

Den äldres röst

– Instrument med nationellt fackspråk för
Behov Av Stöd (BAS)

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.

ISBN 978-91-7555-018-3

Artikelnr 2013-1-11

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2013

Förord

Regeringen har uppmärksammat att många kommuner använder olika arbetssätt liksom olika bedömningsinstrument i utredningar av äldre personers behov av omsorg. Tillsynsrapporter har också visat att äldre personer inte får delta i planeringen av sina insatser i tillräcklig omfattning. Som en följd av bland annat detta har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla ett nationellt instrument för behovsbedömning i äldreomsorgen (S2010/2665ST). Uppdraget är ett av flera som genererats ur propositionen om ett värdigt liv i äldreomsorgen. Uppdraget gavs den 25 mars 2010 och redovisas till Regeringskansliet senast den 20 februari 2013.

Uppdraget har genomförts på avdelningen för kunskapsstyrning, enheten för kunskapsutveckling, där en projektgrupp bestått av representanter från Socialstyrelsens samtliga avdelningar samt Eva Rönnbäck, FoU Väster-norrland. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra intresse-organisationer har följt uppdraget, bland annat genom diskussioner på Dialogmöten som arrangerats av enheten för öppna jämförelser vid Socialstyrelsen.

Rapporten beskriver utvecklingsarbetet med frågeformuläret (instrumentet) BAS (Behov Av Stöd). Formuläret, med tillhörande manual, kan användas av biståndshandläggare vid utredningar av äldre personers behov av omsorg. BAS utgör en del av den faktainsamling som bör göras vid en behovsbedömning.

Ett tack för värdefulla synpunkter riktas till det vetenskapliga rådet Bo Ekehammar vid Stockholms universitet, biståndshandläggare i Örebro kommun, Gittan Ekvall på Malmö FoU-enhet samt till Eva Rönnbäck, som även deltagit i den aktgranskning som gjorts.

Ett särskilt tack riktas till chefer och biståndshandläggare i kommunerna Boxholm, Enköping, Malmö (SDF Limhamn/Bunkeflo), Sollefteå, Västerås, Ydre och Åtvidaberg för hjälp med datainsamling. Dessa personer har varit med om att testa formuläret och ge värdefulla synpunkter.

Rapporten har författats av Elizabeth Åhsberg. Eva Rönnbäck har som sakkunnig bidragit med textavsnitt till inledningen.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	6
<i>English summary</i>	7
<i>Inledning</i>	8
Begreppet behov är inte entydigt	9
Lagstiftningen anger övergripande mål	10
Att utreda en ansökan om äldreomsorg	11
Dokumentationen visar en insatsstyrd snarare än en behovsstyrd verksamhet	12
Socialstyrelsen utvecklar ett nationellt fackspråk	12
Instrument har olika syften	13
<i>Metod</i>	15
Konstruktion av ett preliminärt formulär	15
Vetenskaplig prövning	17
<i>Resultat</i>	21
Reliabilitet	21
Validitet	21
Fungerar instrumentet i praktiken?	22
Slutlig version av BAS	24
<i>Diskussion</i>	26
Metoddiskussion	26
Slutsats	27
<i>Referenser</i>	29
<i>Bilaga 1</i>	32
<i>Bilaga 2</i>	34
<i>Bilaga 3</i>	36
<i>Bilaga 4</i>	38
<i>Bilaga 5</i>	40
<i>Bilaga 6</i>	41
<i>Bilaga 7</i>	42

Sammanfattning

Utvecklandet av instrumentet BAS för behovsbedömning i äldreomsorgen har genomförts i två steg. Först konstruerades ett preliminärt formulär med ICF-termer (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, WHO), där urvalet av frågor främst styrdes av resultatet i ett tidigare uppdrag där biståndshandläggare beskrivit vilka områden som är särskilt relevanta för äldreomsorgen [1]. Därefter testades formuläret (Behov av stöd, BAS) vetenskapligt med avseende på reliabilitet, validitet och användbarhet. Sammantaget deltog 45 biståndshandläggare och 255 äldre personer från 7 kommuner i testningarna. Utvecklingsarbetet visade att:

- de frågor som BAS innehåller är tillräckligt entydiga för att kunna fungera bra i det sammanhang som de är utvecklade för
- frågorna mäter i tillräckligt hög grad olika aspekter av en äldre persons behov av omsorg
- både äldre personer och biståndshandläggare ansåg överlag att frågorna var användbara för sitt syfte
- fler aktivitetsområden har dokumenterats när BAS har använts i utredningar.

BAS är ett frågeformulär för en halvstrukturerad intervju, där frågor med fasta svarsalternativ följs av en möjlighet att beskriva den äldres aktuella situation mer detaljerat i fri text. Formuläret består av nio övergripande frågor som handlar om aktivitetsområden i daglig livsföring. Om den äldre anser sig ha svårigheter i något av dessa avseenden, kan följdfrågor ställas för varje område. Därefter följer några övriga frågor, varav två om bostaden respektive personligt stöd, och fyra om hur den äldre känt sig under den senaste tiden. För varje område där den äldre säger sig ha svårigheter ska handläggaren fråga om den äldre vill ha hjälp eller stöd.

BAS kan användas av biståndshandläggare i samtal med personer som ansöker om äldreomsorg, eller vid uppföljning av redan beslutade omsorgsinsatser. Att använda BAS är en del av den faktainsamling som bör göras vid en behovsbedömning och formuläret kan användas vid alla ärenden där handläggaren bedömer det lämpligt. Om den äldre är intresserad av att få en utredning av olika aspekter av sin livsföring, så är BAS i sin helhet lämpligt att använda. Formuläret bör användas där utredningsarbetet vanligtvis sker, exempelvis vid hembesök eller på socialkontoret.

Syftet med BAS är att handläggaren ska få en nyanserad bild av *den äldres egen uppfattning* om sin situation och sitt behov av hjälp och stöd i den dagliga livsföringen. Tillsammans med annan relevant information ger uppgifterna ett underlag för beslut om insatser enligt socialtjänstlagen. Vid en behovsbedömning av personer som har nedsatt beslutskapacitet kan närstående personers uppgifter ha särskilt stor betydelse.

English summary

The National Board of Health and Welfare has developed an instrument for assessment of need of social care among elderly, as commissioned by the Swedish government. The development process consisted of two stages. First, a preliminary questionnaire was constructed, including ICF-items (International Classification of Functioning, disability and health, from the World Health Organization) determined by experienced social welfare workers as being particularly relevant for elder care. Second, the questionnaire (in Swedish BAS = Behov Av Stöd, corresponds to Need Of Care) was scientifically tested for reliability, validity and usefulness. In total, 45 social workers and 255 older persons from 7 municipalities participated in the tests. The tests indicated that:

- the questions in BAS are sufficiently unambiguous to serve well in the context in which they were tested (inter-rater-reliability)
- the questions measure to a sufficient extent different aspects of an older person's need of social care (criteria validity)
- the majority of both older persons and social workers considered the questions in BAS to be useful
- more aspects of everyday life were documented when BAS was used in an assessment of need, as compared to when no instrument was used.

BAS is a questionnaire designed to be used in a semi-structured interview, where questions with fixed response alternatives are followed by a possibility to note details in comment fields regarding the older person's situation. The questionnaire consists of nine general questions about difficulties in everyday life. If the older person report difficulties in any of these areas, supplementary questions can be asked. Additional questions address home and personal support respectively (two questions) and how the person has been feeling lately (four questions).

BAS can be used by social workers when talking to people applying for elderly care, or when current care is followed-up. The questionnaire can be used in all cases where the social worker finds it suitable. The use of BAS contributes to the investigation that should be conducted during the assessment of need of care. The whole questionnaire is appropriate to use when the older person is interested in discussing several aspects of everyday life. The questionnaire should be used in the settings where such assessments usually are made, for example an old person's home or a social services office.

The purpose of BAS is to get a nuanced and more detailed impression of *the old person's opinion* of her/his situation and the need of social care. When combined with other relevant information, the information in BAS provides a basis for decisions regarding social care, as according to the social services act. When assessing need of care for persons with declined cognitive capacity, information from relatives may be of particular importance.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i mars 2010 uppdraget att ”utveckla ett nationellt instrument för behovsbedömning” (S2010/2665ST, Dnr 1247/2010). Uppdraget är ett av flera som generats ur propositionen om ett Värdigt liv i äldreomsorgen (prop. 2009/10:116).

Instrumentet förväntas kunna bidra till att personer som ansöker om äldreomsorg ska få en så likvärdig och allsidig bedömning som möjligt, oavsett var i landet de befinner sig. En likvärdig bedömning är ytterst ett led i regeringens ambition om att erbjuda en äldreomsorg som verkar för ett värdigt liv samt en känsla av välbefinnande för den enskilde. Instrumentet förväntas också bidra till utvecklingen av statistiska uppgifter om äldres behov av äldreomsorg. Med hjälp av en enhetlig terminologi är avsikten att sådana uppgifter ska kunna sammanställas på lokal, regional och nationell nivå. En enhetlig terminologi är också viktig vid samverkan mellan professioner och huvudmän samt i handläggarens kontakt med både den som söker bistånd och dennes anhöriga.

Projektet har som föreskrivits samordnats med två andra regeringsuppdrag, Öppna jämförelser för vård och omsorg (Dnr 962/2007) och Nationellt fackspråk för vård och omsorg (Dnr 00-6163/2007). I dessa uppdrag har ett samarbete bedrivits, i form av projektet Behov och insatser inom äldreomsorgen med nationellt fackspråk (Dnr 27400/2012). Dessutom har det tidigare uppdraget om Förstärkt tillsynsuppdrag av äldreomsorgen och det pågående uppdraget om Nationell tillsyn av vård och omsorg (Dnr 10233/2009) beaktats.

