



Handelshögskolan
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Företagsekonomiska Institutionen

Växeln, hallå hallå?

- samordning och integrerad vård
för äldre

Rebecka Arman

Abstract

This paper reports the findings of a case study of the creation of a one-stop callcenter. The callcenter helped older people living in the community by forwarding requests, giving advice on whom to call and informing about the welfare system. Collaboration was created among seven different kinds of services within the health and care system. The study uses contingency theory to analyse of the logic underlying the division of labour in the system involved. Models describing different kinds of integration are also used to analyse the character of integrated care that was created. The consequences for the users and the stakeholders are described. The integration achieved was mostly “linkage” and to some extent “coordination”, through the use of contracting. In this way the service integrated a small part of the services involved – access – aimed at a large segment of the population; but for mostly routine and nonurgent needs.

Keywords: *Integrated care, collaboration, division of labour, one-stop callcenter.*

Innehållsförteckning

<i>Abstract</i>	1
<i>Innehållsförteckning</i>	2
<i>Sammanfattning</i>	4
<i>Förord</i>	5
1. Inledning	6
Introduktion till fallet ÄldreLotsen	6
Integrering - ett vanligt sätt att lösa ett vanligt problem	7
Vilka problem var utgångspunkten?	7
Vilken typ av lösning är ÄldreLotsen?	9
Varför studera fallet ÄldreLotsen?	10
För att förbättra vården och omsorgen för äldre.....	10
Organisationsteoretiska möjligheter	12
Teorierna och modellerna behöver utvecklas	13
Syftet med uppsatsen	14
Läsanvisning	14
Benämningar och förkortningar	15
2. Teoretiska begrepp och problemanalys	17
Arbetsfördelningens möjligheter och restriktioner	17
Arbetsfördelning – begrepp och utgångspunkter	17
Arbetsfördelningen i vården och omsorgen för äldre.....	19
Stuprör, ansvarsglapp och fragmentering	24
Tillgänglighetsproblemet	25
Samordning - idén om behovet av strukturell integrering	27
Motiv till samordning.....	27
Samordningsmekanismer	30
Samordningssvårigheter	34
Teoretiska modeller för integrerad vård	36
Sammanfattning och implikationer för forskningsfrågorna	43
3. Metod	46
Intervjuer	47
Äldre personer	47
Projektmedlemmar och ÄldreLotsens personal.....	48
Telefonuppföljningar	49
Observationer	49
Dokumentation från ÄldreLotsen och samverkansparterna	50
Enkäter	50
Urval och representativitet	51
Etikprövning	53
Närhet kontra distans till praktikens teorier – en metoddiskussion	53
4. Fallet ÄldreLotsen	55

Bakgrund till dagens organisering av äldres vård och omsorg	55
Historiska och samhällsliga förändringar som påverkar äldre	55
Äldre personer - en grupp med särskilda behov?	57
ÄldreLotsens tillblivelse	59
Framväxt och utveckling	59
Aktörerna och samverkansparterna	61
Förankringen och finansieringen	63
Samarbetsavtalen	64
Valet av målgrupp	65
Lotsarnas förberedelser och verktyg	67
Förändrade yrkesroller och ÄldreLotsen som arbetsplats	69
Hur ÄldreLotsen arbetar	71
Marknadsföringen och informationen	72
De förändrade målsättningarna och utbredningen	75
Från projekt till ordinarie verksamhet	76
Sammanfattning - ÄldreLotsens framväxt och utveckling	78
ÄldreLotsens funktion för de äldre	79
Målgruppens behov och upplevelser av trygghet	79
Samtalen till ÄldreLotsen	83
Äldres behov av hjälp och stöd från andra än ÄldreLotsen	86
Vilka behov hade de som vände sig till ÄldreLotsen?	88
Behoven efter ÄldreLotsens insatser	101
Sammanfattning av ÄldreLotsens betydelse ur de äldres perspektiv	101
ÄldreLotsens funktion för samverkansparterna	102
ÄldreLotsens förtroendekapital	102
Alternativen till ÄldreLotsen	104
Vad händer med frågorna efter lotsningen?	106
Effekterna på samverkansparternas arbete	113
Sammanfattning av ÄldreLotsen ur ett samverkansperspektiv	116
5. Samordning och arbetsfördelning i fallet ÄldreLotsen	117
Empirinära tolkning av fallet ÄldreLotsen	117
Organiseringen av tillblivelsen	117
ÄldreLotsens förmedlande funktion för de äldre	121
Sammanfattning av den empirinära tolkningen	123
En samordningsanalys av ÄldreLotsen	124
”Det är inte möjligt att integrera alla tjänster för alla personer”	124
”Integrering kostar innan det betalar sig”	126
”Den som integrerar anger tonen för genomförandet”	128
”En fyrkantig bult kan inte integreras med ett runt hål”	129
”Din integrering är min fragmentering”	133
6. Förstoringsglasets logik	137
Vilka samordningsproblem var det som ÄldreLotsen avsåg att lösa?	137
Vilken sorts samordning åstadkom ÄldreLotsen?	139
Konsekvenser av förstoringsglasets logik	142
Studiens bidrag	145
Makt och gränser - förslag till fortsatt forskning	146
Referenser	148
Bilaga: Ytterligare resultat från enkäterna till målgruppen	152

Sammanfattning

Bakgrund: Denna uppsats handlar om ÄldreLotsen som är en telefonjour för äldre personer. ÄldreLotsen skapades som ett komplement till hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen. Personalen som svarar ger råd samt hänvisar eller lotsar den äldre till rätt instans. ÄldreLotsen samfinansierades av parter från Sahlgrenska Universitetssjukhuset, primärvården och stadsdelar i kommunen.

Problem och teoretisk referensram: Problembeskrivningarna handlade huvudsakligen om: 1) bristande samordning i ett fragmenterat välfärdssystem, 2) bristande tillgänglighet till de verksamheter som möter de äldres skiftande behov. Användbara teorier och modeller om arbetsfördelning och samordning valdes ut inom den contingency-teoretiska traditionen och diskursen om integrerad vård.

Syfte: Att studera samordningsproblem och samordningslösningar i fallet samt att pröva och diskutera modeller hämtade från den contingency-teoretiska traditionen för att på så sätt bidra till en pågående diskussion om integrerad vård.

Metod: Studien utgörs av en fallbeskrivning. Materialinsamlingen bestod av en kombination av olika slags intervjuer, enkäter, deltagande observationer och dokumentgranskning.

Slutsatser och bidrag: ÄldreLotsen avsåg lösa de samordningsproblem som uppkommer som ett resultat av en horisontellt fragmenterad arbetsfördelning. ÄldreLotsen löste en mindre del av de problemen. Den minsta gemensamma nämnaren för parterna var lösningen av tillgänglighetsproblemet. En kombination av flera mekanismer användes för att åstadkomma denna samordning. Lösningen innebar en relativt låg grad av integrering mellan verksamheterna. Genom att diskutera den vertikala arbetsfördelningens betydelse för horisontella samordningsmekanismer kombineras organisationsteori med modeller hämtade från diskursen om integrerad vård. Analysen bidrar således till diskursen genom att visa komplexiteten och konsekvenserna av samordningsmekanismerna som beskrivs i dessa modeller.

