

Utveckling av vårdplaneringsgrupper

Lennarth Johansson

Varför händer det att de äldre inte får den hjälp och vård som de behöver? Varför måste en del äldre flytta från sitt eget hem för att få sina behov av service och vård tillgodosedda? Varför är hjälpinsatserna så ofta dåligt anpassade till individens behov, vilja och önskemål?

För att ta tag i dessa och andra problem inom äldreomsorgerna, har man de senaste åren inrättat sk vårdplaneringsgrupper på många ställen i landet. I vårdplaneringsgruppen detaljplaneras hjälpinsatserna utifrån personens behov och tillgängliga resurser. Vårdplaneringsgrupperna är således ett viktigt forum för praktisk samverkan mellan primärvården och primärkommunen.

I artikeln beskrivs närmare erfarenheterna av utvecklingen av vårdplaneringsgrupper. Artikeln är skriven av Lennarth Johansson som arbetar som utredningssekreterare på Spri.

Den här artikeln handlar om erfarenheter av inrättandet av sk vårdplaneringsgrupper. Vårdplaneringsgruppen kan i enkelhet beskrivas som ett forum för praktisk samverkan mellan sjukvården i hemmet och social hemtjänst. Stora förhoppningar knyts nu till vad vårdplaneringsgrupperna kan uträtta. I denna artikel diskuteras närmare problem och möjligheter som är förknippade med denna utveckling. Men först en kort bakgrundsbeskrivning:

I det gemensamma utvecklingsarbetet som bedrevs av Kommunförbunden, Socialstyrelsen och Spri i slutet av 70-talet lades riktlinjerna för den framtida äldreomsorgen fast. I en av de sex delrapporterna ("Sjukvård i hemmet – social hemtjänst", Spri rapport s 103) påtalades vikten av att närmare precisera ansvarsfördelningen mellan landsting och primärkommuner vid en utbyggnad av sjukvården i

hemmet – social hemtjänst. Grunden för ansvarsfördelningen bör vara att primärkommunerna tillhandahåller sociala resurser med bl a socialt utbildad personal och landstingen medicinska resurser med bl a sjukvårdsutbildad personal. Utgångspunkten för vilken huvudman som skall tillhandahålla service och hjälp åt den enskilde bör i fortsättningen vara den kompetens som krävs för att utföra hjälpen och inte dess orsak.

I rapporten beskrevs också några olika organisatoriska modeller för samverkan. Den första modellen innebär endast smärre justeringar av den tidigare vanligast förekommande organisationen. Grundförutsättningen för de två övriga modellerna är att den nya principiella ansvarsfördelningen tillämpas och att primärkommuner och sjukvårdshuvudmän tar ett gemensamt ansvar för befolkningen i ett geografiskt definierat område. Detta underlättas bl a om distriktssköterskans och hemvårdsassistentens arbetsområden geografiskt sammanfaller. Modellerna ger möjlighet att utveckla grupsamverkan både inom sjukvården i hemmet och i den sociala hemtjänsten eller gemensamt. Smidiga kontakter förutsätts också med övriga delar av en utvecklad primärvård, liksom en decentraliserad beslutsordning.

Några gemensamma drag för samtliga tre modeller är:

- Att en individuell plan upprättas för behovet av sjukvård, omvårdnad och service för varje hjälptagare. Den bör upprättas av vårdplaneringsgruppen.
- Den enskilde bör få sjukvård, omvårdnad och service enligt aktuellt behov, ej efter ett i förväg fastställt antal timmar. Detta betyder att tillämpningen av den individuella planen bör kunna delegeras och avsteg beslutas relativt informellt. Åter-

.....

Vårdplaneringsgrupper existerar i dag på olika nivåer och med olika målsättningar och uppgifter

.....

koppling till vårdplaneringsgruppen bör dock ske.

- Att huvudmännen på lämpligt sätt samordnar även jourtjänster och behövliga insatser på kvällar, nätter och helger.
- Att hembesök av läkare planeras in, som ett normalt led i sjukvård i hemmet.