Uppdraget att utveckla ett nationellt instrument för behovsbedömning föreskrev att instrumentet ska vara grundat på ”bästa möjliga kunskap”. Det centrala i projektet var därför att konstruera ett preliminärt frågeformulär, som sedan kunde prövas vetenskapligt med avseende på följande:

1. Reliabilitet, dvs.: Hur tillförlitliga är frågorna i det preliminära formuläret?
2. Validitet, dvs.: I vilken mån mäter instrumentet den äldres behov av hjälp i den dagliga livsföringen?
3. Användbarhet, dvs.:
 - a. Vad anser de äldre respektive handläggarna om formuläret?
 - b. I vilken mån främjar formuläret en helhetssyn i bedömningen av den äldres behov?

Avgränsning

Begreppet instrument definieras här som frågeformulär, vilket ska kunna användas av biståndshandläggare.

Uppdraget föreskrev också att den nationella värdegrunden skulle återspeglas i instrumentet. Värdegrunden innebär bland annat att kommunerna ska främja äldre personers självbestämmande och delaktighet i

vården och omsorgen. Som en följd av bland annat detta innehåller formuläret främst frågor om hur den äldre själv uppfattar sin situation.

Svaren på frågorna i formuläret kan utgöra ett av flera beslutsunderlag och ger därmed inte enskilt ett svar på vilket beslut om äldreomsorg som ska fattas i ett ärende. Kompletterande uppgifter, om till exempel familjeförhållanden, bostadens utformning, eventuella sjukdomar och hjälpmedel, service i närområdet samt information från andra (t.ex. närstående eller sjukvårdspersonal) är oftast nödvändiga [2]. Även handläggarens egna intryck från samtalet med den äldre och med eventuella närstående är en viktig del i utredningen.

Begreppet behov är inte entydigt

Begreppet behov kan definieras på flera olika sätt, beroende på vilket sammanhang som avses. Exempelvis har von Wright formulerat en allmän definition på individnivå som lyder: "En varelse behöver sådant, som det är illa för den att undvara" [3]. Men att bestämma vad som är illa är samtidigt att värdera något, vilket innebär att definitionen blir vag och gör tolkningarna svåra. Ett vagt begrepp ger också stora möjligheter till olika tolkningar. En central svårighet är att begreppen behov och efterfrågan är snarlika men inte identiska. En missbrukare kan till exempel uppleva ett behov av narkotika, medan en person med faktisk C-vitaminbrist kanske inte känner ett behov av C-vitaminrik mat. Trots detta, sammanfattar författaren, behöver vi i *stort sett* det vi efterfrågar och vi frågar efter det vi behöver. Men hur kan man veta vad en människa behöver? Författaren menar att det som en människa verkligen behöver är det som är väsentligt för just hans eller hennes livsföring. Den faktiska livsföringen kan betraktas utifrån, men värderingen av livssituationen kan bara den enskilde göra själv. Vad som värderas som väsentligt påverkas bland annat av de samhällsförhållanden som råder, vilket innebär att upplevda behov kan förändras med den historiska utvecklingen.

En annan definition [4] är en fyrfaldig uppdelning av begreppet, i: (1) normativa behov, där en önskvärd standard bestäms och där den enskildes situation kan jämföras mot normen. Normen kan ändras över tid, till exempel på grund av ändrade samhällsförhållanden eller värderingar. Normativa behov kan sägas beskriva den kommunala skyldigheten att bistå den enskilde att uppnå en skälig levnadsnivå, (2) upplevda behov, dvs. vad den enskilde känner sig behöva, (3) uttryckta behov, dvs. vad som efterfrågas och (4) komparativa behov, dvs. där grupper som liknar varandra i vissa avseenden jämförs.

Mer specifika definitioner rör sjukvård och funktionsnedsättningar. Att förstå behov av sjukvård har beskrivits som att: (a) det aktuella tillståndet ska fastställas, (b) ett mål för vården behöver uttalas och (c) att behovet av vård kan fastställas, om det är en skillnad mellan det aktuella tillståndet och det önskade målet [5].

Men funktionsnedsättningar, de må vara fysiska eller mentala, är inte absoluta utan skapas i samspel med omgivningen. Det innebär att personer med liknande funktionsnedsättning kan ha olika behov av hjälp [6, 7]. Äldre personers behov, och vilka av dessa behov som är viktigast att tillgodose, har också diskuterats särskilt [6]. Vissa behov bör ses som basala och

nödvändiga att tillgodose för alla som är beroende av vård och omsorg från andra personer, såsom behov av att få mat, kläder, bostad och viss sjukvård. Dessa behov är främst aktuella bland de allra äldsta (över 80 år). Andra behov är svårare att definiera på gruppnivå, eftersom gruppen äldre är heterogen.

Lagstiftningen anger övergripande mål

Utgångspunkten för den hjälp som äldre får är socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och dess bestämmelser. SoL är en målinriktad ramlag som omfattar både de skyldigheter som socialnämnden har och den enskildes rättigheter. Lagen är en ramlag vilket innebär att den är inriktad mot vad man vill uppnå. Hur och på vilket sätt målen nås, överlämnas i princip till varje kommun och socialnämnd att bestämma. De övergripande målen är dock lika över hela landet och de återfinns i lagens inledande kapitel.

Socialtjänstens mål enligt 1 kap. 1 § SoL:

”Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet
- jämlikhet i levnadsvillkor
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.” Vidare framgår av 2 kap. 1 § SoL att kommunerna ”har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver”.

Eftersom lagstiftningen är målrational och innebär det att socialtjänstlagens mål ska vara styrande för såväl biståndshandläggningen som för genomförandet av insatserna [8]. Som nämnts ovan har kommunerna också ett uttalat ansvar för att enskilda ska få det stöd och den hjälp de behöver, men det offentliga åtagandet kan inte vara obegränsat. Denna motsättning kan leda svåra överväganden eftersom det inte är självklart vilka behov som berättigar till offentlig vård och omsorg [6, 9]. Andra regler som rör handläggning av ärenden i äldreomsorgen finns i förvaltningslagen (1986:223), FL.

I 5 kap. 4 § SoL om kommunens skyldigheter specifikt när det gäller äldre personer står det att: ”Socialnämnden skall 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.” Den 1 januari 2011 trädde dessutom två nya bestämmelser i kraft kring kommunens skyldigheter. I ovan nämnda kapitel och paragraf infördes en bestämmelse om en nationell värdegrund för äldreomsorgen och i 5 kap. 5 § SoL infördes en bestämmelse om att omsorgen ska inriktas på att de äldre ska få leva ett *värdigt liv* och känna *välbefinnande* [10, 11].

Bestämmelserna innebär i korthet bland annat att äldreomsorgen bör värna och respektera vars och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet,

självbestämmande, delaktighet och individanpassning (prop. 2009/10:116). Verksamheten bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande. Den äldres rätt till delaktighet under utredning och i samband med beslut är reglerat, bl.a. i 3 kap. 5 § SoL och 17 § FL. Därför är det naturligt att uppgifter i en utredning i första hand lämnas av den enskilde, oavsett om den äldre överskattar eller underskattar sin förmåga att klara vardagen.

Att utreda en ansökan om äldreomsorg

I 4 kap. 1 § SoL regleras den enskildes rätt till bistånd. Alla, oavsett ålder, bakgrund och behov, har rätt att ansöka om hjälp för sin försörjning eller livsföring i övrigt. Begreppet "livsföring i övrigt" omfattar bl.a. de insatser som ges i hemmet (hemtjänst) och insatsen "särskilt boende" (prop.1996/97:124, Ändring i socialtjänstlagen). Rätt till bistånd har den som har ett behov som inte kan tillgodoses på annat sätt och om biståndet behövs för att tillförsäkra personen en skälig levnadsnivå. Detta utgör grunderna för bistånds-prövningen och handlägningsprocessen. När en enskild person ansöker om bistånd är det socialnämndens skyldighet att starta en utredning (11 kap. 1 § SoL). Vanligen delegeras denna skyldighet till biståndshandläggare.

Utredningen börjar alltså med en ansökan. Enligt socialtjänstlagen finns inga begränsningar för vad den enskilde kan ansöka om och aktualiseringen kan ske på tre sätt: genom en ansökan från den enskilde, genom att andra anmäler ett hjälpbehov eller på annat sätt [2].

Nästa steg är själva utredningen. Biståndsutredningen kan sägas omfatta två huvudfaser: insamling av information (kartläggning) och bedömning av den insamlade informationen. I insamlingsfasen handlar det om att samla in nödvändiga uppgifter kring behov och resurser, medan bedömningen handlar om att värdera och analysera det insamlade i relation till lagstiftning och bästa tillgängliga kunskap om hur behoven bäst kan tillgodoses.

Hur omfattande kartläggningen behöver vara beror på vad ansökan gäller och på hur komplex frågan är. Det går inte att säga generellt vad en utredning ska innehålla, utan det måste avgöras från fall till fall. I huvudsak handlar det om att samla in uppgifter om och av den hjälpsökande, dennes livssituation och resurser hos både individen och i omgivningen. Även om uppgifterna i första hand ska lämnas av den hjälpsökande själv, kan uppgifter behöva hämtas från andra, såsom närstående och andra professionella. Detta gäller särskilt vid nedsatt beslutskapacitet hos den äldre. Det är viktigt att det tydligt framgår i utredningen vilka som lämnat uppgifter och vem som säger vad.

I den andra fasen i utredningen – bedömningen – analyserar och värderar handläggaren de uppgifter som samlats in med avseende på två huvudfrågor: Kan behoven ingå i skälig levnadsnivå? På vilket sätt kan behoven tillgodoses? I bedömningen ska allt som kommit fram i kartläggningen analyseras utifrån en kunskap om hur man bäst kan nå de mål/tillgodose de behov som den äldre själv uttrycker, i relation till gällande lag.

Bedömningen är kanske den del i handläggningsprocessen som ställer mest krav på biståndshandläggaren och det är därför viktigt att ha ett bra underlag inför beslutsfattandet. Lokala riktlinjer och rättspraxis kan vara ett stöd för handläggaren när det gäller skälig levnadsnivå. Men det är viktigt att komma ihåg att lokala riktlinjer i sig inte har digniteten av en rättskälla och kan t.ex. inte inskränka den enskildes rättigheter enligt 4 kap. 1 § SoL. För att kunna göra en trovärdig och professionell bedömning är det framförallt viktigt att ha kunskaper, bland annat om olika behovsteorier och om vad som gynnar hälsa och välbefinnande.