Förord

Denna uppsats bygger på en utvärderingsstudie av ÄldreLotsen som pågick från april 2005 till och med december 2006. Studien genomfördes vid FoU i Väst som tillhör Göteborgsregionens kommunalförbund. Utvärderingsstudien handledes av Lisbeth Lindahl. Jag vill rikta ett stort tack till henne och FoU i Väst som möjliggjorde mitt arbete med fallet som ligger till grund för denna licentiatuppsats.

Östen Ohlsson och Carina Löfström stod för handledning vid skrivandet av denna uppsats. Min tacksamhet riktas till dem både för givande teoretiska och analytiska diskussioner och för ert stöd i forskningsprocessen i övrigt. Utan er hade forskarutbildningens inledande kval varit svårare att utstå.

Flera andra har bidragit till mitt arbete med den här texten. Uppsatsen har, i mitt tycke, utvecklats mycket tack vare de synpunkter som lämnades vid slutseminariet. Läsningen som gjordes då stod Rolf Solli och doktorandkollegan Conny Overland för. Korrekturläsningen sköttes av frivilliga bland vänner och familj. Ett stort tack till doktorandkollegan Anna Johansson, vännen Bob Sperling och min man Mats Balkö för detta.

Utan styrgruppen för ÄldreLotsen, som lämnade sitt godkännande till forskningen, hade uppsatsen inte varit möjlig. Jag är tacksam för deras medverkan. Det är min blygsamma förhoppning att uppsatsen är till nytta för personer som arbetar med integrering av hälso- och sjukvård och social omsorg för äldre personer.

Den version av uppsatsen som du nu håller i din hand har rättats vad gäller de språkliga felaktigheter som fanns i uppsatsen som framlades vid seminarium den 14 september 2007.

Göteborg 2007-09-25

1. Inledning

Detta kapitel introducerar ÄldreLotsen och ger en kortfattad bakgrund till fallbeskrivningen som är ämnet för uppsatsen. Problem med samordning och integrering inom vården och omsorgen för äldre personer presenteras. Frågan varför det är av intresse att studera fallet ges ett svar. Kapitlet avslutas med uppsatsens syfte och en läsanvisning.

Introduktion till fallet ÄldreLotsen

Denna uppsats handlar om skapandet av en ny verksamhet inom vården och omsorgen av äldre personer. Den nya verksamheten uppkom genom samverkan mellan flera parter inom organisationer med skilda specialiteter och huvudmän.

ÄldreLotsen är en telefonjour som har öppet dygnet runt personer som är 75 år eller äldre och som bor i de stadsdelar i Göteborg som har anslutit sig till verksamheten. Informationen som ges till de äldre är att juren ska vara ett komplement till personernas ordinarie kontakter inom vård och omsorg. Den äldre personen kan lotsas vidare till rätt instans med hjälp av ett samarbetsavtal som finns med andra vård- och omsorgsverksamheter. För frågor som rör andra verksamheter än de som ÄldreLotsen har slutit avtal med hänvisas personen att själv ringa vidare. Samtalen som ÄldreLotsen har fått varierar mycket till innehåll och form. Här är några exempel hämtade från ÄldreLotsens dokumentation:

Fredag kl 15. Man: Sonen tycker att föräldrarna börjar tackla av och är i behov av lite hjälp. Lämnar tel.nr till biståndsbedömare.

Fredag kl 15. Kvinna, ringt flera gånger till ÄldreLotsen: Undrar om vi har telefonnummer till cigarraffären på Achebergsgatan. Vi kan tyvärr inte hitta detta men ger damen telefonnumret till nummerupplysningen.

Fredag kl 17. Kvinna: Har lite olika sjukdomar men framförallt väldigt dålig balans. Har blivit nekad fortsatt rehabilitering på några ställen pga att hon haft för dålig balans. Är en mycket positiv och utåtriktad dam med mycket ”spring i benen”. Tacksam för kontakt och förslag på hjälp. Lotsas till primärvårdsrehab-mottagningen.

Måndag kl 12: Har svårt att komma fram till Försäkringskassan Masthugget. Säger att jag tyvärr inte har någon ”gräddfil” till F-kassan. Försöker på nätet om jag kunde hitta något alternativt nummer, men får ge upp.

Lördag kl 16. Kvinna: Apodos [förpackade läkemedel] tar slut imorgon. Överlämnar till hemtjänsten i hennes område.

Lördag kl 24. Kvinna, ringt flera gånger till ÄldreLotsen: Mycket orolig, hjärtat ”hoppas”, undrar om hon får ta mer medicin. Lämnar över till Sjukvårdsupplysningen.

ÄldreLotsen var ett projekt och är numera en permanent verksamhet med ett växande geografiskt upptagningsområde. ÄldreLotsen startades i samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens organisationer i tre stadsdelar i Göteborg. Representanter inom Västra Götalandsregionens¹ sjukvård, stadsdelarnas sjukvård och äldreomsorg planerade och genomförde tillsammans införandet. Telefonjouren öppnade i slutet av 2004. Enligt skaparna av verksamheten finns inga andra telefonjourer för äldre av det här slaget i Sverige.

Idén om ÄldreLotsen kan spåras till en sammankoppling mellan de lokala sjukvårds- och äldreomsorgsaktörerna som hämtade inspiration från en försöksverksamhet i Stockholm och andra liknande projekt nationellt och internationellt (Ullaeus, Wallén, Hermansson-Jellbin, Angervall och Johansson 2005). ÄldreLotsen kan alltså ses som en del av en större trend som påverkar vårdens och omsorgens *organisering* i Sverige och internationellt. Trenden handlar om samverkan mellan organisationer.

De problem som kan ses som utgångspunkter för ÄldreLotsen klargörs i nästa avsnitt. Detta åtföljs sedan av en beskrivning av bakgrunden till förslagen på lösningar som verksamheten representerar.

Integrering - ett vanligt sätt att lösa ett vanligt problem

Vilka problem var utgångspunkten?

ÄldreLotsen är ett exempel bland flera som utvecklats och etablerats i syfte att lösa upplevda samordningsproblem som hindrar välfärdsproducenternas effektivitet. Kärnan i dessa organisationsförändringar är idén om att ökad samverkan, samordning eller integrering mellan olika verksamheter kan minska problemen med det som kallas för

¹ Motsvarar landstingsnivån.

”stuprörsorganisationer” i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Organisationer som karaktäriseras som ”stuprör” verkar i problembeskrivningarna ses som orsaken till två olika sorters problem: ett behov av *samordning* och bristande *tillgänglighet*.

