns i fri text.

Inbjudan och enkäten skickades till 84 personer. 42 av dem besvarade enkätfrågorna. Svar på enkätfrågorna kom från fyra pensionärsorganisationer, trettiosex kommuner och två IT-leverantörer. Svar på nejsidan kom från tre kommuner.

Tabell 3. Fördelning av hur de svarande (n=42) accepterade de olika delarna i modeller.

Frågeområde	Ja helt	Delvis ja	Delvis nej	Nej Inte särskilt	Inget svar
Ansökan	25	15	1	0	1
Behovsbedömning	24	16	1	1	0
Beslutade insatser	25	14	2	0	1
Planerade insatser	26	13	2	1	0
Genomförda insatser	25	13	1	1	1

Exempel på kommentarer till frågorna

- bra med en röd tråd för hela processen
- bra att det är internationellt vedertaget
- ansökan och behovsbedömning tydliggörs
- tydlig dokumentation och enhetligt språk gör det enklare för medborgarna
- gemensam nationell struktur ger ökad kvalitet för den äldre oavsett var man bor i landet, bra med fokus på uppföljning, ger underlag för jämförelser
- ger struktur för genomförandet
- bra med bedömningsskala och tydlig målsättning
- tydliggör sociala behov
- bra att hela ledet från handläggare till utförare använder samma begrepp
- för detaljerat uppmanar inte till förenklad ansökningsprocess och handläggning
- risk för subjektiva bedömningar
- svåra och främmande begrepp
- formbundet och mindre möjligheter till individuell hänsyn
- omfattande, tidskrävande
- beskriver inte sociala behov, nätverk och andra aspekter som behövs för helheten

Fortsatt utveckling av modellen

Fortsatt utvecklingsarbete har skett tillsammans med verksamhetsföreträdare och sakkunniga under 2010. Modellen har presenterats och diskuterats på ett antal möten med verksamhetsföreträdare för att komma fram till nuvarande version av modellen – september 2011.

Under 2010 påbörjades även ett samarbetsprojekt tillsammans med SKL för att göra en verksamhetsanalys av socialtjänsten⁸ för att ta fram en process-, begrepps- och informationsmodell samt för att identifiera och analysera de begrepp och termer som används och behövs inom socialtjänsten. Resultatet ska vara ett underlag till Socialstyrelsen för avstämning med nationell informationsstruktur och utveckling av nationellt fackspråk så att det tillgodoser socialtjänstens behov.

Parallellt med verksamhetsanalysen av socialtjänsten har en verksamhetsanalys påbörjats utifrån det genomförda utvecklingsarbetet inom detta projekt. Resultatet ska bli en tillämpad informationsstruktur med användning av nationellt fackspråk. Det inkluderar målbild, process-, arbetsflödes-, begrepps- och informationsmodell samt identifierade begrepp och termer, klassifikationer och kodverk. Informationsmodellen ska vara ett underlag för att ta fram arketyper/informationsmallar. Mallarna ska testas och utvärderas i ett antal kommuner och deras it-stöd för att säkerställa att informationen i modellen kan återanvändas för olika syften. Parallellt med

⁸ Med socialtjänsten avses den verksamhet som omfattas av SoL, LSS; LVM, LVU.

detta arbete planeras informations- och utbildningsmaterial om tillämpning av modellen att tas fram som stöd för införande i kommunerna.

Bilaga 2

Förslag på uppgifter om behov - livsområden

Förslag på livsområden som kan bli aktuella för insamling av uppgifter till nationell statistik.

1. Aktuellt hälsotillstånd rapporteras för de behov som ska tillgodoses med insatser enligt 4 kap. 1 § SoL, se livsområden nedan, uppgifterna samlas in som personnummerbaserad uppgifter.
2. Behov som bedömts att de kan tillgodoses på annat sätt och inte ska tillgodoses med insatser enligt 4 kap. 1 § SoL, dvs. avslag för insatser, samlas in som mängduppgifter.