Vårdplaneringsgrupper existerar i dag på olika nivåer och med olika målsättningar och uppgifter. Dels förekommer vårdplaneringsgrupper som i huvudsak arbetar med att lösa policyfrågor och frågor av övergripande karaktär, tex resursdimensioneringen inom äldreomsorgen. Motsatsen är de sk hemvårdsgrupperna (arbetslagen), som också i vissa stycken fungerar som vårdplaneringsgrupper, men som har som huvuduppgift att ge de äldre (och även andra) den dagliga, praktiska omsorgen. På nivån däremellan, dvs på distriktssköterske-/hemvårdsassistentnivån, finner vi den kanske vanligast förekommande vårdplaneringsgruppen. Med detta avses den grupp personer som inom ett givet område har ansvar och till sig delegerade befogenheter att besluta om insatser till äldres hjälp.

Vårdplaneringsgruppens "kärna" utgörs vanligtvis av hemvårdsassistent och distriktssköterska. Därutöver förekommer en rad olika personalkategorier som ordinarie medlemmar eller adjungerade. Beroende på hur verksamheterna är organiserade, tillgängliga personalresurser och kompetens finner man vårdplaneringsgrupper med skiftande sammansättning. Någon "idealisk" sammansättning av vårdplaneringsgrupp finns inte, utan här måste man lokalt pröva sig fram till vad som upplevs vara bäst. Sammansättningen av gruppen kan således skifta över tid och variera från ett område till ett annat i samma kommun.

I den fortsatta framställningen diskuteras i huvudsak vårdplaneringsgrupper på nämnda "mellan-nivån". Vårdplaneringsgrupperna på de andra nivåerna diskuteras närmare i artikeln "utvecklingen

av sjukvården i hemmet" på annan plats i detta nummer.

Problem i uppbyggnadsarbetet

Vilka har då de mest påtagliga problemen varit uppbyggnadsarbetet av vårdplaneringsgrupperna? Här följer några sammanställda erfarenheter:

- Avsaknaden av ett entydigt syfte och genomtänkta arbetsformer är kanske den mest iögonfallande bristen. Visserligen har detta ofta funnits med i planeringsunderlaget i vilket samverkansformen beskrivits, men tydligen har detta inte formulerats på ett sätt som varit klart och handlingsstyrande för gruppen. Många grupper "letar" fortfarande i månader (och i vissa fall år!) efter "vad man egentligen skall göra". Andra sysslar med rutinärenden som torde kunna lösas utanför gruppen. Sammankomsterna upplevs då givetvis som mindre givande och ibland som helt förspild tid.
- Oklarheter vad gäller ansvar och befogenheter hos de i gruppen ingående deltagarna har varit ett annat bekymmer. Vilka beslut *kan* och *bör* tas av gruppen? Vem ansvarar för vad? Sitter man med beslutsrätt "på samma nivå"? Dessa problem inverkar menligt på vad gruppen kan uträtta.
- Oklarheter i områdesindelningen vad gäller primärvårdens- och primärkommunens deltagare gör det svårt att klargöra vilka som arbetar inom "samma område". Om inte gruppen har ett gemensamt geografiskt område som man ansvarar för faller mycket av grundidén med vårdplaneringsgruppen.
- Den kanske vanligaste källan till irritation har dock varit oklarheter beträffande vilka yrkesfunktioner som skall vara representerade i gruppen. Vårdplaneringsgruppens "kärna" utgörs vanligen av distriktssköterska och hemvårdsassistent, men därutöver finns åtskilliga kombinationer. Det har ibland inneburit enormt stora grupper (upp till 20-30 personer) eller att man ibland inte utnyttjat den kompetens som finns i området (tex vårdbiträden, arbetsterapeuter servicehusföreståndare m fl).
- Oklarheter hur man skall hantera sekretessfrågorna har handlingsförlamat vissa grupper. Där-

till saknas i många grupper riktlinjer för hur gruppens arbete skall dokumenteras.

