

ÄDEL-50-anslaget

Ann Bonair

Kjerstin Genell Andrén

Artikeln beskriver bakgrunden till ÄDEL-50-anslaget, hur det fördelades, vilka som fick medel och några av de viktigaste resultaten. Båda författarna var under en tid verksamma som handläggare i ÄDEL-50-kansliet.

Ann Bonair är sjuksköterska och fil. dr samt sedan halvårsskiftet -95 specialsakkunnig i omvårdnad, Socialstyrelsen och Kjerstin Genell Andrén är socionom och dr med. sci.

Bakgrund

Ädelreformen representerar ett led i förnyelsen av den offentliga sektorn som innebär decentralisering. Reformen som trädde i kraft den 1 januari 1992 syftade till att ge kommunerna ekonomiska och organisatoriska förutsättningar för att förverkliga övergripande mål om valfrihet och integritet i vården och omsorgen av äldre och handikappade. Kortfattat kan man säga att Ädelreformen ledde till att kommunerna fick ett samlat ansvar genom

- skyldigheter att inrätta särskilda boendeformer för äldre- och handikappade
- skyldigheter att erbjuda viss hälso- och sjukvård
- tillhandahållande av vissa hjälpmedel
- möjligheter att överta ansvaret för hemsjukvården i eget boende

Regeringen gav i september 1991 Socialstyrelsen i uppdrag att under fem år följa upp och utvärdera Ädelreformen. En projektplan i form av ett ramprogram fastställdes av Socialstyrelsen i början av 1992 (1). Av ramprogrammet framgår fyra huvudsyften med Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering:

- kontroll av hur reformens mål uppfylldes
- uppföljning av hur effektiviteten utvecklades
- kunskapsförmedling
- påverkan av utvecklingen i överensstämmelse med reformens intentioner

I modellen för utvärderingen fokuserades tre huvuduppgifter; nationell uppföljning; temastudier samt lokalt utvärderingsarbete. Uppdraget skulle enligt direktiven avrapporteras årligen till regeringen och med en sammanfattande slutrapport fem år efter att reformen trätt i kraft.

Den andra årsrapporten från uppföljningen, vilken gavs ut hösten 1993 innehöll kritik på en rad punkter (2). Kritiken inriktades mot tre områden:

- brister i medicinsk säkerhet och kvalitet
- brister i samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst
- brister i samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och landstingens slutna och öppna hälso- och sjukvård.

Årsrapporten gav upphov till diskussioner inom såväl massmedia som internt inom socialdepartementet.

Regeringen tog då initiativ till att avsätta 50 miljoner kronor i form av särskilda utvecklingsmedel för att stödja och utveckla kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården (3). Reservationsanslaget kom att disponeras av Socialstyrelsen från och med den 1 januari 1994 och fick beteckningen Ädel 50. Enligt regeringens föreskrifter fördelades reservationsanslaget på fyra anslagposter; uppdragsprojekt (22.5 miljoner); stimulansbidrag (20 miljoner); informationsinsatser (5 miljoner) och bidragsadministration (2.5 miljoner). Av de anslagna medlen beslutade regeringen (1995) att av besparingsskäl återföra 4 miljoner av uppdragsanslaget till Socialdepartementet och överföra 1 miljon till det sk Rehab-300 projektets informationsanslag.

Fyra huvudsyften:

- kontroll av hur reformens mål uppfylldes
 - uppföljning av hur effektiviteten utvecklades
 - kunskapsförmedling
 - påverkan av utvecklingen
-

Projektbesöken gav handläggarna möjlighet att få aktuell information om problem i den kommunala hälso- och sjukvården

Intern organisation

Två handläggare anställdes under våren -94 för att ta emot ansökningarna, göra en första bedömning och följa upp inkomna förslag. Den ena handläggaren skulle ha medicinsk kompetens och den andra kompetens inom socialt arbete.

Inför det fortsatta arbetet tillsattes en berednings- och en ledningsgrupp. I beredningsgruppen ingick förutom de båda handläggarna, en representant vardera för Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Till ledningsgruppen knöts också en representant från vardera förbundet samt representanter för de två dåvarande enheterna inom Socialstyrelsen; Äldre- och handikapp (ÄH) och Primärvård, tandvård och psykiatri (PTP).