Utredningen avslutas med ett beslut som bl.a. beskriver vilka insatser den enskilde har beviljats respektive inte beviljats.

Dokumentationen visar en insatsstyrd snarare än en behovsstyrd verksamhet

Det finns relativt lite forskning kring hur äldres behov dokumenteras i såväl utredningar som i praktiskt arbete. De studier som finns visar dock att alla behov inte uppmärksammas av biståndshandläggaren vid behovsbedömningen. De behovsområden som får mindre uppmärksamhet är företrädesvis sociala, psykiska och existentiella behov [12-15]. I en studie där funktionell förmåga och hälsoproblem studerats, visas att varken hälsoproblem eller sociala behov uppmärksammas tillräckligt i utredningar om behov av äldreomsorg [16].

Flera studier som granskat dokumentationen har även beskrivit äldreomsorgen som en insatsstyrd verksamhet [12, 17, 18]. I en insats- eller utbudsstyrd verksamhet blir det centrala att skapa omsorgsmottagare som passar in i den redan befintliga organisationen. De befintliga insatserna styr de frågor som handläggaren ställer i samtalet med den äldre. Det kan få till följd att de behov som inte passar in i det befintliga utbudet negligeras. Detta förklarar kanske också varför fysiska och medicinska behov lättare synliggörs än sociala, psykiska och existentiella behov (enligt stycket ovan). Det finns alltså skäl att stödja handläggarna i att synliggöra de äldres behov för att nå en behovsstyrd verksamhet i likhet med lagstiftningens intentioner.

Socialstyrelsen utvecklar ett nationellt fackspråk

För att på sikt underlätta kommunikationen mellan formulärets olika användare grundar sig frågorna på ICF, en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utan koppling till specifika sjukdomstillstånd. Klassifikationen är professionsneutral och kan användas av personal både i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten [19].

Ett nationellt fackspråk utvecklas för närvarande och består av klassifikationer, SnomedCT och Socialstyrelsens termbank [17, 20]. Syftet med det nationella fackspråket är bland annat att definiera begrepp som beskriver hälsa och hälsorelaterade tillstånd på ett entydigt sätt. Därmed blir det möjligt att göra jämförelser mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid. ICF utgår från individens perspektiv och skapar förutsättningar för en helhetsbeskrivning av en enskild persons livssituation. Vissa av de

ICF-termer som finns i BAS har förklarats på ett sätt som ligger nära det språk som de praktiskt yrkesverksamma använder.

Instrument har olika syften

Diskussioner har förts om för- och nackdelar med att biståndshandläggare använder bedömningsinstrument (t.ex. [21]). Det finns en inbyggd motsättning i att sträva efter att göra allsidiga och systematiska bedömningar, samtidigt som den enskildes integritet ska beaktas genom att bara det som är relevant i det enskilda fallet ska utredas. Bland de fördelar som instrument kan ge nämns att:

- de kan minska olikheter i bedömning genom en mer mångsidig och systematisk bedömning, oberoende av handläggare
- de kan ge tydlig information som kan sammanställas till statistik på olika nivåer.

Bland de nackdelar som en felaktig användning av instrument kan innebära nämns att:

- de kan öka risken för att det unika och komplexa i en persons situation inte fångas
- de kan ge information som är abstrakt och lösgjord från sitt sammanhang.

En genomgång har gjorts över de instrument som används för att förstå vilken hjälp en äldre person kan behöva av den kommunala äldreomsorgen i Sverige [22]. Grovt kan några av de mest etablerade instrumenten beskrivas som att de försöker mäta olika funktioner (t.ex. kognitiv förmåga [23, 24]), förmåga att klara ett vardagsliv [25, 26], välbefinnande (t.ex. depression [27], livskvalitet [28]) eller aggressivitet [29]. Det finns också mer omfattande instrument som försöker fånga all information som kan vara nödvändig för en god vård och omsorg [30, 31], enklare frågeformulär för självskattad hälsa (t.ex. [32]), liksom instrument för läkemedelsrelaterade symtom [33]. Vissa instrument ger relevant information vid en behovsbedömning, medan andra kan indikera att ytterligare undersökningar behövs [22]. Det gäller till exempel vid utredning av misstänkt depression [27], liksom vid bedömningar av förmågan att klara ett vardagsliv [25]. Flera av de ovan nämnda instrumenten har utvecklats i andra länder och sedan översatts till svenska.

Det finns även andra exempel på så kallade instrument som används i vissa svenska kommuner. I den longitudinella studien ”The Swedish National Study on Aging and Care” (SNAC), exempelvis, har sedan år 2001 en mängd data samlats in för att beskriva äldres livssituation och vård- och omsorgssystemets funktion i förhållande till de äldres behov [34]. Ur detta material har några centrala frågor för behovsbedömning extraherats, nämligen de frågor som främst visat sig styra vilket beslut om omsorg som handläggare i Stockholm fattat [35]. Ett dokumentationssystem har skapats, där handläggare besvarar dessa centrala frågor och ett antal övriga frågor. Med hjälp av så kallade viktade svar genererar systemet automatiskt ett

förslag på det antal timmar hjälp som kan beviljas i det enskilda ärendet [36]. Ett annat exempel är ett kartläggningsinstrument där den aktuella situationen i 16 olika livsområden beskrivs i fri text, vilket används bland annat i Västernorrlands län [37] och i Södertälje (14 livsområden) [38]. Ett tredje exempel är ett instrument (Care Optimizer) för mätning av vårdbehov och resursanvändning på särskilda boenden, med 19 frågor om allmän, medicinsk och kognitiv omvårdnad, vilket används av bland andra kommuner i Skåne [39].

Några av de ovan nämnda instrumenten kan användas vid självskattningar för att fånga vad den enskilde personen själv tycker, men flertalet används av olika yrkesgrupper som intervjuar eller observerar enskilda personer.

Metod

Innan datainsamlingen startade ansökte Socialstyrelsen om etisk prövning hos den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Studien godkändes i april 2011 (Dnr 2011/396-31/5).

Konstruktion av ett preliminärt formulär

Först konstruerades ett preliminärt frågeformulär där variabler och svars-skala utgick från ICF:s termer om framförallt *Aktivitet och delaktighet* (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa [40]). ICF är en del av det nationella fackspråk som för närvarande utvecklas på Socialstyrelsen.

Till den första versionen av formuläret valdes 35 termer som beskriver vardagliga handlingar. Dessa var detaljerade klassifikationer i nio olika aktivitetsområden. Utöver dessa termer inkluderades två uttryck om upplevd trygghet och säkerhet. Dessa 37 termer var ett urval av termer vilka hade beskrivits som särskilt relevanta för äldreomsorgen i ett tidigare regeringsuppdrag (*Behov och insatser inom äldreomsorgen med nationellt fackspråk*, Dnr. 7270/2009), där 45 biståndshandläggare granskat akter, gjort jämförelser med aktiviteter som finns i ICF [19] samt övervägt vad socialtjänstlagen säger om kommunernas skyldigheter.

De nio aktivitetsområden som identifierats som särskilt relevanta för äldres behov av omsorg var [1, 20]:

1. *Lärande och att tillämpa kunskap* – Området beskrivs i ICF som lärande, tillämpning av kunskap som är inlärd, tänkande, problemlösning och beslutsfattande. Området handlar här främst om problemlösning och beslutsfattande. Det kan t.ex. vara att se till att något som gått sönder blir lagat eller att slänga matvaror som blivit dåliga.
2. *Allmänna uppgifter och krav* – Området beskrivs i ICF som förmågan att genomföra enstaka eller mångfaldiga uppgifter, organisera arbetsgång och hantera stress. Området handlar här främst om att kunna planera, hantera och fullfölja vad den dagliga livsföringen kräver. Det kan t.ex. vara att äta regelbundet, följa en medicinsk ordination eller passa en avtalad tid.
3. *Kommunikation* – Området beskrivs i ICF som kommunikation genom tecken, språk och symboler. Det innefattar att ta emot och förmedla budskap, att genomföra samtal och att använda olika kommunikationsmetoder. Området handlar här främst om att kunna göra sig förstådd eller att ta emot information. Det kan t.ex. vara att kunna höra och förstå tal, se och förstå text, kunna göra sig förstådd på svenska och att använda telefon, larm eller dator.
4. *Förflyttning* – Området beskrivs i ICF som förmågan att kunna ändra kroppsställning, förflytta sig från en plats till en annan, att bära, flytta eller hantera föremål, gå, springa eller klättra och att använda olika

former av transportmedel. Området handlar här främst om att kunna röra sig. Det kan t.ex. vara att resa sig ur en stol eller säng, plocka upp en penna, ta sig mellan olika våningar, ut på balkong eller fram längs gator i grannskapet.

5. *Personlig vård* – Området beskrivs i ICF som egen personlig vård, att tvätta och torka sig själv, ta hand om sin kropp och kroppsdelar, klä sig, äta och dricka samt sköta sin egen hälsa. Området handlar här t.ex. om att kunna tvätta sig, klippa naglar, kamma hår, borsta tänder, att äta varierat eller följa hälsoråd ¹.
6. *Hemliv* – Området beskrivs i ICF som husliga och dagliga sysslor och uppgifter. Det innefattar att skaffa bostad, mat, kläder och andra förnödenheter, hålla rent, reparera och ta hand om personliga och andra hushållsföremål samt att hjälpa andra. Området handlar här främst om att kunna laga mat, handla, uträtta ärenden eller annat hushållsarbete. Det kan t.ex. vara att laga och servera mat, samla ihop och kasta sopor, laga kläder, underhålla hjälpmedel, ta hand om växter eller djur.
7. *Mellanmänniskliga interaktioner och relationer* – Området beskrivs i ICF som handlingar och uppgifter som behövs för interaktioner med människor på ett i sammanhanget lämpligt sätt. Området handlar här främst om att kunna ha kontakter med andra personer i privata eller formella sammanhang. Det kan t.ex. vara kontakter med familj/släktingar, vänner/grannar eller myndigheter/organisationer som Försäkringskassa, vårdcentral, frisör eller fotvård.
8. *Viktiga livsområden* – Området beskrivs i ICF som förmågan att engagera sig och utföra sådana handlingar som krävs vid utbildning, arbete, anställning och ekonomiska transaktioner. Området handlar här främst om ekonomiska transaktioner. Det kan t ex vara att kunna betala räkningar eller hantera pengar vid inköp.
9. *Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv* – området beskrivs i ICF som de handlingar som krävs för att engagera sig i organiserat socialt liv utanför familjen. Området handlar här t.ex. om att delta i föreningsliv, utöva ett intresse, besöka kyrkan (synagogan, moskén) eller gravplats, eller att kunna rösta vid allmänna val.