- Dålig samverkan med tex länssjukvården eller servicehusen är ett annat förekommande problem. Vårdplaneringsgruppen blir en isolerad ö, i stället för ett forum för samverkan mellan olika verksamheter inom- och mellan huvudmännens ansvarsområde.
- Till sist men inte minst har det brustit åtskilligt på många ställen när det gäller att förbereda och trimma in personalen i denna nya samverkansform. Människor i grupp fungerar inte spontant på ett smidigt och samordnat sätt! Avsaknaden av en gemensam filosofi i många grupper har gjort att man många gånger upplevt sammanträdena som en slags "förhandling" i stället för en samarbetssituation.

Att sitta i en vårdplaneringsgrupp

Samtidigt som man måste bli imponerad av det engagemang som utvecklingen av vårdplaneringsgrupper väckt på många håll kan man inte låta bli att undra över om inte onaturligt stora förväntningar har knutits till vad en vårdplaneringsgrupp kan åstadkomma. Det vanliga är att man träffas några timmar varannan eller var tredje vecka, under vilka man hinner med att diskutera ett begränsat antal ärenden. Med andra ord sker merparten av handläggningen av enskilda ärenden *utanför* vårdplaneringsgruppen. Det är därför väsentligt att utveckla samarbetet även utanför gruppen i vardagsarbetet inom äldreomsorgerna.

De överdrivna förväntningarna skapar också andra problem. Många vill "sitta med" i gruppen, ingen yrkesrepresentant vill "hamna utanför". Många gånger kanske det handlar om nyhetens behag, men samtidigt kan det ju vara rättmätiga anspråk på att ens kompetens tas tillvara. Inte så sällan hör man berättas om stora, oformliga grupper som ett resultat av detta. Man får då sitta och vänta i timmar på att "ens eget" ärende kommer upp.

Inom gruppsykologin anser man att en grupp på 6-8 personer är en lämplig storlek för att gruppen skall fungera bra. Vidare betonar man vikten av att gruppen har en för alla klar målsättning, ändamålsenliga arbetsformer och att medlemmarna upplever

.....
Många vill "sitta med" i gruppen, ingen yrkesrepresentant vill "hamna utanför"
.....

ömsesidig respekt och förtroende. Detta är något som sällan uppstår av sig själv. Gruppmedlemmarna måste lära känna varandra, arbeta fram en gemensam filosofi för hur man utifrån givna förutsättningar skall förverkliga målsättningen. Ett förtroendefullt klimat i gruppen måste arbetas fram. Här skall man komma ihåg att det i varje grupp finns stora skillnader vad gäller gruppmedlemmarnas kompetens, personlighet, erfarenhet, yrkesstatus m.m. Ibland klagar tex hemvårdsassistenterna över att de känner sig underlägsna i jämförelse med "sjukvårdsfolket", som de upplever har större vana av att delta i sådana här sammanträden. Läkare har ofta en yrkesstatus som gör att både de själva och andra förväntar och medverkar till att de får en oskäligt dominant roll i gruppen. Sitter det dessutom tex 14 företrädare från sjukvårdssidan och två från kommunen (vilket inte så sällan händer), känner sig kommunföreträdarna med rätta ytterligare i underläge. Här gäller det förstås inte att i första hand uppnå numerär jämvikt, utan att skapa riktlinjer för vad som är den mest funktionella sammanställning av gruppen.

Det är alltså viktigt att man lägger ner mycket arbete på att utveckla gruppens inre arbete. Genomarbetade förberedelser innan man startar gruppen och fortlöpande stöttning genom fortbildning osv krävs för att gruppen skall fungera. Ingen grupp är "självförsörjande" varför den regelbundet behöver stimulans utifrån. Detta är en uppgift för verksamhetsansvariga som måste tillse att gruppen regelbundet får "näring" för att kunna utvecklas. Gruppen måste få möjlighet att stämma av om man arbetar enligt fastställda riktlinjer, att stanna upp och kritiskt granska sitt sätt att arbeta och att vidareutveckla relationerna mellan gruppmedlemmarna.

Positiva erfarenheter

Även om det funnits betydande igångsättningsproblem på sina håll vid starten av vårdplaneringsgrup-

per finns också redan i dag en rad positiva erfarenheter.