Det initiala arbetet inriktades mot informations-spridning om ÄDEL-50 medlen dels genom Socialstyrelsen Meddelandeblad med bifogad ansökningshandling (4) som distribuerades till berörda parter inom stat, kommun och landsting samt handikapporganisationer och dels genom en broschyr som spreds på olika sätt. Vidare annonserades i Kommunaktuellt, Landstingsvärlden och tidskriften Äldrecentrum. Information spreds även på informella vägar, genom personliga kontakter, resor i landet mm. Bland annat togs kontakt med olika FoU-enheter, högskolor och universitet.

Vid ansökningsförfarandet för stimulansbidrag visade det sig att kompetensen att bedriva projekt varierade stort bland de som sökte och beviljades medel. För att stödja projektledarna gavs dels råd och metodstöd per telefon, dels företogs besök på ett antal projektorter för att följa upp uppläggning och genomförande. Projektbesöken gav dessutom handläggarna möjlighet att få aktuell information om problem i den kommunala hälso- och sjukvården som i sin tur gav uppslag till uppdragsprojekt och till informationsinsatser.

Beredning och beslut

Inkomna ansökningar om stimulansmedel och förslag till uppdrag diskuterades först i beredningsgruppen på basis av det underlag som handläggarna tagit fram. Alla inkomna förslag, även de som bedömts som mindre

intressanta av beredningsgruppen, fördes sedan vidare till ledningsgruppen som fattade det slutgiltiga beslutet om medelstilldelning.

Ledningsgruppen sammanträdde under det första året i nära anslutning till ansökningstillfällena och sedan stimulansmedlen var utdelade (dec. -94) ungefär fyra gånger per år för att fatta beslut om bidrag till uppdragsprojekt. Sammanlagt beviljades också medel till 52 uppdrag, av dessa var ett mindre antal av informationskaraktär medan flertalet avsåg kartläggningar, interventionsstudier och utvärderingar. Ytterligare ett knappt tio-tal projekt var uppe till diskussion utan att leda till uppdrag.

Vad gällde stimulansbidragen var den geografiska spridningen god, från Trelleborg i söder till Kiruna i norr. Uppdragsprojekten var av naturliga skäl koncentrerade kring orter med FoU-enheter eller högskolor/universitet. De högsta summorna som beviljades för stimulansprojekt var 1 miljon kronor och det lägsta 20.000 kr. I genomsnitt fick varje projekt drygt 300.000 kr. Uppdragsprojekten beviljades i genomsnitt något högre belopp än stimulansprojekten (cirka 400.000 kr).

Bedömningsgrunder

Vägledande för bedömningen av vilka projekt som skulle beviljas medel var att de skulle vara av nydanande och utvecklande karaktär och, om möjligt, resultera i generaliserbara kunskaper. Medel beviljades inte till renodlade utbildningsändamål, inte heller till ordinarie driftskostnader eller reguljära forskningsprojekt. Vad gällde stimulansprojekten ställdes krav på att kommunen måste ingå som medsökande och också bidra till finansieringen.

För uppdragsprojekten förekom inte något ansökningsförfarande utan ledningsgruppen beställde/upp-handlade sådana projekt som den ville prioritera. På dessa projekt ställdes också högre krav vad gällde syfte, metod och genomförande samt att avrapporteringen skulle hålla en hög kvalitet och vara värd att publicera. Många av dessa projekt genomfördes av lokala FoU-enheter, andra av enskilda forskare och några av ett antal eldsjälar ute i landet, som kanske inte tidigare arbetat i projektform.

Vägledande för bedömningen av vilka projekt som skulle beviljas medel var att de skulle vara av nydanande och utvecklande karaktär och, om möjligt, resultera i generaliserbara kunskaper