Samordningsbehovet som beskrivs handlar om hur alla delar ska ”se sin del i helheten”. ÄldreLotsens problembeskrivningar handlar till stor del, direkt och indirekt, om att specialiseringen av vårdens och omsorgens olika funktioner lett till en splittring av hjälpen som ska möta en och samma individs behov (jmf Ullaeus et al 2005). Kontakten och kommunikationen mellan ”systemets” olika delar har enligt denna problembeskrivning komplicerats av gränsdragningar som korsar varandra på flera olika nivåer (jmf Michaeli 2006; Hernes 2003). Denna problematik blir tydlig när den äldre har en så kallad ”multisjuklighet”. Detta innebär att den äldre har många samtidiga behov som tas om hand av olika organisationer. Personen kan samtidigt behandlas av: 1) primärvården i form av vårdcentralsläkaren, 2) den kommunala hemsjukvårdens sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, 3) olika specialister i den öppna specialistvården på sjukhusen och 4) hemtjänstens undersköterskor (med ett delegerat sjukvårdsansvar för särskilda arbetsuppgifter, som att ge mediciner). Två olika huvudmän och flera olika vårdgivare är inblandade i personens hälso- och sjukvård. Till sjukdomarna kan ofta andra behov läggas som rör personens livssituation i stort. Exempel på dessa behov är: 1) vardagsrehabilitering², 2) meningsfulla aktiviteter, 3) så kallat ”särskilt boende” (äldreboende) eller 4) åtgärder som främjar kvarboende i den ordinarie bostaden genom till exempel bostadsanpassning, installation av larm, tillgång till färdtjänst och hjälp från hemtjänsten. Alla dessa behov har äldre rätt till från den kommunala huvudmannens verksamheter.

Ett annat motiv för ÄldreLotsens tillblivelse var väsentliga brister i *tillgängligheten* till både sjukvårdens och kommunens verksamheter. Många verksamheter som hjälpte äldre personer fanns, men utbudet beskrevs som svåröverblickbart (Ullaeus et al 2005). Svårigheterna att komma fram och att hitta rätt drabbar särskilt äldre personer som oftast både har ett större behov än andra grupper och en nedsatt förmåga att ta sig fram i ”välfärdssystemet”. Detta beskrivs i sin tur som ett effektivitetsproblem eftersom de äldre ibland får samma hjälp från två olika verksamheter eller får hjälpen för sent.

² Den rehabilitering som syftar till att upprätthålla personens funktioner så länge som möjligt i mosats till rehabilitering som strävar efter återställande av funktioner efter en sjukdom eller skada (Arman 2005).

Behoven kunde ha förebyggts om tillgängligheten och samordningen fungerat bättre. Konsekvenserna antas vara ett onödigt lidande och i värsta fall förkortat liv för äldre och ibland även för deras anhöriga (Socialstyrelsen 2003). Problem av det här slaget beskrivs ofta i offentliga utredningar och förs fram av media (ex. Göteborgsposten 2007, Socialstyrelsen 2001).

Vilken typ av lösning är ÄldreLotsen?

Det övergripande målet för ÄldreLotsen var att skapa en ökad trygghet för äldre som bor hemma genom att de skulle veta att det fanns en telefonjour att vända sig till där man alltid kan komma fram och få svar på sin fråga. En gemensam kontaktpunkt skapas på så sätt för att hjälpa den äldre personen att hitta ”rätt vårdnivå vid rätt tillfälle” vilket kan förebygga större och dyrare behov i framtiden (ÄldreLotsen 2007). Exempelvis kan ett besök vid vårdcentralen eller ett hembesök i vissa fall förebygga en inläggning på sjukhus eller ett besök vid akutmottagningen (jmf Ullaeus et al 2005). Genom skapandet av telefonjouren ämnade ÄldreLotsen lösa både problem med samordning och problem som handlar om tillgänglighet.

Inspiration till idén om telefonjouren och en förmedlande eller lotsande funktion i Göteborg kom från ett koncept som utvecklats i England och kallas för EPICS. Förkortningen står för: ”Elderly Peoples Integrated Care System”. Idén bygger på att ett splittrat och otillräckligt samordnat hjälputbud kan förbättras på ett resurssnålt sätt genom att de befintliga verksamheterna kompletteras med en sorts sambandscentral och satsningar på tidiga, snabba och förebyggande insatser. EPICS-konceptet bygger alltså på en liknande problembeskrivning och föreslår liknande lösningar som ÄldreLotsen (Foote och Stanners 2002).

Internationellt finns ett samlingsbegrepp som idag används av forskare och praktiker som arbetar för att lösa problemen med bristande samordning eller icke-fungerande arbetsfördelning, precis som ÄldreLotsen. Begreppet är ”Integrated care”, i denna uppsats fortsättningsvis kallat ”integrerad vård” (Reed et al 2005; Leichsenring 2004; Kodner och Spreeuwenberg 2002)³. Forskningen om integrerad vård utgår från relativt

³ I Sverige börjar begreppen ”närsjukvård” eller bara ”närvård” spridas (Springett et al 2006; Michaeli 2006; Sveriges kommuner och Landsting 2005; Socialstyrelsen 2003). ”Sammanhållen vård” är

likartade problembeskrivningar där samordning och tillgänglighet ingår. Det finns däremot en variationsrikedom när det gäller olika typer av samordningslösningar, teoretiska begrepp och modeller som föreslås (Reed et al 2005).

Ett sätt att beskriva skapandet av ÄldreLotsen är alltså att en ny enhet och arbetsfördelning infördes med syfte att uppnå en ökad *integrering* mellan verksamheter med olika funktioner för de äldres välfärd, enligt forskningen om integrerad vård. Skapandet av ÄldreLotsen kan på så sätt betraktas som en rörelse från ”icke-optimala” och vertikala organisationer till nya strukturer där tidigare åtskilda organisationer länkas samman.

Fortsättningen av detta inledande kapitel används för att beskriva på vilket sätt det är intressant och lärorikt att studera fallet ÄldreLotsen med hjälp av organisationsteoretiska modeller som beskriver olika former av integrering eller samordning.

Varför studera fallet ÄldreLotsen?

För att förbättra vården och omsorgen för äldre

Denna uppsats utgår från att ett viktigt mål för samhällsvetenskaplig forskning är att kunskapen som skapas ska vara till nytta i praktiken. Forskning bör på detta sätt syfta till att bidra till att världen förbättras (Flyvbjerg 2001). Äldres vård och omsorg är ett växande verksamhetsområde. Detta illustreras bland annat av den medialt uppmärksammande politiska debatten om de stora grupperna av blivande pensionärer (se t.ex. Aftonbladet 2004). Den ökade andelen äldre i samhället medför ett ökat behov av samordning för att upprätthålla välfärdsproduktionens kvalitet och effektivitet samt minska belastningen på anhöriga. Äldres vård och omsorg kan med andra ord generellt sett sägas vara ett viktigt utvecklingsområde. Forskning om ÄldreLotsen och annat inom äldreområdet bör bidra till denna utveckling.

ytterligare ett konkurrerande epitet och det angränsande begreppet ”vårdkedja” har använts under en längre tid (jmf Trädgårdh och Lindberg 2002).