Från början var tanken att skattningar skulle göras för hur både den äldre personen själv, närstående och personal upplevde den äldre personens begränsning i olika avseenden. Det preliminära formuläret som konstruerades prövades först i en mindre förstudie av fyra biståndshandläggare, på fyra ärenden. Synpunkter på det preliminära formuläret erhöles också av två andra erfarna biståndshandläggare. Efter hänsyn till handläggarnas synpunkter och projektgruppens kommentarer reviderades formuläret. I den reviderade versionen skulle skattningar göras enbart av *den äldre personen, som skulle ange hur han/hon själv upplevde sina eventuella begränsningar*, med utrymme för kommentarer från biståndshandläggaren. En preliminär

¹ Biståndshandläggaren kan även ha en roll när det gäller de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, t.ex. utfärda tandvårdsintyg (Proposition 1997/98:112, Reformerat tandvårdsstöd).

manual konstruerades också med hjälp av de förklaringar som ges i den svenska versionen av ICF [19].

Vetenskaplig prövning

De enskilda frågorna i formuläret prövades i tre steg. Prövningarna syftade till att testa hur reliabla och valida frågorna är samt hur användbart formuläret är.

Steg 1. Reliabiliteten (här överensstämmelse mellan bedömare, s.k. inter-bedömarreliabilitet) prövades genom att 41 handläggare använde formuläret parvis i 151 ärenden när behov av äldreomsorg utreddes. Eftersom det var önskvärt att få både ett så generellt instrument som möjligt och ett tillräckligt underlag för statistiska beräkningar [41], uppsattes målet att samla in data från cirka 150 ärenden med dubbla bedömningar (50 ärenden bedömdes av handläggare på 3 typer av orter).

Steg 2. Validiteten prövades genom att 23 handläggare använde en reviderad version av formuläret i 100 ärenden samt svarade på frågor om hur de själva bedömde den äldres behov av stöd för varje typ av aktivitet. Överensstämmelsen beräknades mellan den äldre och handläggaren, dvs. den äldres egen uppfattning om sitt behov av hjälp/stöd jämfördes med handläggarens sammanvägda bedömning av om hjälp/stöd behövdes (kriterievaliditet). Cirka 100 ärenden bedömdes vara tillräckligt för denna prövning [42].

Dessutom analyserades skattningar (302 per variabel) från reliabilitetsprövningen med hjälp av faktoranalys för att få ett mått på begreppslik validitet (dvs. vilka termer som statistiskt sett tillhör vilka övergripande aktivitetsområden i ICF).

Steg 3. Användbarheten i frågeformuläret prövades genom att handläggarna svarade på frågor efter avslutade datainsamlingar (bilaga 4). Totalt sett kommenterade också 201 äldre personer frågorna efter avslutat samtal. Dessutom granskades 40 akter där utredningarna genomförts med hjälp av formuläret och 40 akter där utredningarna genomförts utan formuläret, för att undersöka om formuläret bidragit till en ökad helhetssyn. Akterna jämfördes parvis (ett par från varje handläggare) med avseende på antalet aktivitetsområden som beskrivits.

Deltagare

Eftersom syftet var att utveckla ett instrument för nationellt bruk var det önskvärt att få en geografisk och befolkningsmässig spridning på *kommunerna* i den vetenskapliga prövningen av det preliminära formuläret. I ett strategiskt urval tillfrågades därför tre typer av kommuner. Dessa var storstad (> 200 000 invånare), större stad (50 000 – 200 000 invånare) och glesbygd (tätortsgrad under 70 % samt <8 invånare per km²) [43, 44]. De deltagande kommunerna var Malmö, stadsdelen Limhamn/Bunkeflo (storstad), Västerås (större stad) samt Sollefteå och Ydre (glesbygd). Då Ydre bara hade en biståndshandläggare för äldre valde kommunen att samarbeta med de närliggande kommunerna Åtvidaberg och Boxholm (samtliga kommuner har mindre än 12 000 invånare). I pilotstudien, då det

preliminära formuläret togs fram, deltog även Enköping (kommun i tätbefolkad region).

Kontakt med kommunerna erhöles dels med hjälp av tre FoU-enheter (FoU Västernorrland, FoU-enheten vid Regionförbundet i Uppsala län samt FoU Malmö), dels genom att två kommuner själva kontaktade Socialstyrelsen.

I den första datainsamlingen deltog totalt 41 biståndshandläggare. Samtliga var kvinnor, med i genomsnitt sju års yrkeserfarenhet (från ca 1 månad till 30 år). I den andra datainsamlingen deltog 23 av dessa biståndshandläggare, vilka i genomsnitt hade åtta års yrkeserfarenhet (från ca 1 månad till 22 år).

I den första datainsamlingen deltog 151 äldre personer (99 kvinnor och 52 män), med en medelålder på cirka 84 år (58–97 år), som ansökt om bistånd eller varit föremål för uppföljning av beslutade insatser. I den andra datainsamlingen deltog 100 personer (70 kvinnor och 30 män), med en medelålder på cirka 82 år (56–99 år).

Vid initiala telefonkontakter avböjde fyra äldre personer att medverka på grund av orkeslöshet, sjukdom eller dålig hörsel. Två personer avböjde på grund av rädsla. De var rädda för att släppa in biståndshandläggare eftersom media rapporterat om bedrägeri med falska biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. Detta gällde enbart den första datainsamlingen, då handläggarna arbetade parvis. I dessa sex fall genomfördes utredningen på sedvanligt sätt, utan att inkluderas i studien.

Datainsamling

Steg 1. Efter inledande kontakter med berörda chefer arrangerades informerande möten i respektive kommun. Där presenterades uppdraget och de lokala förutsättningarna diskuterades. En kontaktperson för respektive kommun valdes och biståndshandläggarna informerades både muntligt och skriftligt om proceduren (bilaga 1).

Handläggarna fick samtyckesblanketter (bilaga 2), numrerade pappersformulär och svarskuvert. De handläggare som deltog arbetade i par och gjorde varsin oberoende bedömning av samma ansökan med hjälp av det preliminära formuläret. Den handläggare som ansvarade för det aktuella ärendet förde samtalet med den äldre, medan den andra handläggaren hade en observatörsroll. De ifyllda formulären skickades till Socialstyrelsen för datainmatning och sammanställning.

De äldre personerna rekryterades löpande bland de personer som ansökte om äldreomsorg eller som följdes upp under september till december 2011. Undantag gjordes för personer som enbart ansökt om trygghetslarm eller måltidsdistribution, samt för dem som var föremål för samordnad vårdplanering på sjukhus. De sökande äldre personerna informerades först muntligt om studien och tillfrågades därefter om de ville delta i studien. De som ville delta fick skriftlig information på den samtyckesblankett som de fick underteckna.

Kontaktpersonerna i varje kommun bidrog till att datainsamlingen förflöpte som planerat under perioden augusti–november 2011. I samband med att datainsamlingarna startat hölls möten på varje ort för att ge handläggarna tillfälle att ställa frågor. Efter avslutad datainsamling hölls

ytterligare ett möte per ort, för att både diskutera handläggarnas erfarenheter och informera om nästa datainsamling.

Steg 2. Inför den andra datainsamlingen informerades handläggarna muntligt på respektive ort. Handläggarna erhöll nya samtyckesblanketter (bilaga 3), numrerade pappersformulär och svarskuvert. De handläggare som deltog arbetade nu enskilt, enligt ordinarie rutin men med formuläret som stöd i samtalet. Arbetet pågick under perioden januari–april 2012. De ifyllda formulären skickades till Socialstyrelsen för analys.

De äldre personerna rekryterades även här löpande bland de personer som ansökte om äldreomsorg eller följdes upp under januari till april 2012. Undantag gjordes för personer som var föremål för samordnad vårdplanering på sjukhus och för dem som hade en demensdiagnos. De sökande äldre personerna informerades först muntligt om studien och tillfrågades därefter om de ville delta i studien. Om de ville delta fick de skriftlig information på den samtyckesblankett som de sedan skulle underteckna.

Efter avslutad datainsamling hölls ytterligare ett möte per ort för att diskutera handläggarnas erfarenheter.

Vid båda datainsamlingarna frågade handläggarna i samtliga ärenden dessutom om den äldre personen hade några synpunkter på frågorna efter avslutat samtal.

Steg 3. Den tredje datainsamlingen bestod av två delar. Först svarade handläggarna vid två tillfällen (efter de båda tidigare datainsamlingarna) på åtta frågor om hur det var att använda formuläret (bilaga 4).

Därefter granskades 40 utredningar som gjorts med hjälp av BAS och 40 som gjorts utan BAS, för att se om fler typer av aktiviteter beskrivits i utredningen när BAS använts. Akterna lämnades parvis av handläggarna. Den ena akten innehöll en utredning som handläggaren gjort med hjälp av en preliminär version av BAS och den andra innehöll en utredning av motsvarande komplexitetsgrad, som var gjord utan stöd av formulär innan projektet startade. Handläggarna avidentifierade och kopierade utredningarna och skickade dessa till Socialstyrelsen.

Slutligen hölls ett avslutande möte i Stockholm för samtliga deltagare.