Återrapportering

Konferenser

Inom ramen för återrapporteringen av resultaten från ÄDEL-50 anslaget har en rad olika större och mindre konferenser och seminarier anordnats. Under våren -95 presenterades resultaten från den första rapporten om kommunernas handhavande av medicin-tekniska produkter vid fem regionala konferenser (Malmö, Göteborg x 2, Umeå och Stockholm). Hösten -95 diskuterades "Dödens olika dimensioner" vid ett mindre seminarium i Stockholm. Våren -96 träffades ett antal företrädare för olika vårdformer i Sigtuna för att under ett två-dagars seminarium diskutera "Läkarnas roll och ansvar i den kommunala äldreomsorgen". Ett antal Ädel 50 projekt presenterades också på Vård och omsorgsmässan i Sollentuna på försommaren -96. Under hösten -96 anordnades en rehab-konferens i Uppsala. I november -96 hölls en slutkonferens om ÄDEL-50 i Stockholm med temat "Morgondagens vård i hemmet". Vid några tillfällen har också deltagarna i såväl Göteborgsprojekten som dem i Stockholm haft gemensamma seminarier tillsammans med ÄDEL-50 kansliet för att dryfta problem och frågeställningar.

Avrapportering och utkomna rapporter.

Alla projekt som beviljats medel antingen ur stimulansanslaget eller anslaget för uppdrag har inkommit med mer eller mindre fullständiga rapporter och av varierande kvalitet. En projektkatalog med korta sammanfattningar av alla ÄDEL-50-projekten publicerades och distribuerades gratis under senhösten 1996 (5). För de projekt som beviljats stimulansbidrag gäller att de själva äger distributionsrätten till sina resultat och rapporter, för de projekt som haft karaktären av uppdrag är det däremot Socialstyrelsen och ledningsgruppen för ÄDEL-50 som beslutar om och i vilken form rapporterna skall publiceras. Tjugotre rapporter från uppdragsprojekten har nu publicerats, av dessa har fem givits ut som SoS-rapporter och övriga som underlagsrapporter. Två uppdrag är ännu inte slutrapporterade men beräknas utkomma under senvåren -97, en mindre del (17 rapporter) har karaktären av pilotstudier eller med i huvudsak explorativa ansatser, dessa finns tillgängliga på Socialstyrelsen i stencilupplaga.

Alla projekt som beviljats medel ur stimulansanslaget eller anslaget för uppdrag har inkommit med rapporter av varierande kvalitet

Flera projekt har uppmärksamrats och fått en större spridning

Några exempel på lyckade projekt.

Flera projekt, både sådana som fått stimulansbidrag och de som haft karaktären av uppdragsprojekt, har uppmärksamrats och fått en större spridning. Bland stimulansprojekten kan t ex nämnas ett om delegering som lett till att all kommunal vårdpersonal inom distriktet fått vidareutbildning om reglerna för delegering och anvisning vad gäller läkemedelshantering (6). Ett annat stimulansprojekt gällde munvård i särskilda boendeformer och det munvårdskort som utarbetades inom ramen för projektet har nu inte bara introducerats i hela kommunen utan även översatts till engelska för att användas i delar av Storbritannien (7). Andra projekt som fått stor genomslagskraft är Mimers källa (8. se separat artikel i detta nummer) och ett nutritionsprojekt i Uppsala (9). I Norra Kalmar län har man tagit fram ett vårdprogram för demenssjuka som nu allmänt tillämpas (10) liksom i Lund där ett liknande projekt lett till att alla pensionärer inom gruppboende-enheter för demenssjuka nu är noggrant utredda (11). Ett intressant projekt, som finansierats med stimulansbidrag, har genomförts i två Smålandskommuner i samarbete med det palliativa rådgivningsteamet i Kalmar (12). I detta projekt har kommunal vårdpersonal utbildats i smärtlindring.

Bland uppdragsprojekten kan nämnas de två utredningarna om medicin-teknisk utrustning, varav den första getts ut som SoS-rapport (13) och den andra finns i stencilupplaga. Både har fått stor spridning, dels genom ett antal regionala konferenser, dels rönt stor efterfrågan bland yrkesverksamma inom rehabilitering och omsorg. Tre av uppdragen har resulterat i läroböcker, "Boken om trycksår" (14), "Boken om stroke" (15), samt en bok om "Transkulturell vård i livets slutskede" (beräknas utkomma under hösten -97). Ett uppdrag som avsåg en kartläggning av den avancerade hemsjukvården i landet har rönt en sådan efterfrågan att den fått nytryckas (16), liksom en rapport om den medicinskt ansvariga sjuksköterskans funktion och utveckling (17). Som exempel på andra läsvärda rapporter som uppdragsfinansierats kan nämnas "Äldres livsfrågor" som belyser vilka frågor som känns mest väsentliga för de äldre och hur dessa bemöts eller inte uppmärksammas av vårdpersonalen (18) och "Äldrevårdens

svaga länkar” som dels tar upp bemötande och mellanmänskliga förhållningssätt inom äldreomsorgen, dels visar på hur man kan förbättra samverkan mellan akut-sjukvården och den kommunala äldreomsorgen (19).