Frågor om samordning mellan ”stuprörsorganisationer” handlar till stor del om arbetsfördelning. Denna typ av frågor är av följande slag: Vem har mandatet att hjälpa den gamle med vad? Vem ska avgöra vilken hjälp som behövs, i varje given stund? Vilka är ansvariga? Blir summan av alla insatser och vård något som är bra för ”brukaren”? (Gurner och Thorslund 2003). ÄldreLotsens problembeskrivning och försök att lösa några av de beskrivna problemen överensstämmer med idéer som har framförts i såväl lokala som nationella strategier för utvecklingen av äldrevården i Sverige (Socialstyrelsen 2003; Sveriges Kommuner och Landsting 2002; Göteborgs Stad 2001). Enligt dessa beskrivningar utsätts offentlig sektor och välfärden för utmaningar som växer med andelen äldre i befolkningen. Utmaningarna handlar ofta om arbetsfördelningens och samordningens organisering. I Regeringens proposition och handlingsplan för hälso- och sjukvården (1999/2000:149) står det till exempel att läsa:

1990-talet har [vidare] präglats av en förändrad arbetsfördelning där den öppna vården utanför sjukhusen, primärvården i landsting och kommuner, har fått ansvar för patienter med allt tyngre vårdbehov. Denna öppna vård har emellertid inte fått motsvarande kapacitetsförstärkningar, vilket leder till problem med *tillgänglighet*, kvalitet och *samordning* inom stora delar av vården. /.../ För att målen skall kunna uppnås krävs inte bara *strukturförändringar* utan också ett fortsatt utvecklingsarbete inom flera områden: Det gäller [bl.a.] samverkan mellan vårdens olika delar. Oavsett om vården sker vid sjukhus eller inom primärvården – och oavsett huvudman och driftsform – skall kommunikationen och samarbetet fungera så väl att alla insatser sker på ett *samordnat* sätt [uppsatsförfattarens kursivering] (s. 7 och 22f).

Forskning om äldre är ett område som av vissa anses vara understuderat (Björkemarken 1995; Szebehely 2000). Mariann Björkemarken anser att detta beror på att äldres välfärd är en fråga som har relativt låg status som forskningsämne och verksamhetsområde. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) anser i en genomgång av forskningsbasen att det saknas tillräcklig kunskap om

organisierungsformer som stärker kontinuiteten i vården. Samordnade vårdplaneringar⁴ används som exempel men det kan även tolkas som att SBU efterlyser andra studier om samordning och organisering av äldres vård i Sverige idag:

Fler skandinaviska studier behövs, framför allt svenska, utifrån våra organisatoriska förhållanden med samverkan mellan sjukvård och socialtjänst. En RCT [randomiserad studie] med interventionen ”case management” gjord i USA har ofta ett begränsat värde för klinisk tillämpning i svensk vardagsvård, då så stor olikhet föreligger i organisation, ekonomiska styrsystem, juridiska aspekter och vårdtradition (SBU 2003).

Studier av just arbetsfördelning och samordning på äldreområdet verkar därför kunna bidra till utvecklingen av praktiken. På så sätt kan en dylik studie av ÄldreLotsen göra nytta, i enlighet med målsättningen för samhällsvetenskaplig forskning som beskrevs tidigare i detta avsnitt.

Organisationsteoretiska möjligheter

Ett organisationsteoretiskt perspektiv på frågan om integrering finns inom det som ofta kallas för Contingency Theory⁵. Detta är ett samlingsnamn för flera olika sorters teorier (Donaldson 2001). Forskare inom denna tradition har bidragit med beskrivningar av organisationsstrukturer och kunskap om arbetsfördelningens möjligheter och restriktioner. I samma stund som arbete fördelas uppstår, enligt dessa författare, ett behov av någon form av samordning. Annars saknar de uppdelade funktionerna möjlighet att verka i en gemensam riktning. Teorierna betonade alla risken att samordningsbrister leder till att organisationer presterar undermåligt (jmf Lawrence och Lorsch 1967; Thompson 1967; Galbraith 1977; Mintzberg 1979). Samordningen kan ske på flera olika sätt: formellt och informellt eller på olika nivåer eller riktningar inom och mellan organisationer.

⁴ En metod för att göra bedömningar av en persons behov av insatser (ofta från socialtjänsten), t.ex. hemtjänst. Dessa bedömningar görs ofta vid ett organiserat möte på sjukhuset i samband med personens utskrivning. Vårdplanering ska ske i samråd med ev. berörda anhöriga och sjukvården.

⁵ Contingency Theory betyder ungefär ”teorier om omständigheter och förutsättningar”, det vill säga situationsanpassning.

Kunskaper som samlats inom organisationsteorin används inte fullt ut i den praktiska diskurs som utgör bakgrunden till ÄldreLotsen. Ändå bär teoretiska modeller inom denna tradition en logisk likhet med de utgångspunkter som företrädarna för ÄldreLotsen (och liknande verksamheter) använder i sina problembeskrivningar. Den contingency-teoretiska skolan av teorier ser sambandet mellan arbetsfördelning och behov av samordning som en funktionalistisk och huvudsakligen rationell process med överlevnad för de mest effektiva organisationer som mål. Överensstämmelsen mellan utgångspunkten för ÄldreLotsen och de problem som vården och omsorgen sägs stå inför innebär att det är ett betydande exempel att studera för att lära mer om de aktuella problem och lösningar som initieras idag. Ett contingency-teoretiskt perspektiv kan fördjupa och vidga kunskapen om arbetsfördelning och samordning som här beskrivits som utgångspunkt för både ÄldreLotsen och forskning om integrerad vård.

En styrka med detta teoretiska perspektiv, är att eftersom det liknar de begrepp och förklaringar som används i verksamheterna som studeras, är perspektivet troligen kommunicerbart. Likheten gör att modellerna kan upplevas som relevanta av och i praktiken. Detta kan vara särskilt viktigt eftersom ÄldreLotsen påstås vara något helt nytt i Sverige. Det finns troligen lärdomar att hämta för praktiker och beslutsfattare på andra platser som vill göra något liknande (eller som tvärt om vill stärka sina argument för avstå).

Teorierna och modellerna behöver utvecklas

Integrering kan ske på många olika sätt. ÄldreLotsens utformning är inte den enda tänkbara lösningen för problemen med samordning som beskrivits. Även EPICS-försöken som ÄldreLotsen inspirerades av valde ofta en annan typ av integrerande organisationslösning. I England har exempelvis en form av vårdkoordinatorer införts som kan följa en äldre persons olika vård och omsorgsinsatser över tid för att samordna dessa (Foote och Stanners 2002). I Stockholmsprojekten prövades det fullständiga EPICS-konceptets målsättning som innefattar både *akut* och *förebyggande* hjälp (Stens, Henriksen och Karlsson 2003). Ursprungligen planerades även en vidareutveckling av ÄldreLotsen som skulle kompletteras med insatser för att förebygga de frågor som telefonjouren fick.