Bearbetning av data

Reliabilitetsmått erhöles genom beräkningar av överensstämmelsen mellan handläggarnas respektive skattningar på den femgradiga skalan, grundat på parvisa jämförelser (interbedömarreliabilitet via intraklasskorrelationer, ICC). Beräkningar gjordes på hela materialet och per kommun.

Validitetsmått erhöles genom beräkningar av överensstämmelsen mellan den äldre svar (ja/nej) på frågan om hon/han behövde stöd och handläggarens bedömning om den äldre behövde stöd (kriterievaliditet via procentuell överensstämmelse grundat på parvisa jämförelser). Handläggarens bedömning (som här betraktades som ett kriterium för behov av äldreomsorg) gjordes med hänsyn även till eventuell annan information samt till handläggarens egna iakttagelser vid mötet med den äldre och eventuella närstående. Dessutom gjordes beräkningar av om övergripande aktivitetsområden kunde urskiljas i data från reliabilitetsprövningen (begreppsvaliditet via explorativ faktoranalys, oblik med varimaxrotation).

Handläggarnas svar på frågorna om formulärets användbarhet sammanställdes dels med beskrivande statistik, dels genom kategorisering av öppna svar. De äldres svar sammanställdes genom kategorisering av öppna svar, där två personer oberoende av varandra sorterade svaren som negativa, neutrala eller positiva.

Data från granskningen av akter redovisas beskrivande. En jämförelse gjordes mellan antalet aktivitetsområden och vilka aktivitetsområden som dokumenteras i utredningar med formulär respektive utan formulär. Granskningen genomfördes i två steg. Först bedömde två personer, oberoende av varandra, samtliga akter med hjälp av en granskningsmall (bilaga 5). Svaren (ja/nej om ett visst ICF-område fanns beskrivet i utredningen) jämfördes och där granskarna gjorde olika initiala tolkningar resonerade dessa om innehållet i utredningen. I samtliga fall blev den slutliga tolkningen lika. Därefter genomfördes ytterligare en granskning, men nu av en tredje person som inte fick veta vilken utredning som var gjord med respektive utan formulär. Överensstämmelsen med den första granskningen var 86 procent (113 av 800 variabler [10 variabler x 80 akter] bedömdes olika). I resultatet redovisas den tredje granskningen per ICF-område.

Skillnader mellan kommuner beräknades med hjälp av χ^2 efter validitetsprövningen och aktgranskningen. De resultat som redovisas är signifikanta på $p < 0.05$.

Resultat

Sammantaget (inklusive pilotstudien) deltog 45 biståndshandläggare och 255 äldre personer från 7 kommuner i detta utvecklingsarbete. Av biståndshandläggarna deltog 23 personer vid både den första och den andra datainsamlingen.

Reliabilitet

Graden av överensstämmelse *mellan parvisa handläggare* om hur de uppfattat de äldres svar på de 37 frågorna i den preliminära versionen av formuläret varierade mellan .60 och .88 per variabel (bilaga 6). Ett korrelationsmått på 0 innebär att inga skattningar var lika, medan 1.0 innebär att alla skattningar var lika. Även om överensstämmelsen var olika hög för olika frågor visar resultatet att tillförlitligheten i statistiska termer överlag är tillräckligt god [45]. Det innebär att frågorna kan bedömas vara tillräckligt entydiga för att handläggare ska uppfatta dem likvärdigt.

Två termer som hade låga korrelationskoefficienter och som uppfattades som svåra att särskilja från andra termer av en majoritet av handläggarna, uteslöts i nästa version av formuläret (*Känsla av säkerhet* och *Att bibehålla grundläggande kroppsställning*). Dessutom efterlystes två områden (mat och depression) som viktiga för äldreomsorgen. Som en följd av det kompletterades formuläret med två frågor (*Känsla av nedstämdhet* respektive *Aptitlöshet*).

För att undersöka om det fanns någon skillnad mellan kommunerna beräknades även sambandet mellan parvisa handläggare per kommun. Överensstämmelsen var god (dvs. statistiskt signifikanta korrelationer) för alla frågor och alla kommuner, med undantag för två kommuner i en fråga (*Att ta emot talade meddelanden*) och en kommun i fyra frågor (*Att använda kommunikationsutrustning*, *Att skapa och behålla familjerelationer*, *Att engagera sig i rekreation och fritid* samt *Att genomföra daglig rutin*).

Validitet

Graden av överensstämmelse mellan *den äldres svar* på frågan om hon/han tyckte sig behöva stöd och *handläggarens sammanvägda bedömning* om den äldre behövde stöd varierade mellan 72 och 93 procent per aktivitetsområde (tabell 1). Det visar att de äldre och handläggarna var överens om när det fanns ett behov av stöd eller hjälp i en klar majoritet av ärendena. Detta kan tolkas som att frågorna i tillräckligt hög grad mäter den äldres behov av omsorg.

De ärenden där parterna inte var överens granskades närmare. Oftast handlade det om ärenden där handläggaren tyckte att det fanns ett behov av hjälp, trots att den äldre inte ville ha hjälp. Men även det omvända förekom,

dvs. att den äldre personen ville ha hjälp medan handläggaren bedömde att det inte fanns något hjälpbehov (tabell 1).

För att undersöka om det fanns någon skillnad mellan kommunerna jämfördes överensstämmelsen per aktivitetsområde och kommun. Ingen skillnad kunde påvisas (χ^2), med ett undantag. I en kommun hade fler äldre och handläggare olika uppfattningar om behov av hjälp i området *Kommunikation* (7 av 30 ärenden), jämfört med andra kommuner.

Tabell 1. Överensstämmelse mellan äldre - handläggare om behov av stöd i vardagliga aktiviteter; antal ärenden (n=100).

Aktivitetsområde enligt ICF	Lika uppfattning	Olika uppfattning	
		Äldre ja/ Handl nej	Äldre nej/ Handl ja
Lärande och tillämpa kunskap	93	3	4
Allmänna uppgifter och krav	91	4	5
Kommunikation	89	4	7
Förflyttning	72	10	18
Personlig vård	91	1	8
Hemliv	83	2	15
Mellanmänskliga interaktioner/relationer	94	1	5
Viktiga livsområden	85	0	15
Samhällsgemenskap, socialt/medborgerligt liv	82	1	17
Övrigt			
Otrygghet	84	4	12
Nedstämdhet	86	2	12
Aptitlöshet	90	2	8

Ytterligare mått på validitet erhöles genom en faktoranalys med data från den första datainsamlingen. Sju faktorer extraherades, med faktorladdningar $>.5$. Flera av de 37 variablerna laddade i flera faktorer och endast aktiviteten *Samhällsgemenskap* bildade en egen faktor. De övriga aktiviteterna korrelerade i olika utsträckning. Resultatet tyder på att de olika aktivitetsområden som kategoriseras i ICF inte är renodlade utan överlappande, där en specifik aktivitet kan tillhöra flera områden. Ett exempel är att en person har svårt att förflytta sig så har hon/han även svårt att klara sitt hemliv.

Sammantaget visar resultatet att frågorna i tillräcklig grad fångade den äldres uppfattning om sitt behov av stöd eller hjälp. Däremot är inte de olika typerna av aktiviteter renodlade utan samvarierar i olika utsträckning.

Fungerar instrumentet i praktiken?

Vad tyckte äldre och handläggare?

De *äldre* personer som beskrev hur de upplevde frågorna var överlag neutrala eller positivt inställda till frågorna och beskrev dem som bra, lätta att svara på eller relevanta (163 av 201 personer). Av dessa 163 personer såg 4 personer både för- och nackdelar, medan 83 enbart hade positiva kommentarer. De tyckte bland annat att färdiga frågor kan göra det lättare att uttrycka sig och att de fick hjälp att tänka till om hur de egentligen har det. 38 personer var mer negativa. Dessa tyckte bland annat att det var för

många frågor, att några frågor kändes närgångna och att det inte var lätt att gradera de svårigheter de hade.

Utöver muntliga diskussioner efter de båda datainsamlingarna besvarade *biståndshandläggarna* också åtta frågor om hur de uppfattade användbarheten i formuläret. Svaren efter den andra datainsamlingen visar bland annat att flertalet handläggare tyckte att formuläret var användbart och innehöll relevanta frågor, men också att det fanns frågor som kändes svåra att ställa (tabell 2).

Tabell 2. Biståndshandläggares uppfattningar om formuläret efter den andra datainsamlingen; antalet svar (n=19). Fråga 1 och 2 har sammanslagna svarsalternativ, där Ja=Ja, i hög grad/Ja, delvis och Nej=Nej, inte särskilt/Nej, inte alls.

Fråga	Ja	Nej
1.Tycker du att formuläret är användbart för att bedöma behov av äldreomsorg?	17	2
2.Tycker du att frågorna i formuläret är relevanta för det du anser vara viktigt att bedöma i ett ärende?	17	2
3.Saknar du någon fråga?	9	9
4.Tycker du att någon fråga kan tas bort?	6	12
5.Tycker du att någon eller några frågor känns svåra att ställa?	10	8
6.Tycker du att formuläret har en bra ordningsföljd på frågorna?	15	2

Tiden för att gå igenom formuläret med en enskild sökande varierade mellan 10 minuter och knappt två timmar, beroende på ärendets art. Flera uppgav att samtalet med den äldre tog längre tid när formuläret användes första gången, när de själva var ovana.

Sammantaget framgick att handläggarna såg både för- och nackdelar med att använda frågeformuläret, jämfört med att handlägga ett ärende på vanligt sätt. Nackdelar var främst att:

- det kändes besvärligt att använda en svarsskala för att bedöma graden av svårighet
- vissa frågor saknades (främst om hälsa)
- vissa frågor var svåra att ställa (främst om religion, relationer och beslutsfattande)
- samtalet blev stelt och språket i formuläret kändes inte naturligt
- information kan komma fram där handläggaren inte vet hur uppgifterna kan användas.