Kommentarer

Staten har olika styrmedel till sin hjälp för att påverka olika sektorer i samhället. Att tillföra tillfälliga resurser som stimulans är ett av styrmedlen. I fallet Ädel-50 valde regeringen att via specialdestinerade utvecklingsmedel med ett ansökningsförfarande försöka påverka kvaliteten i den primärkommunala hälso- och sjukvården. För att erhålla medel krävdes i detta fall viss motprestation av kommunerna. Kraven på motprestation kräver en beredskap hos den medelsfördelande myndigheten både vad gäller tidsramar och kvalitetskontroll vilket i sin tur kräver resurstilldelning. I andra fall använder sig staten av kapiteringsbidrag som stimulansmedel - ibland helt utan krav på motprestation. Fyller då sådana specialdestinerade utvecklingsmedel den avsedda funktionen? Gynnas vissa kommuner framför andra? Vad talar för denna ”modell” med specialdestinerade medel - vad talar emot?

I fallet Ädel-50 kan man notera att för-emot-argumenten inte är desamma för stimulansbidragen som för uppdragsmedlen. Vad gäller *stimulansmedlen* så förefaller det som att dessa haft just en ”stimulerande” effekt, dvs såväl kommuner som enskilda eldsjälar i kommuner får stöd att sätta idéer som förmodligen inte kunnat förverkligas på annat sätt. De redovisade projekten tyder på att de på många håll lett till en ökad medvetenhet vad gäller kvalitetsaspekter och ett nytänkande, må vara lokalt, vad gäller förändrade arbetsformer, lokala vårdprogram, samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, uppföljning av verksamheten etc. Intressant nog har det kommit till vår kännedom att även projekt som fått avslag har förverkligats. Detta kan tyda på att själva kravet på att formulera en projektansökan påbörjade en process som i sin tur ledde till att kommunen själv finansierade projektet.

Vad som talar emot denna fördelningsmodell är den kan uppfattas som ”orättvis” i motsats till kapiteringsmodellen. Många kommuner saknar kompetens att ge

Många kommuner saknar kompetens att genomföra projekt med de metod- och de återrapporteringskrav som ställdes på Ädel-50-projekten

Forskare som inte tidigare intresserat sig för den kommunala hälso- och sjukvården har på initiativ av Ädel-50 kansliet bidragit med intressanta projekt som i tre fall utmynnat i nya läroböcker

nomföra projekt med de metod- och de återrapporteringskrav som ställdes på Ädel-50-projekten. I synnerhet har kraven på generaliserbar kunskap och nydanande karaktär varit svåra att uppfylla. För att kunna genomföra ett projekt som utvecklar generaliserbar kunskap krävs god kännedom om området i fråga, liksom om metoder och tillvägagångssätt. Av projektansökningarna att döma är denna kunskap ojämnt fördelad i våra kommuner.

Förfaringssättet med ansökningar och projektens tidsavgränsning har sin speciella problematik. I fallet Ädel-50 noterade vi att antalet ansökningar vid det första ansökningstillfället var mycket få och vid det sista mycket stort. Informationen om att medlen fanns att söka verkade inte få full effekt förrän ca ett halvår efter att Socialstyrelsen började sprida densamma. Liksom kompetensen att skriva projektansökningen och att driva projekt varierar i kommunerna, varierar också ”kompetensen” att hålla sig informerad. Effekten av detta blev i Ädel-50-fallet att vissa sent inkomna ansökningar inte kunde beviljas projektmedel.