Det finns flera teoretiker som har beskrivit olika sätt att integrera fragmenterade organisationer. Modeller inom både Contingency-teori och forskningen om integrerad vård ställer verksamheter som ÄldreLotsen inför ett val mellan olika nivåer och typer av integrering. Ett felaktigt val i en felaktig situation anses leda till att verksamheten riskerar att ”misslyckas” (Donaldson 2001; Leutz 1999). De varierade formerna av integrering delas in i olika kategorier. Kategorierna som används för att beskriva olika former av integrering kan dock utvecklas för att bättre passa nya lärdomar och den utveckling som sker i praktiken (Kodner och Spreeuwenberg 2002).

Teoretiska begrepp från tidigare organisationsteoretisk forskning generellt, och contingency-teori i synnerhet, saknas oftast i det vetenskapliga och teoretiska samtal som denna uppsats ämnar bidra till (se Åhgren och Axelsson 2007; Lynn et al 2007; Kodner 2006; Nies 2006; Reed et al 2005; van Raak et al 1999; Leutz 1999). Undantagen representeras bl.a. av svenska managementforskare inriktade på folkhälsa (Axelsson och Bihari Axelsson 2006 och 2007) och av några andra internationella forskare (Kodner och Spreeuwenberg 2002; Moscovice et al 1997). Fallet ÄldreLotsen kan därför användas för att utveckla de teoretiska modeller som används i diskussionen om integrering och utveckling av äldre personers vård, med hjälp av det contingency-teoretiska perspektivet.

Syftet med uppsatsen

Syftet med denna uppsats är att ge svar på följande frågor:

1. Vilka samordningsproblem var det som ÄldreLotsen avsåg att lösa?
2. Vilken sorts samordning åstadkommer ÄldreLotsen?

Vid besvarandet av dessa frågor är studiens syfte även att pröva och diskutera modeller för arbetsfördelning och samordning, för att på så sätt bidra till kunskapen och diskussionen om integrerad vård.

Läsanvisning

Kapitel två anger studiens teoretiska referensram och beskriver de begrepp och modeller som används i senare kapitel för att analysera fallet. I kapitlet utökas diskussionen om de problemformuleringar som ligger till grund för lösningen som

ÄldreLotsen erbjöd. De utvalda organisationsteorierna beskrivs och jämförs med varandra.

Kapitel tre beskriver metoderna för insamling och analys av kunskap som använts i studien. En diskussion om valet av metoder och förhållningssätt till praktikens egna teorier och begrepp beskrivs kortfattat.

Kapitel fyra innehåller fallbeskrivningens resultat. Kapitlet inleds med en kort historisk återblick över förändringar som påverkat äldre i samhället under det senaste århundradet. Därefter följer beskrivningarna av verksamhetens tillblivelse och utveckling, de äldre personernas perspektiv på ÄldreLotsens förmedlande funktion och sist ett samordningsperspektiv där effekter för samverkansparterna inkluderas.

Kapitel fem innehåller analysen av fallet ÄldreLotsen och är indelad i två delar. Den första delen är empirinära och sammanfattar fallbeskrivningen i det föregående kapitlet samt diskuterar resultaten. I den andra delen används analysapparaten bestående av de teoretiska modeller och begrepp som beskrivs i kapitel två. ÄldreLotsens arbetsfördelning och samordning diskuteras med hjälp av de teoretiska perspektiven.

Kapitel sex sammanfattar studiens slutsatser och lämnar svaren på syftets frågeställningar som genererats. Slutligen beskrivs studiens bidrag, såväl de empiriska som de teoretiska, innan några framåtblickande förslag för fortsatta studier får avsluta uppsatsen.

Benämningar och förkortningar

Det finns flera ord som kan användas för att beskriva de äldre personer som vänder sig till ÄldreLotsen och som ingår i målgruppen. Ibland beskrivs de som brukare och vid andra tillfällen som patienter. I denna uppsats kommer begreppen ”äldre” och ”äldre personer” att användas i så stor utsträckning som möjligt. De personer som använt ÄldreLotsens tjänster beskrivs även ibland som ”användare”.

Förkortningar:

BB	Biståndsbedömare
BUM	Beställar-/utförarmodellen
HL	Husläkare
HSV	Hemsjukvård
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
SoL	Socialtjänstlagen
TJ	Trygghetsjouren
T-larm	Trygghetslarm
VC	Vårdcentral
ÄL	ÄldreLotsen

2. Teoretiska begrepp och problemanalys

Frågor om arbetsfördelning och samordning kan betraktas med hjälp av flera olika teoretiska modeller. I detta kapitel beskrivs de som valts ut för denna uppsats och deras inbördes förhållanden och koppling till fallet. Med hjälp av de utvalda modellerna och begreppen specificeras forskningsfrågorna som kommer att användas vid analysen av fallbeskrivningen och de empiriska resultaten.

Arbetsfördelningens möjligheter och restriktioner

En utgångspunkt för ÄldreLotsen är en problembeskrivning där samverkanssvårigheter ses som ett av de mest avgörande hindren för en god vård och omsorg för äldre. Idén om behovet av strukturell integrering kan ses som en naturlig fortsättning på denna typ problembeskrivning där arbetsfördelning spelar en avgörande roll.

Arbetsfördelning – begrepp och utgångspunkter

Vad är arbetsfördelning och varför förekommer det? James D. Thompson (1967) beskriver arbetsfördelning som en form av homogenisering, alltså att en verksamhet eller en del av en verksamhet renodlas: *Genom att begränsa ansvar, kontroll över resurser och dylikt, ställer organisationen upp ramar för sina medlemmar inom vilka det är skäligen att förvänta sig effektivitet* (s. 72). Basen för det som renodlas kan vara 1) gemensamma arbetsuppgifter, 2) ett gemensamt syfte eller bidrag, 3) en viss kundkrets eller 4) ett gemensamt geografiskt område. Dessa fyra element av arbetet prioriteras i olika grad och används som bas för indelningar av arbetsgrupper, avdelningar eller organisationer. Indelningen påverkar vilka personer och funktioner som har kontakt med varandra och vilka som får svårare att ha kontakt. Prioriteringen och indelningen måste därför göras med hänsyn till de beroendeförhållanden som finns mellan indelade funktioner. Om beroendeförhållandena inte hanteras kan detta hindra ett effektivt arbete.

Henry Mintzberg (1989) menar att all organisering av mänsklig aktivitet ställer två fundamentala och motsatta krav: *fördelningen* av arbetet i olika arbetsuppgifter som ska genomföras och *samordningen* av dessa uppgifter för att slutföra aktiviteten. Samordning är dock ett fenomen i organisationer som alltid ”kostar”, vilket kommer att beskrivas mer noggrant längre fram i detta kapitel. Om en homogenisering finns är arbetet lättare att standardisera eftersom samma regler kan gälla för alla i gruppen/organisationen och förändringar påverkar alla samtidigt (Thompson 1967, s. 77ff).