Fördelar var främst att:

- fåordiga personer kan förmås att uttrycka sig med hjälp av formuläret
- frågorna kan hjälpa den sökande att tänka över sin situation
- frågorna täcker ett större område av den sökandes livssituation
- frågorna ger struktur till utredningen

- genom frågorna kan det bli tydligare vilka den äldres svårigheter är i ”gränsfall”.

Svaren från både äldre och handläggare gav underlag till revideringar av formulärets utformning.

Blir dokumentationen mer nyanserad om BAS används?

I aktgranskningen studerades främst vilka aktivitetsområden som dokumenterats i utredningar om behov av äldreomsorg. De utredningar som gjorts med hjälp av formuläret BAS jämfördes parvis med motsvarande utredningar som gjorts utan formuläret.

Överlag framgick att fler typer av aktiviteter var dokumenterade när BAS använts. Framförallt dokumenterades aktiviteterna *Viktiga livsområden* (här enbart ekonomiska transaktioner) och *Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv* i fler utredningar när formuläret användes (tabell 3).

För att undersöka om det fanns någon skillnad mellan kommunerna jämfördes antalet akter med dokumentation per aktivitetsområde och kommun. Ingen skillnad kunde påvisas mellan kommunerna, förutom för områdena *Förflyttning* och *Kommunikation* som dokumenterats oftare i en kommun när BAS använts.

Tabell 3. Antal utredningar om behov av äldreomsorg där olika typer av aktiviteter dokumenterats.

Aktivitetsområde enligt ICF	Utan	Med	Skillnad
	formulär (n=40)	BAS (n=40)	
Lärande och tillämpa kunskap	0	7	7
Allmänna uppgifter och krav	11	15	4
Kommunikation	17	21	4
Förflyttning	32	39	7
Personlig vård	33	37	4
Hemliv	37	40	3
Mellanmänskliga interaktioner/relationer	38	40	2
Viktiga livsområden	7	18	11
Samhällsgemenskap, socialt/medborgerligt liv	17	33	16

Slutlig version av BAS

Efter avslutade prövningar reviderades formuläret och en manual skrevs (se www.socialstyrelsen.se). Revideringen var huvudsakligen redaktionell och samtliga frågor som testats i validitetsprövningen kvarstod. Den slutliga versionen av BAS kan beskrivas som ett frågeformulär för en halv-strukturerad intervju, där frågor med fasta svarsalternativ följs av en möjlighet att beskriva den äldres aktuella situation mer detaljerat i fri text. Formuläret består av nio övergripande frågor som handlar om aktivitetsområden i daglig livsföring. Om den äldre anser sig ha svårigheter i något av dessa avseenden, kan följdfrågor ställas för varje område. Om den äldre inte anser sig ha någon svårighet, eller om den äldre eller handläggaren anser att om-

rådet inte är relevant för ärendet, då markerar handläggaren svarsalternativet ”Ej känt/relevant och går vidare till nästa område. Därefter följer några övriga frågor, varav två om bostaden respektive personligt stöd, och fyra om hur den äldre känt sig under den senaste tiden. För varje område där den äldre säger sig ha svårigheter ska handläggaren fråga om den äldre vill ha hjälp eller stöd.

BAS kan användas av biståndshandläggare i samtal med personer som ansöker om äldreomsorg eller vid uppföljning av redan beslutade omsorgsinsatser. Att använda BAS är en del av den faktainsamling som bör göras vid en behovsbedömning och formuläret kan användas i alla ärenden där handläggaren bedömer det lämpligt. Om den äldre är intresserad av att få en utredning av olika aspekter av sin livsföring, så är BAS i sin helhet lämpligt att använda. Formuläret bör användas där utredningsarbetet vanligtvis sker, exempelvis vid hembesök eller på socialkontoret. Syftet med BAS är att handläggaren ska få en nyanserad bild av *den äldres egen uppfattning* om sin situation och sitt behov av hjälp och stöd i den dagliga livsföringen. Tillsammans med annan relevant information bidrar uppgifterna till ett underlag för beslut om insatser enligt socialtjänstlagen. Vid en behovsbedömning för personer som har nedsatt beslutskapacitet har närstående personers uppgifter särskilt stor betydelse.

Diskussion

Uppdraget att utveckla ett nationellt instrument för behovsbedömning har genererat formuläret BAS (Behov Av Stöd). Utvecklingsarbetet har visat att:

- de frågor som BAS innehåller är tillräckligt entydiga för att kunna fungera bra i det sammanhang som de är utvecklade för
- frågorna mäter i tillräckligt hög grad olika aspekter av en äldre persons behov av omsorg
- såväl äldre personer som biståndshandläggare ansåg överlag att frågorna var användbara för sitt syfte
- fler aktivitetsområden har dokumenterats när BAS använts i utredningar.

Även om BAS innehåller frågor om aktiviteter i den dagliga livsföringen, så kan ett samtal där alla frågor ställs beröra många olika aspekter av en persons situation. Både fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter kan beröras om den äldre vill det. De olika ICF-områdena är överlappande, men fysiska funktionsförmågor kan bland annat präglade svaren inom ICF-områdena *Förflyttning*, *Personlig vård*, *Hemliv* och *Kommunikation*. Psykiska funktioner är dels de kognitiva funktioner som bland annat kan präglade svaren i områdena *Lärande och att tillämpa kunskap*, *Allmänna uppgifter och krav* och *Viktiga livsområden*, dels emotionella aspekter som bland annat kan beröras i de frågor som handlar om upplevelser av *otrygghet*, *nedstämdhet* och *aptitlöshet*. Sociala omständigheter kan bland annat präglade svaren inom området *Mellanmänniskliga interaktioner och relationer*, men även existentiella frågor (t.ex. att kunna delta i ceremonier) kan beröras inom detta ICF-område.

Ett frågeformulär kan inte ensamt svara för att socialtjänstlagens intentioner uppfylls. Däremot kan det bidra till mer systematiska utredningar, vilket i bästa fall kan främja äldres rätt till jämlika levnadsvillkor och en individanpassad omsorg. Till skillnad från andra instrument syftar BAS till att fånga den äldres egen uppfattning om sina behov av äldreomsorg, i ett flertal olika avseenden. Det är också anpassat till det nationella fackspråket för vård och omsorg.

Metoddiskussion

Reliabilitet kan testas på flera sätt. Här valdes interbedömarreliabilitet, dvs. samtidig skattning av två handläggare för att försöka fånga hur lika de olika handläggarna uppfattade den äldres svar på varje fråga.

Validitet är mer svårfångat. Här valdes respektive handläggares sammanvägda bedömning av den äldres behov som ett kriterium att relatera den

äldres uppfattning till. Skälet var att handläggaren är den som fattar beslut om äldreomsorg, vilket gör detta kriterium betydelsefullt i praktiken.

Datainsamlingarna genomfördes under fyra månader på hösten och fyra månader på våren. De genomfördes också på geografiskt skilda orter i landet och i olika kommuntyper. Detta bör ha gett en viss spridning i arten av ärenden, i den mån ärenden kan variera med säsong och typ av kommun. Beräkningarna av skillnader mellan kommuner visade på ett fåtal skillnader i enstaka frågor och områden, vilket dock kan förväntas när upprepade statistiska analyser görs (masssignifikansproblemet). Att personer i olika delar av landet varit delaktiga i utvecklingsarbetet, och att inga stora skillnader mellan kommunerna kunnat påvisas, talar för att BAS bör kunna användas nationellt.

Begränsningar

Konstruktionen av det preliminära formuläret styrdes av att det skulle vara anpassat till det nationella fackspråket för vård- och omsorgspersonal. ICF-termerna upplevdes i prövningarna överlag som svårtolkade och en introduktion är därför nödvändig för att en användare ska kunna förstå termernas innebörd. Eftersom fackspråket är under utveckling finns det en risk för att termerna kan komma att revideras. Samtidigt är det en styrka att frågorna i BAS utgår från den internationella terminologi som kan komma att användas i den svenska vårdens och omsorgens dokumentation.

Handläggarna fick själva göra urvalet av utredningar till aktgranskningen. Urvalet kunde ha gjorts mer riktat för att få en så stor spridning som möjligt av olika typer av ärenden. Trots detta erhöles både ”enkla” (t.ex. ansökan om enbart trygghetslarm) och mer omfattande (t.ex. ansökan om särskilt boende) utredningar.

I utvecklingsarbetet har formuläret inte testats på personer med demenssjukdom eller med misstänkt kognitiv svikt. En behovsbedömning för personer som har nedsatt beslutskapacitet ställer andra krav på utredningen och närstående personers uppgifter kan i sådana fall ha särskilt stor betydelse. Närståendes uppgifter noteras inte särskilt i BAS, annat än som eventuella kommentarer i fri text. Däremot kan givetvis samma frågor besvaras av närstående, så länge det framgår i utredningen vem som lämnat vilka uppgifter.

Det finns inte någon enskild fråga om ensamhet i formuläret, men det finns en fråga om trygghet i eller utanför hemmet. I den mån den äldre vill kan man i samtalet även beröra känslan av ensamhet.

Slutsats

BAS utgår från termer i det nationella fackspråket för vård och omsorg. Det innebär att det är nödvändigt med viss introduktion innan en biståndshandläggare använder formuläret första gången i ett ordinarie utredningsarbete. Men det är framförallt nödvändigt att handläggaren läser igenom alla frågor i formuläret samt läser manualen, innan formuläret används. Dessutom är det bra för handläggaren att öva genom att ställa frågorna till någon annan person.

BAS kan utgöra en central del i den grundläggande dokumentationen genom att den äldres röst uppmärksammas. Men uppgifterna som tas fram genom BAS är likväl endast en del av handläggarnas beslutsunderlag. En biståndshandläggares sammanvägda och professionella bedömning ska grundas även på annan information, både om den äldres allmänna livsvillkor och närståendes uppgifter.