Vad gäller *uppdragsmedlen* förefaller det finnas en klar nackdel med att det plötsligt och tillfälligt finns resurser som är specialdestinerade. Antalet forskare/projektledare med FoU-kompetens och med inriktning mot det aktuella området är begränsat och många av dessa personer var i flera fall redan engagerade i utvärderingen av Ädelreformen eller i andra liknande projekt. Direktivens krav att projekten skulle begränsas till 18 månader verkade också hämmande eftersom framförallt forskarna anser att projekttiden är för kort om avsikten är att genomföra någon typ av intervention och sedan utvärdera den. Det faktum att medlen inte fick användas till reguljär forskning innebar att flera projektidéer måste avvisas eftersom sökanden inte var beredd att avstå från forskningsansatsen. Detta sammantaget ledde till att berednings- och ledningsgruppen inte kunde fördela hela den anvisade summan. Dock kommer de kvarvarande medlen att användas i Socialstyrelsen fortsatta uppdrag att följa utvecklingen inom äldreomsorgen.

Vad talar då för denna modell att fördela medel? Bl a har forskare som inte tidigare intresserat sig för den

En lång rad goda exempel tyder på att det finns en höjd kvalitetsmedvetenhet bland de som är verksamma i vården

kommunala hälso- och sjukvården på initiativ av ÄDEL-50 kansliet bidragit med intressanta projekt som i tre fall utmynnat i nya läroböcker.

I uppdraget låg också att sprida kunskap om de vunna erfarenheterna snabbt och brett ut till "vårdgolvet". Särskilda medel var i ÄDEL-50 fallet också avsatta för sådan informationsspridning, vilket inte är så vanligt men positivt och troligen nödvändigt. Ett annat lovvärt initiativ var att särskilda medel avsattes för administrationen av projekten.

Det finns ännu inte några *hårda* fakta som ger bevis för att Ädel-50-medlen höjt kvaliteten i den primärkommunala äldreomsorgen och sjukvården, men en lång rad goda exempel tyder på att det finns en höjd kvalitetsmedvetenhet bland de som är verksamma i vården. Både stimulansmedlen och uppdragsprojekten har bidragit till att generera sådan ny kunskap som efterfrågas. Många "blinda fläckar" på omvårdnadskartan har uppmärksamrats, som munvård, nutrition och synrehabilitering för äldre. Detta förefaller gott nog.

REFERENSER

1. Uppföljning och utvärdering av Ädelreformen. Ett ramprogram. Socialstyrelsen 1992.
2. Ädelreformen. Årsrapport 1993. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:8.
3. Regeringsbeslut S93/10286/F.
4. Meddelande blad nr. 7/94.
5. Utveckling av modeller, program och arbetssätt i äldreomsorgen. En projektkatalog. Socialstyrelsen, 1996.
6. *Karlsson I*: Säkrare delegeringar. Rapport. Stockholm stad, socialdistrikt 15, 1995.
7. *Prening AL, Wolff B*: Munvård på lika villkor. Rapport. Landskrona kommun, 1996.
8. *Ohlsson E. et al*: Mimers källa. Rapport 1 och 2. Trelleborgs sjukvårdsdistrikt, 1995 och 1996.
9. *Saletti A*: Nutrition. Rapport, Uppsala kommun, 1995.
10. Demenstillstånd. Ett vårdprogram för norra Kalmar län. Rapport. Kalmar 1996.
11. *Bauer Alfredson B*: Kvalitetssäkring i gruppboenden för demens sjuka. Rapport, Lunds kommun, 1996.
12. Synapsen - Symtomkontroll och närhet till anhöriga och patienter genom samverkan i Emmaboda och Nybro. Rapport, Emmaboda och Nybro kommuner, 1996.
13. Medicintekniska produkter i kommunal vård och omsorg. Socialstyrelsen, SoS rapport 1995:16.
14. *Ek AC, Lindgren M*: Boken om trycksår, Socialstyrelsen, SoS rapport 1997:7.
15. *Westlund P. et al*: Boken om stroke. Socialstyrelsen. SoS rapport 1997:9.
16. *Hollo, AL*: Avancerad sjukvård i hemmet. Socialstyrelsen, 1996.
17. *Andersson I*: Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans funktion och utveckling. Socialstyrelsen, 1996.
18. *Olby B*: Äldres livsfrågor. Socialstyrelsen, SoS rapport 1997:2.
19. *Larsson G, Wilde B, Johansson I*: Äldrevårdens svaga länkar. Socialstyrelsen, SoS rapport 1996:17.