Livsområden

Lärande och att tillämpa kunskap

1. Att lösa problem
2. Att fatta beslut

Allmänna uppgifter och krav

3. Att genomföra daglig rutin
4. Att hantera stress och andra psykologiska krav

Kommunikation

5. Att kommunicera genom att ta emot talade meddelanden
6. Att kommunicera genom att ta emot skrivna meddelanden
7. Att tala
8. Att skriva meddelanden
9. Att använda kommunikationsutrustningar och tekniker

Förflyttning

10. Att ändra grundläggande kroppsställning
11. Att behålla kroppsställning
12. Att lyfta och bära föremål
13. Handens finmotoriska användning
14. Att gå
15. Att gå i trappa
16. Att röra sig inom hemmet
17. Att röra sig utanför hemmet

Personlig vård

- 18. Att tvätta sig
- 19. Kroppsvård
- 20. Att sköta toalettbehov
- 21. Att klä sig
- 22. Att äta
- 23. Att dricka
- 24. Att sköta sin egen hälsa

Hemliv

- 25. Att skaffa varor och tjänster
- 26. Att bereda måltider
- 27. Att tvätta och torka textilier och kläder
- 28. Att städa upp efter matlagning och diska
- 29. Att städa bostaden
- 30. Att avlägsna avfall
- 31. Att ta hand om hemmets föremål
- 32. Att bistå andra

Mellanmännsliga interaktioner och relationer

- 33. Att skapa och behålla formella relationer
- 34. Att skapa och behålla informella sociala relationer
- 35. Att skapa och behålla familjerelationer

Viktiga livsområden

- 36. Grundläggande ekonomiska transaktioner

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

- 37. Samhällsgemenskap
- 38. Rekreation och fritid
- 39. Religion och andlighet

Psykiska funktioner

- 40. Känsla av trygghet

Personligt stöd

- 41. Personligt stöd av närfamilj

-
- 42. Annat behov, ange alltid i fritext vad den används för

Bilaga 3

Förslag på uppgifter om insatser

Förslag på insatser, se nedan, som kan bli aktuella för insamling av uppgifter till nationell statistik.

1. Beviljade insatser enligt 4 kap. 1 § SoL, samlas in som personnummerbaserade uppgifter.
2. Servicetjänster som efterfrågas av personer 67 år och äldre och som tillhandahålls enligt lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter samlas in som mängduppgifter.

Insatser

Insatserna är i en hierarkisk struktur. Den övergripande nivån är hemtjänst – personlig omvårdnad, hemtjänst – service och andra insatser. Dessa delas in i två andra nivåer.

Hemtjänst – personlig omvårdnad

1. Insats för att genomföra allmänna uppgifter och krav
Insats för att genomföra dagliga rutiner
2. Insats för att kommunicera
3. Insats inom förflyttning
Insats för att ändra kroppsställning
Insats för att röra sig inom hemmet
4. Insats för personlig vård
Insats för att tvätta sig
Insats för att sköta kroppsvård
Insats för att sköta toalettbehov
Insats för att klä sig
Insats för att äta och dricka
Insats för att sköta egen hälsa
Ledsagning för att sköta kroppsvård och egen hälsa t.ex.
besöka läkare, tandläkare, hårvård, fotvård
5. Insats för relationer
6. Insats för samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv
Kontaktperson för samhällsgemenskap och socialt liv
Ledsagning för att ta del av samhällsgemenskap och socialt liv
t.ex. promenader, kultur, hobbies, föreningsliv m.m.
7. Insats för att skapa trygghet
Trygghetsringning
Trygghetslarm

Hemtjänst – service

8. Insats inom hemliv

Insats för att skaffa varor och tjänster
Ledsagning för att skaffa varor och tjänster
Insats för att bereda måltider
Matdistribution
Insats för att tvätta och torka kläder m.m.
Insats för att städa upp efter matlagning och diska
Insats för att städa bostaden
Insats för att avlägsna avfall
Insats för att ta hand om hemmets föremål

Andra insatser

1. Hemtjänst *avlösning*. Avser avlösning av närstående (anhörigvårdare). Kompletteras med uppgifter från insatslistan för hemtjänst – omvårdnad och hemtjänst – service.
2. Korttidsboende *avlösning*. Avser avlösning av närstående (anhörigvårdare).
3. Dagverksamhet *avlösning*. Avser avlösning av närstående (anhörigvårdare).
4. Dagverksamhet
5. Särskilt boende *permanent*. Kompletteras med uppgifter från insatslistan för hemtjänst– omvårdnad och hemtjänst – service.
6. Särskilt boende *korttid*. Kan kompletteras med uppgifter från insatslistan för hemtjänst– omvårdnad och hemtjänst – service
7. Annat bistånd ...? Ange alltid i fritext vad annat bistånd används för.