Skälen till indelningen är alltså ekonomiska. Arbetsfördelning anses mer effektivt än att låta alla personer göra samma saker. Om en person bara ansvarar för en mindre del av hela arbetsprocessen begränsas belastningen på personens inläring, förståelse och det fysiska genomförandet/hantverket (Galbraith 1977). Arbetsfördelning är alltså ofta en form av effektivisering som automatiskt leder till behov av samordning. Ett sätt att fördela är genom specialisering. Mintzberg (1989) beskriver hur specialiseringen kan ske i två dimensioner vilka han kallar för ”bredd” (eller omfattning) och ”djup” (eller kontroll över arbetet). Detta synsätt används ofta inom organisationsteori och beskrivs alltså metaforiskt med hjälp av dimensioner i det horisontella respektive det vertikala planet (Axelsson och Bihari Axelsson 2006/2007; Galbraith 1977). Ett arbete är specialiserat horisontellt om arbetsprocesserna är indelade i mindre, separata delar medan den vertikala specialiseringen handlar om bildandet av hierarkier där ansvaret för beslutsmakten och kontrollen delas samt utförandet av arbetet separeras från administrering av uppgiften (Mintzberg 1989, s. 69ff).

Paul R. Lawrence och Jay W. Lorsch (1967) påpekade att indelningar i skilda funktioner eller grupper påverkar människorna som arbetar eftersom det innebär en specialisering av deras arbetssätt men även deras mentala intressen. Skillnaderna som uppstår i attityder och beteende är lika viktiga som de instrumentella och teknologiska skillnaderna i hur människorna arbetar och vad de gör. Deras intresse och uppmärksamhet riktas och avgränsas.

Specialisering hänger förstås även samman med utvecklingen av professioner. Utbildning och fortbildning utformas för att förbereda personer för särskilda arbetsuppgifter i specialiserade organisationer. En professionalisering innebär även

samordningsformer och homogeniserande krafter som går utanför och skär tvärs igenom de vanliga organisationsgränserna. Professionella personer ingår oftast i nätverk och sammanslutningar som fortsätter att påverka attityder och beteenden genom hela arbetslivet, oavsett organisationstillhörighet (Galbraith 1977).

Arbetsfördelningen i vården och omsorgen för äldre

Framförallt vården men även äldreomsorgen har traditionellt haft en så kallad funktionell organisationsstruktur. Det innebär att olika funktioner har skiljts åt och specialiserats med förväntningen att de tillsammans ska bidra till en helhet. Personen som vårdas och får omsorg måste då förflyttas mellan de åtskilda funktionerna, som var och en arbetar effektivt (jmf Trägårdh och Lindberg 2002; Mintzberg 1979). Ulla Gurner och Mats Thorslund (2003) anser att specialiseringen inom vården och omsorgen sker på två olika sorters grunder: en specialisering av *arbetsuppgifter* eller en specialisering av vilken *målgrupp* verksamheten riktar sig till. En arbetsfördelning utifrån syfte, bidrag eller ett geografiskt område används alltså i mindre utsträckning (jmf Thompson 1967).

Det kan dock vara svårt att generalisera om arbetsfördelningen i hälso- och sjukvården samt omsorgen. Några generella mönster som beskrivs verkar snarare handla om skillnader mellan logikerna som används inom de olika områdena. Flera grundläggande skillnader mellan sjukvård och social omsorg har till exempel kommenterats av forskare och författare (Michaeli 2006; Rom 2006; Wikström 2005; Westlund och Sjöberg 2005; Johansson 2001; Nordström 2000; Gustafsson 1999; Berg 1994). Skillnaderna som beskrivs handlar till exempel om ”vårdideologier”, det vill säga synen på vad vård eller omsorg är. Skilda synsätt finns när det gäller den enskilda personens självbestämmande och hjälparens roll, samt inriktning på diagnostisering, bot, lindring eller rehabilitering.

Även inom sjukvården finns skillnader. Ett exempel är skillnader mellan akut och planerad sjukvård, sluten- och öppenvård, specialist- och allmänmedicin. Skillnaderna gäller synsätt - till exempel visar detta sig vid etiska ställningstaganden - men även sättet att dela in arbetet. De skilda logikerna beskrivs bland annat i Rolf Å. Gustafssons (1987) historie-sociologiska studie av den svenska sjukvården. Han visade att det sedan

länge funnits en konflikt mellan individuell behandling och kollektivt folkhälso- och välfärdsarbete. Inom sjukvården har individens problem fått en framstående och legitim plats. Den individuella omsorgen inom kommunen har däremot skymts av den allmänna socialpolitiska utvecklingen, till exempel förvaltningen av socialförsäkringssystemet. Det som kallas för "akutvårdsmodellen", det vill säga specialiserad akutsjukvård vid sjukhusen, har historiskt oftast fått företräde och utvecklats mer än andra former av ideologier och arbetsfördelningslogiker. *"Akutvårdsmodellen har konsoliderats som hälso- och sjukvårdens kärna."* (Gustafsson 1987, s.367)

Sjukvårdens parter delar alltså in den äldre personen med tillhörande arbetsuppgifter i vårdcentrals- och primärvårdspatient kontra akutsjukvårdspatient. Kommunaktörerna gör enbart en uppdelning mellan personer över 65 år och de som är yngre. Gustafsson (1987) såg en generell tendens till en "sorteringsproblematik", som är en konsekvens av den organisatoriska tredelningen som hans studie visade; mellan "psykiska, kroppsliga och vardagliga hjälpbehov" (s. 361). Problemet drabbar speciellt äldre personer med svårsorterade behov.

Inom sjukvården sker uppdelningen som sagt både horisontellt (arbetets bredd) och vertikalt (arbetets djup) (jmf Mintzberg 1979). Fördelningen baseras på olika former av vård och behandling, olika typer av diagnoser, olika organ som drabbats, olika professioners kunskaper samt olika typer av undersökningar och stödverksamheter. Ytterligare ett exempel på skillnaderna mellan sjukvård och omsorg finns i den vertikala arbetsfördelningen. Hemtjänstens organisation beskrivs som otypiskt icke-hierarkisk och platt (Tullberg 2006). I motsats beskrivs akutsjukvården som extremt hierarkisk (Gustafsson 1987). Ädelreformen har dock inneburit att personalen inom den sociala omsorgen som är mer av generalister, i högre grad samarbetar med sjukvårdens mestadels högspecialiserade funktioner. Det sker även en större och större inblandning och överlappning mellan sjukvård och omsorg (Johansson 2001).

Gamla problem orsakade av splittringen som specialiseringen verkar leda till ständigt nya lösningar i en ny tid. Varför? Enligt contingency-teori måste organisationer situationsanpassa sin struktur, det vill säga arbetsfördelning och samordning. Omvandlingar i miljön som organisationerna befinner sig i leder till behovet av nya sätt

att organisera (Donaldson 2001). Annars minskar organisationernas passform och därmed deras förmåga att uppnå sina mål, i detta fall att ge vård och omsorg till äldre. Några av de förändringar som påverkat arbetsfördelningen i offentlig sektor beskrivs i nästa avsnitt.