Det är frivilligt för kommunerna att använda BAS och socialnämnden kan på en övergripande nivå fatta beslut om BAS ska introduceras i kommunen. Biståndshandläggarna avgör därefter för varje ärende om BAS kan vara ett stöd i utredningen. När formuläret används kan BAS:

- bidra till att den äldres uppfattning om sina behov av stöd och hjälp uppmärksammas och därmed främja en ökad delaktighet
- vara ett stöd för handläggaren i utredningsarbetet och främja ett systematiskt arbetssätt, där även sociala och psykiska aspekter kan beaktas
- bidra till mer likvärdiga utredningar av omsorgsbehov
- ge underlag för statistiska uppgifter om hur äldre personer beskriver sina behov av hjälp och stöd, som kan ligga till grund för t ex verksamhetsutveckling.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre 2007 - 2009. Slutrapport från ett treårigt regeringsuppdrag. Stockholm; 2010. Nr.: 2010-1-6.
2. Socialstyrelsen. Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Nr.: 2008-101-1.
3. Von Wright, G. Om behov. I: Klockars K, Österman B, red. Begrepp om hälsa Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och välfärd. Stockholm: Liber utbildning; 1995. p. 43-59.
4. Bradshaw, J. The concept of social need. I: Fitzgerald M, Halmos P, Zeldin D, red. Welfare in action. London: The Open University Press; 1977. p. 33-6.
5. Liss, P. Health care need. Meaning and measurement [Doktorsavhandling]: Linköpings Universitet; 1990.
6. Thorslund, M, Larsson, K. Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden. Jönköping: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2002.
7. Kaufman, S. The social construction of frailty: An anthropological perspective. Journal of Aging Studies. 1994; 8(1):45-58.
8. Rönnbäck, E. Att bedöma behov och fatta beslut om bistånd. I: Strandberg T, red. Förhållningssätt och möten. Lund: Studentlitteratur; 2011.
9. Dunér, A, Nordström, M. The discretion and power of streetlevel bureaucrats: an example from Swedish municipal elder care. European Journal of Social Work. 2006; 9(4):425-44.
10. Socialstyrelsen. Äldreomsorgens nationella värdegrund - Ett vägledningsmaterial; 2012. Nr.: 2012-3-3.
11. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre; 2012. Nr.: 3/2012.
12. Janlöv, A. Participation in needs assessment of older people prior to public home help [Doktorsavhandling]: Lunds universitet; 2006.
13. Lindelöf, M, Rönnbäck, E. Att fördela bistånd. Om handläggningsprocessen inom äldreomsorgen [Doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2004.
14. Olaison, A. Negotiating needs. Processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices [Doktorsavhandling]: Linköpings Universitet; 2009.
15. Olaison, A. Creating images of old people as home care receivers. Categorizations of needs in social work. Qualitative Social Work. 2010; 9(4):500-18.
16. Karlsson, S. Older people's public health care and social services. Functional ability, health complaints, agreement in needs assessment and care satisfaction [Doktorsavhandling]: Lunds universitet; 2008.

17. Socialstyrelsen. Metoder i det nationella fackspråket för vård och omsorg; 2011.
18. Dunér, A. To maintain control. Negotiations in the everyday life of older people who can no longer manage on their own [Doktorsavhandling]: Göteborg universitet; 2007.
19. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen, WHO; 2003. Nr.: 2003-4-1.
20. Socialstyrelsen. Att beskriva behov och insatser med nationellt fackspråk. Utvecklingen av en nationell modell för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation inom äldreomsorgen. Stockholm; 2012. Nr.: 2011-11-14.
21. Westlund, P, Clow, M. Biståndsboken. Stockholm: Liber AB; 1996.
22. Socialstyrelsen. Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg - En översikt - Anhörig 300. Stockholm; 2002. Nr.: 2002-124-11.
23. Bråne, G. The GBS-scale: a geriatric rating scale and its clinical application [Doktorsavhandling]: Göteborgs Universitet; 1989.
24. Folstein, M, Folstein, S, McHugh, P. "Minimal-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. 1975; 12:189-98.
25. Hulter Åsberg, K. ADL-trappan. Lund: Studentlitteratur; 1990.
26. Katz, S, Ford, A, Moskowitz, R, Jackson, B, Jaffe, M. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. The Journal of the American Medical Association. 1963; 185(12):914-9.
27. Yesavage, J, Brink, T. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research. 1983; 17(1):37-49.
28. Hillerås, P, Jorm, A, Herlitz, A, Winblad, B. Life satisfaction among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. International Journal of Aging and Human Development. 2001; 52:71-90.
29. Arnetz, J, Arnetz, B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social Science & Medicine. 2001; 52(3):417-27.
30. Hawes, C, Morris, J, Phillips, C, Fries, B, Murphy, K, Mor, V. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age & Ageing. 1997; 26-2S:19-25.
31. Ljunggren, G. Bättre patientbedömning ger bättre sjukhemsvård. Läkartidningen. 1998; 95:4977-5000.
32. Jylhä, M. Self-rated health revisited: Exploring survey interview episodes with elderly respondents. Social Science & Medicine. 2002; 39(7):983-90.
33. Hedström, M, Lidström, B, Hulter Åsberg, K. Phase-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre i äldreboende. Vård i Norden. 2009; 29(9):9-14.
34. Lagergren, M. A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care

- (SNAC). Aging Clinical and Experimental Research. 2004; 16(2):158-68.
35. Meinow, B, Kåreholt, I, Lagergren, M. According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. Health and Social Care in the Community. 2005; 13(4):366-77.
 36. Andersson, J. Personlig kommunikation. Stockholm stad; 2010.
 37. Rönnbäck, E. Att ta makten och ansvaret för sin utredning: FoU Västernorrland; 2008. Nr.: 2008:5.
 38. Storm, P, Petersson, Å. Salutogent synsätt i handläggningsprocessen. En studie biståndshandläggningen i Södertälje kommun. Nestor FoU-center; 2010.
 39. Thorsell, K. Utveckling av en metod, Care Optimizer, för mätning av vårdbehov och resursanvändning inom kommunal äldreomsorg [Doktorsavhandling]: Lunds universitet; 2011.
 40. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen och WHO; 2010. Nr.: 2010-4-26.
 41. Donner, A, Eliasziw, M. Sample size requirements for reliability studies. Statistics in medicine. 1987; 6:441-8.
 42. Ekehammar, B. Personlig kommunikation. 2011.
 43. SKL. Sveriges kommuner och landsting. 2005; www.skl.se
 44. SKL. Kommungruppsindelning 2011. Revidering av Sveriges kommuner och landstings kommungruppsindelning. Stockholm Sveriges kommuner och landsting; 2010.
 45. Fleiss, J. The design and analysis of clinical experiments. New York: John Wiley & Sons; 1986.

Bilaga 1

Information till biståndshandläggare

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett instrument för bedömning av äldre personers behov av omsorg. Uppdraget är ytterst ett led i regeringens ambition om att skapa förutsättningar för ett så värdigt liv som möjligt för den som behöver äldreomsorg. Ett instrument antas kunna bidra till en enhetlig och mångsidig bedömning och är avsett att utgöra ett underlag vid beslut om äldreomsorg.

För att konstruera ett tillförlitligt instrument, dvs. ett frågeformulär, är det nödvändigt att göra en vetenskaplig prövning. En sådan prövning görs bäst i samarbete med dig som i ditt dagliga arbete handlägger ärenden i äldreomsorgen. Nedan följer information om hur datainsamlingen kommer att genomföras:

- 1) Vid ett ärende försöker två handläggare (oberoende av varandra) förstå hur den äldre ser på sina eventuella begränsningar i vardagslivet med hjälp av det preliminära formuläret, vid samma tillfälle. Det innebär praktiskt att:
 - a) den ansvarige handläggaren gör den fullständiga utredningen, för samtalet med den äldre (eller dennes företrädare), och noterar den äldres svar på frågorna i formuläret.
 - b) en annan handläggare är närvarande som observatör, utan att delta i samtalet och utan att samråda med den ordinarie handläggaren. Observatören noterar också den äldres svar på frågorna i ett annat exemplar av formuläret.
- 2) I samtalet är det centralt att du försöker förstå i vilken mån den äldre själv upplever sig begränsad i olika avseenden som rör den dagliga livsföringen. I handläggningen förutsätter vi att du arbetar enligt lokala rutiner, där den enda skillnaden är att du använder formuläret för att få en bild av den äldres syn på sin aktuella situation.
- 3) Innan formuläret används ska den äldre tillfrågas om sitt samtycke. En informationsblankett, med utrymme för underskrift, ges till den äldre. Om den äldre samtycker, men av något skäl inte kan signera blanketten, är det viktigt att du noterar när samtycket getts och till vem.
- 4) Alla äldre som ansöker om hemtjänst i någon form eller särskilt boende, alternativt är föremål för uppföljning av tidigare beslut om insatser, kan tillfrågas. Undantag bör dock göras för:

- a) de som enbart ansöker om trygghetslarm eller måltidsdistribution
 - b) samordnad vårdplanering på sjukhus
- 5) Efter avslutat samtal kan den ansvarige handläggaren fråga den äldre om han/hon upplevt frågorna som relevanta för utredningen (noteras på sista sidan i formuläret). Detta görs i de fall där handläggaren anser att situationen tillåter att frågan ställs.
- 6) Ifyllda formulär skickas i frankerade kuvert till Socialstyrelsen, där de kommer att bearbetas och förvaras. Formulären ska inte kunna hänföras till någon enskild person, men är märkta med löpnummer. Samtyckesblanketten innehåller namn och skickas därför inte till Socialstyrelsen utan läggs till den äldres akt på socialförvaltningen.
- 7) Efter avslutad datainsamling, dvs. när inga fler bedömningar ska göras med formuläret, vill vi gärna att du svarar på några frågor om hur du tyckte det var att använda formuläret.

Datainsamlingen beräknas pågå under september – oktober månad 2011. Resultaten bearbetas och redovisas på gruppnivå. Inga enskilda uppgifter kommer således att presenteras. Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm har godkänt projektet (beslut Dnr 20011/5:4).

Om du har frågor om projektet är du välkommen att kontakta Elizabeth Åhsberg.