Många har sagt att i vårdplaneringsgruppen kan man verkligen leva upp till "LEON"-principen, dvs att tillse att vården ges på lägsta effektiva omhändertagandenivån. I många grupper sker en noggrann genomgång av varje ärende, huruvida tillgängliga alternativa insatser har prövats för att tex undvika flyttning från det egna hemmet. Köer och väntelistor har också bearbetats med positivt resultat. Successivt innebär också arbetet i gruppen att man får en mer samlad bild av de äldres situation i området. På några ställen har detta bl a lett till att man börjat arbeta förebyggande, tex genom att man försöker uppmärksamma vård- och servicebehov på ett tidigare stadium.

Den samlade kompetensen i gruppen innebär ju också möjligheten till en mera allsidig utredning av varje ärende. Stödet i gruppen medför också att man har lättare att ta svåra beslut eller att våga arbeta med alternativ där utfallet inte är så självklart eller säkert. När man arbetar ensam är det ju annars lätt att man "garderar sig" och arbetar med större marginaler. Det är inte heller då så lätt att se alla möjligheter som kan finnas. Detta innebär att det totala resursutnyttjandet förbättras, både sett ur ett mänskligt och ekonomiskt perspektiv.

Den oftast förekommande rutinen är att man upprättar individuella vård/serviceplaner i varje enskilt ärende. Detta säger många är en förutsättning för att kunna arbeta mer målinriktat, speciellt i mera komplicerade fall. Vårdkrävande personer som tidigare vistats på sjukhus eller sjukhem kan bl a med hjälp av detta flytta hem igen. Terminalvård har också planerats och organiserats utifrån vårdplaneringsgruppen.

Många deltagare i vårdplaneringsgruppen framhåller ofta vilken positiv stämning som efterhand har utvecklats i gruppen. En "vi-anda" som underlättar avsevärt att lösa de problem man ställs inför och som är till en stor hjälp i samarbetet utanför

.....

Stödet i gruppen medför att man har lättare att ta svåra beslut

.....

gruppen. Är gruppklimatet positivt så kan man utveckla en mer "gränslös" service och vård, som sträcker sig över många gränser. Någon har också sagt att vårdplaneringsgruppen personifierar det "primära ansvaret", på ett helt annat sätt än vad någon enskild person kan göra. Detta har gjort att samarbetet med tex länessjukvården har förbättrats åtskilligt.

Några råd

Hur skall man då göra för att få till stånd välfungerande vårdplaneringsgrupper? Ja, svaret på denna fråga ligger till stor del i att försöka förebygga problem av de slag som tidigare nämnts. I ett försök att ändå ge ett sammanfattande svar på frågan, följer här en avslutande summering.

Man kan se att vissa *förutsättningar* måste vara uppfyllda, för att grupperna skall fungera, nämligen:

1. Gruppen måste baseras på en avgränsad, definierad geografi. Självklart uppnås bästa resultatet om primärvårdens och primärkommunens (alt förvaltningarnas) gränser är desamma.
2. Gruppens målsättning, funktion och arbetsformer måste klagöras innan gruppen startar.
3. Ansvar och befogenheter måste vara kända för alla inom och utanför gruppen.
4. Först som sist så måste gruppen få hjälp att komma igång: Tid att förbereda igångsättningen, lära känna varandra och utveckla en gemensam filosofi för hur man skall förverkliga målen. Gruppen måste också få fortlöpande hjälp och stöttning för att kunna vidareutvecklas.

Trots problemen som förekommit i samband med etablerandet av vårdplaneringsgrupper överväger de positiva erfarenheterna. Med tanke på vad en välfungerande vårdplaneringsgrupp kan åstadkomma finns all anledning att verka för utvecklingen av denna samverkansform. Politiker och verksamhetsansvariga har här en chans att stötta en utveckling som ökar möjligheterna till måluppfyllelse inom äldreomsorgen, dvs att utifrån tillgängliga resurser ge de äldre den service och vård de behöver och själva vill ha.