Förändringar av arbetsfördelningen

Vilka förändringar som har påverkat arbetsfördelningen inom vården och omsorgen för äldre personer, på senare tid? En kartläggning från Socialstyrelsen beskriver en upplevd dubbelhet i vårdens utveckling:

Några huvudmän talar också om en utveckling där en ökad centralisering av vårdresurser sker parallellt, eller åtminstone kan ske parallellt, med en ökad grad av decentralisering. /.../ Den högspecialiserade vården koncentreras eftersom kostnader för teknisk utrustning och en mycket hög kunskaps- och specialiseringsnivå kräver det. Samtidigt ger ny teknik, bl.a. för kommunikation och överföring av information, möjligheter att bedriva en utvecklad basal vård av hög kvalitet mer oberoende av geografiska avstånd än vad som tidigare varit möjligt. (Socialstyrelsen 2003, s.19)

Gurner och Thorslund (2003) håller med om att organisationer som möter äldre personer med vård och omsorgsbehov träffar personer i andra miljöer än tidigare och med andra typer av behov. Samtidigt är organisationernas egna resurser mindre eller åtminstone mer splittrade. Sammantaget leder detta, enligt författarna, till att behovet av samordning med andra enheter blir större. Istället beskrivs ofta konflikter mellan de ansvariga:

Vissa sjukvårdshuvudmäns erfarenheter talar om att samverkan med kommunerna inte fungerar särskilt bra. Man ser på olika sätt på vad som är hälso- och sjukvårdens ansvar och vad som inte är det. Till exempel förs diskussioner /.../ kring vad som är att beteckna som hälso- och sjukvård respektive egenvård och vad som då faller inom landstingets respektive kommunernas ansvar. (Socialstyrelsen 2003, s. 22f)

Betydande omvandlingar av vården och omsorgen av äldre har beskrivits. Flera av tendenserna för 1990-talets utveckling inom offentlig sektor sammanfattas i en statlig offentlig utredning (SOU 2000:38). Omvandlingarna handlade till stor del om

införandet av olika typer av marknadsprinciper i offentlig sektor. En av författarna beskrev hur detta påverkade gränser mellan organisationerna genom ”omdragningar” (Svedberg Nilsson 2000). Denna organisationsanalys sammanfattas i tabell 1.

Tabell 1. Marknadisering i offentlig sektor (Svedberg Nilsson 2000, s. 225ff).

	<i>Gränser</i>		
	Mellan offentligt och privat	Mellan nivåer	Internt
Typ av gränsomdragning	Bolagisering Ex. sjukhus	Kommunalisering Ex. ÄDEL	Beställar- utförarmodellen Ex. hemtjänsten, hemsjukvården
	Privatisering Ex. entreprenader	Regionalisering Ex. VGREG	Resultatenheter Ex. vårdcentraler, specialistkliniker

Alla dessa olika typer av reformer leder enligt författaren till nya och ofta ökat antal gränser, alltså oftast en sorts splittring. Motiven till reformerna var tre normer: renodling, effektivitet och kund Anpassning (Svedberg Nilsson 2000).

Ett viktigt exempel på hur dessa motiv verkade inom vården och omsorgen för äldre är Ädelreformen. Den syftade till att avmedikalisera och därmed *renodla* äldreomsorgen. De gamla ”vårdhemmen” överläts från landstingen till kommunens mer omsorgsinriktade regi. *Effektivitet* skulle uppnås genom att ”utskrivningsklara” äldre snabbare skickades hem från sjukhusen; till en billigare vårdform som tillhörde kommunen. Det motiverades samtidigt med argumentet *kund Anpassning* eftersom tanken var att äldre personer skulle kunna välja i vilken miljö de tog emot vård: hemmet, äldreboendet eller sjukhuset (Svedberg Nilsson 2000). I praktiken har den önskade avmedikaliseringen emellertid lett till (fortsatta) svårigheter att nå fram och få en kontinuerlig och samordnad vård och omsorg, oavsett boendeform. Dessutom har resursbrister gjort att valfriheten har fått stryka på foten och ransoneringar av hemsjukvård och särskilda boenden har istället blivit vanliga (Andersson och Karlberg 2000).

Ädelreformen är ett exempel på ett försök att minska och underlätta övergångarna mellan vårdens och omsorgens olika delar (Andersson och Karlberg 2000). Försöken

att förbättra samverkan och införa integrerad vård liknar varandra över hela västvärlden eftersom många länder har upplevt liknande problem med fragmenterad vård och en åldrande befolkning. Integreringen har dock inte haft någon större effekt ännu, enligt en sammanställning från nio länder i Europa. Integreringsivern motverkas av andra krafter som fortsätter att splittra vården och omsorgen om den äldre befolkningen i dessa länder. Dessa utgörs till exempel av det ökade inslaget av marknadsorganisering, bristen på kunskap hos ledare om samverkan och samordning, bristen på omsorgspersonal och en generell trend mot nedmontering av utbudet av sociala tjänster i samhället (Leichsenring 2004).

Det sker alltså förändringar i den organisationsmiljö som vården och omsorgen om äldre befinner sig i. Förändringarna verkar leda till nya problem med arbetsfördelning som organisationerna av idag måste lösa. Svenska organisationsforskare har beskrivit en ”organisationifiering” av vården med fler och mer avgränsade enheter (Sahlin-Andersson i Lindberg 2002). Drivkraften har förutom reformerna bland annat varit en ökad professionalisering och specialisering av kompetensen hos personalgrupperna. I sin forskning om den sociala omsorgens akademisering diskuterar Stina Johansson (2001) hur professionalisering motiveras med två samexisterande drivkrafter: att utöka en grups makt i organisationerna samt öka kvaliteten i arbetet genom att höja kompetensen. Ett annat sätt att uttrycka maktaspekten av drivkrafterna är att tala om en strävan efter legitimitet (jmf Lindberg 2002). Johansson (2001) menar att konkurrensen mellan de olika yrkesgrupperna i vård och omsorg har ökat i takt med att marknadstänkandet och marknadskrafterna har ökat.

Sammanfattningsvis kan de mönster som beskrivits i detta avsnitt sägas handla om hur de professionella gruppernas strävan efter excellens och/eller inflytande i kombination med en marknadisering och nya former av arbetsfördelning lett till smalare och smalare arbetsområden. Detta är ett mönster som har pågått under en längre tid inom sjukvården (Anell 2005; Andersson och Karlberg 2000; Borgert 1994; Gustafsson 1987). I socialtjänsten och omsorgen finns inte samma starka tradition av specialisering även om den börjat kunnat urskiljas på senare tid (Johansson 2001).