Elizabeth Åhsberg
Tel: 075-247 40 37
E-post: elizabeth.ahsberg@socialstyrelsen.se

Bilaga 2

Samtyckesblankett för forskning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett formulär som kan användas som underlag vid beslut i äldreomsorgen. Ett sådant formulär kan bidra till att äldreomsorgen blir bättre anpassad till den hjälp du behöver i din vardag.

Som ett led i detta testas formuläret i din kommun. Därför undrar vi om

- handläggaren får ställa fler frågor, utöver det du ansökt om?
- ytterligare en handläggare får delta som observatör vid samtalet?
- Socialstyrelsen får ta del av det ifyllda formuläret?

Det material som samlas in kommer att behandlas anonymt, eftersom inga namn eller personnummer kommer att noteras på formuläret. Sedan sammanställs formulären från många samtal för att se om formuläret är bra att använda eller om det behöver ändras.

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta din medverkan. Ditt beslut påverkar inte hur din ansökan om hjälp från kommunen kommer att bedömas.

Vi är mycket tacksamma om du kan svara ja på ovanstående frågor och därmed hjälpa oss med detta arbete. För att vi säkert ska veta att du vill delta i denna studie ber vi dig ge din underskrift på baksidan av detta papper.

Med vänlig hälsning

Elizabeth Åhsberg
Projektledare vid Socialstyrelsen
Telefon: 075- 274 40 37

Datum

Samtycke

Ja, jag vill delta i projektet om att utveckla ett formulär som underlag för beslut i äldreomsorgen

Namn

Detta papper kommer att förvaras på socialkontoret.

Bilaga 3

Samtyckesblankett för forskning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett formulär som kan användas som underlag vid beslut i äldreomsorgen. Ett sådant formulär kan bidra till att äldreomsorgen blir bättre anpassad till den hjälp du behöver i din vardag.

Som ett led i detta testas formuläret i din kommun. Därför undrar vi om

- handläggaren får ställa fler frågor, utöver det du ansökt om?
- Socialstyrelsen får ta del av det ifyllda formuläret?

Det material som samlas in kommer att behandlas anonymt, eftersom inga namn eller personnummer kommer att noteras på formuläret. Sedan sammanställs formulären från många samtal för att se om formuläret är bra att använda eller om det behöver ändras.

Det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta din medverkan. Ditt beslut påverkar inte hur din ansökan om hjälp från kommunen kommer att bedömas.

Vi är mycket tacksamma om du kan svara ja på ovanstående frågor och därmed hjälper oss med detta arbete. För att vi säkert ska veta att du vill delta i denna studie ber vi dig ge din underskrift på baksidan av detta papper.

Med vänlig hälsning

Elizabeth Åhsberg
Projektledare vid Socialstyrelsen
Telefon: 075- 274 40 37

Datum

Samtycke

Ja, jag vill delta i projektet om att utveckla ett formulär som underlag för beslut i äldreomsorgen

Namn

Detta papper kommer att förvaras på socialkontoret.

Bilaga 4



Elizabeth Åhsberg

Tel: 075-247 40 37

E-post: elizabeth.ahsberg@socialstyrelsen.se

Till dig som har använt Socialstyrelsens reviderade formulär för bedömning av behov av äldreomsorg

Var god besvara följande frågor efter att avslutad data-
insamling. Alla dina synpunkter är av intresse.

Vilken kommun arbetar du i?

1. Tycker du att formuläret är användbart för att bedöma behov av äldreomsorg?

- ☐ Ja, i hög grad
- ☐ Ja, delvis
- ☐ Nej, inte särskilt
- ☐ Nej, inte alls

Kommentar:.....

2. Tycker du att frågorna i formuläret är relevanta för det du anser vara viktigt att bedöma vid ett ärende?

- ☐ Ja, i hög grad
- ☐ Ja, delvis
- ☐ Nej, inte särskilt
- ☐ Nej, inte alls

Kommentar:.....

3. Saknar du någon fråga?

- ☐ Ja ☐ Nej Om Ja, vilken/vilka?

.....

4. Tycker du att någon fråga kan tas bort?

☐ Ja ☐ Nej Om Ja, vilken/vilka? Beskriv gärna varför.

.....

5. Tycker du att någon eller några frågor känns svåra att ställa?

☐ Ja ☐ Nej Om Ja, vilken/vilka? Beskriv gärna varför.

.....

6. Tycker du att formuläret har en bra ordningsföljd på frågorna?

☐ Ja ☐ Nej

Kommentar:.....

7. Ungefär hur lång tid har det tagit att gå igenom formuläret med en enskild sökande (som kortast och som längst)?

Hur många minuter (min – max)?

Kommentar:.....

8. Beskriv med egna ord hur du tycker det varit att använda formuläret, jämfört med att handlägga ett ärende på vanligt sätt.

.....

Övriga kommentarer?

.....

Tack för att du tog dig tid att svara på dessa frågor!

Bilaga 5

Granskningsmall 2012

Akt nr:

Granskare ☐ 1
☐ 2
 Instrument i utredningen? ☐ Ja
☐ Nej

Kommun.....

Äldres ålder år

Äldres kön

☐ kvinna
☐ man

Ansökan gäller

	Ja	Nej	
1. Framgår vem som lämnat uppgifter?	☐	☐	
2. Finns följande livsområden beskrivna?			Ev kommentarer
Hemliv	☐	☐	
Personlig vård	☐	☐	
Förflyttning	☐	☐	
Kommunikation	☐	☐	
Relationer	☐	☐	
Ekonomiskt liv	☐	☐	
Samhällsgemenskap, medborgerligt och socialt liv	☐	☐	
Lärande och att tillämpa kunskap	☐	☐	
Allmänna uppgifter och krav	☐	☐	
Trygghet/säkerhet	☐	☐	
3. Beskrivs bedömningen av hjälpbehov skild från insamlingen av fakta?	☐	☐	
4. Formuleras hjälpbehovet i relation till skälig levnadsnivå?	☐	☐	
5. Beskrivs om hjälpbehovet kan tillgodoses av annan person?	☐	☐	
6. Framgår ev skillnad mellan sökandes och handläggares uppfattning?	☐	☐	
7. Är ansökan beviljad?	☐	☐	☐ delvis

Bilaga 6

Sammanfattning av intraklasskorrelationer (ICC), parvisa jämförelser av skattningar på en femgradig skala från 2 bedömare vid 151 ärenden. De feta linjerna avgränsar ICFs typer av aktiviteter. Alla koefficienter är signifikanta. 0= inget samband, 1= fullständigt samband.

Nr	Aktiviteter för en daglig livsföring	ICC – koefficient
1	Att skaffa varor och tjänster	0.86
2	Att bereda måltider	0.84
3	Att städa upp efter matlagning och diska	0.82
4	Att avlägsna avfall	0.88
5	Att tvätta och torka kläder	0.85
6	Att städa bostaden	0.79
7	Att ta hand om hemmets föremål	0.88
8	Att tvätta sig	0.85
9	Att sköta kroppsvård	0.82
10	Att sköta toalettbehov	0.74
11	Att klä sig	0.79
12	Att äta och dricka	0.80
13	Att sköta sin egen hälsa	0.85
14	Att ändra grundläggande kroppsställning	0.83
15	Att bibehålla grundläggande kroppsställning	0.67
16	Att lyfta och bära föremål	0.81
17	Handens finmotoriska användning	0.84
18	Att gå	0.69
19	Att gå i trappa	0.80
20	Att röra sig inom hemmet	0.69
21	Att röra sig utom hemmet	0.60
22	Att ta emot talade meddelanden	0.72
23	Att ta emot skrivna meddelanden	0.88
24	Att tala	0.81
25	Att skriva meddelanden	0.87
26	Att använda kommunikationsutrustning	0.63
27	Att skapa och behålla formella relationer	0.86
28	Att skapa och behålla informella sociala relationer	0.76
29	Att skapa och behålla familjerelationer	0.77
30	Att hantera pengar vid inköp	0.85
31	Att engagera sig i samhällsgemenskap	0.79
32	Att engagera sig i rekreation och fritid	0.75
33	Att engagera sig i religion och andlighet	0.83
34	Att lösa problem och fatta beslut	0.88
35	Att genomföra daglig rutin	0.75
	Övriga frågor	
36	Känsla av trygghet	0.72
37	Känsla av säkerhet	0.61

Bilaga 7

ICF-koder för termer i formuläret BAS

Lärande och att tillämpa	ICF-kod:
Att lösa problem	d175
Att fatta beslut	d177
Allmänna uppgifter och krav	
Att genomföra daglig rutiner	d230
Kommunikation	
Att tala	d330
Att ta emot talade meddelanden	d310
Att ta emot skrivna meddelanden	d325
Att skriva meddelanden	d345
Att använda kommunikationsutrustning	d3600
Förflyttning	
Att ändra grundläggande kroppsställning	d410
Att lyfta och bära föremål	d430
Handens finmotoriska användning	d440
Att gå	d450
Att gå i trappa	d4551
Att röra sig inom hemmet	d4600
Att röra sig utanför hemmet och andra byggnader	d4602
Personlig vård	
Att tvätta sig	d510
Kroppsvård	d520
Att sköta toalettbehov	d530
Att klä sig	d540
Att äta och dricka	d550+d560
Att sköta sin egen hälsa	d570
Hemliv	
Att handla	d6200
Att bereda måltider	d630
Att städa uppefter matlagning och diska	d6401
Att avlägsna avfall	d6405
Att tvätta och torka kläder	d6400
Att städa bostaden	d6402
Att ta hand om hemmets föremål	d650
Mellanmänskliga interaktioner och relationer	
Att skapa och behålla formella relationer	d740
Att skapa och behålla informella sociala relationer	d750
Att skapa och behålla familjerelationer	d760
Viktiga livsområden	
Att hantera pengar vid inköp	d860
Att betala räkningar	d865

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Att engagera sig i samhällsgemenskap d910

Att engagera sig i rekreation och fritid d920

Att engagera sig i religion och andlighet d930

Övriga frågor

Om boende e155

Om personligt stöd e399

Känsla av

Omformulering av ICF-koder:

Otrygghet b152

Aptitlöshet b130

Nedstämdhet b152