Stuprör, ansvarsglapp och fragmentering

Ett viktigt motiv till skapandet av ÄldreLotsen och andra liknande verksamheter handlar om svårigheterna att hitta en effektiv form av arbetsfördelning och samordning mellan olika verksamheter. Dessa motiv beskrivs gärna med hjälp av målande metaforer, till exempel att ”personer faller mellan stolarna”. Ett problem som redan beskrivits är det som kallas för ”stuprörsorganisationer”. Med detta menas att de organisationer som är till för att hjälpa olika delar av befolkningen har allt för snäva gränser för sina ansvarsområden. En utpräglad specialisering leder till att när en person kommer till en verksamhet för hjälp, kan denna organisation bistå med vissa tjänster (i ett stuprör) men inte förmedla kontakter till andra verksamheter (som tillhör andra stuprör) som kan tillgodose personens övriga behov. Om en person har behov som passar in i flera olika organisationers stuprör kan en otydlig ansvarsfördelning uppstå.

Ett exempel på problem kring arbetsfördelning i vården av äldre uppstod efter Ädelreformen. Reformen ledde till att distriktssköterskor och läkare vid vårdcentraler fick minskade möjligheter att göra hembesök, särskilt i många städer. Istället byggdes en hemsjukvård upp inom kommunal regi, dock ofta med sämre tillgång till läkare och andra medicinska resurser (Rom 2006). Konsekvensen blev att en koordinering krävs mellan vårdcentralen som sköter alla dem som kan ta sig dit visavi hemsjukvården som är ansvarig för de övriga patienterna. Ett remissförfarande och byråkratiska procedurer har exempelvis införts på de flesta ställen i Göteborg för att sortera vilka personer som ska få hemsjukvård från de som inte får denna hjälp. En så kallad ”gråzon” uppstår som ett resultat av den nya indelningen i olika målgrupper.

Denna typ av problem lyfts även fram i utredningar och planer för förbättringar av äldres vård och omsorg på kommunal nivå. ÄldreLotsen har till exempel i sin projektplan utgått från Socialstyrelsens lägesrapport om äldrevården (2003) och Göteborgs Stads äldreomsorgsplan som gäller 2002-2010 (Göteborgs Stad 2001), som i sin tur bygger på regeringens nationella handlingsplan. I dessa skrifter betonas behovet av ökad samverkan och smidigare lösningar, som ska komma äldre personer till del. I Göteborgs äldreomsorgsplan finns till exempel följande formulering:

Samspelet mellan olika vårdgivare behöver utvecklas. Målet är att äldre inte ska påverkas av att det är olika organisationer som tillgodoser deras behov av vård och omsorg (Göteborgs Stad 2001, s. 9).

Inom hälso- och sjukvården har behovet av bättre koordinering mellan organisationer diskuterats länge. Utifrån detta har ett antal ”vårdkedjeprosjekt” drivits. När det gäller vården formuleras problemet exempelvis på följande sätt:

Hälso- och sjukvården består av fragmenterade vårdprocesser där varje aktör och funktion gör sitt bästa, men sambanden dem emellan och bristen på helhetssyn skapar osäkerhet både hos patienter och hos medarbetare. Detta förhållande ger en otydlig bild av vårdens kompetens och kvalitet och kan leda till att patienter söker eller remitteras till annan kompetens eller vårdnivå än som är relevant (Socialstyrelsen 2003, s. 54).

Tillgänglighetsproblemet

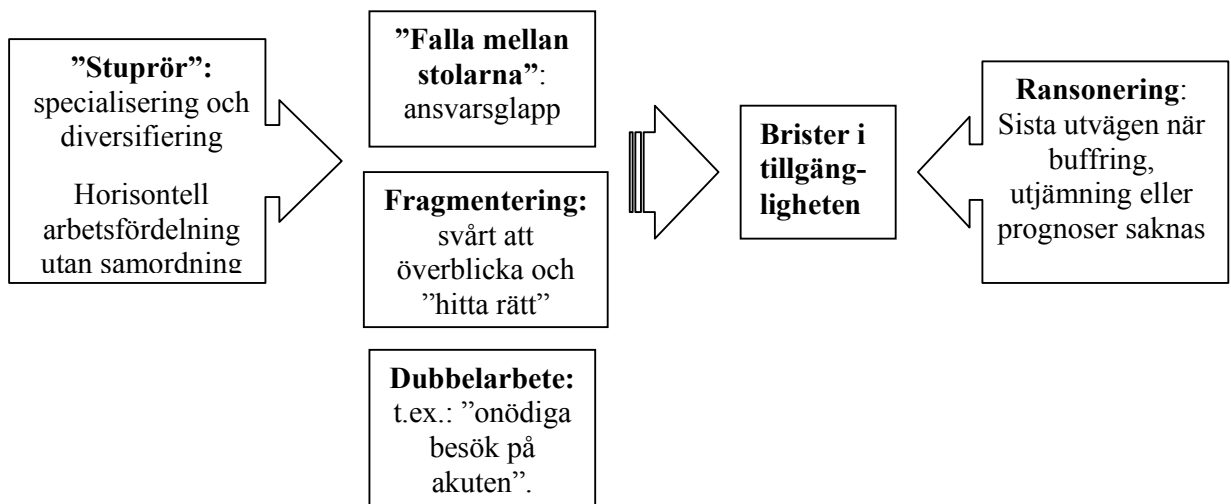
I den beskrivning som lämnats hittills finns två element som analytiskt kan skiljas åt: problem med en arbetsfördelning som inte samordnas (till exempel stuprör) och problemet med begränsad tillgänglighet till hjälpen. I ÄldreLotsens egna beskrivningar skiljs dessa problem inte ut var för sig men teoretiskt skulle de kunna ha olika orsaker och därför även leda till behov av olika lösningar.

Flera av de citerade offentliga utredningarna och rapporterna blandar beskrivningarna av dessa problem, precis som ÄldreLotsen (jmf Ullaeus et al 2005). Tanken verkar vara att den otydliga arbetsfördelningen som uppstår i glappen mellan de specialiserade organisationerna även gör att vissa personer i målgruppen inte fångas upp i sina försök att få tillgång till hjälpen. Eftersom ansvaret inte är tydligt anstränger sig organisationerna inte att tillmötesgå de personer eller grupper som hamnat i gråzonen.

Ett exempel på tillgänglighetsproblem för äldre personer gäller läkarvård i hemmet. Socialstyrelsen (2002, s. 52) undersökte hur mycket av primärvårdsläkarnas tid som ägnades åt den äldre delen av befolkningen. Totalt sett utgjorde denna del 29 procent av deras faktiska arbetstid. Endast en mycket liten del av arbetet med äldres vård ägnades åt vård i hemmet (ca två procent). Undersökningen visade också att vården av äldre var

en arbetsuppgift som ofta nedprioriterades när belastningen på vårdcentralerna var hög eller resurserna inte räckte till av annan anledning, så som i influensa- och semestertider. Undersökningen visar hur liten tillgången till hembesök är i förhållande till vården som ges vid vårdcentralen och hur denna tillgång dessutom varierar. För de personer som inte klarar av att ta sig till vårdcentralen återstår då endast ambulanstransport eller att avstå från vård. I detta fall handlar problemen alltså om prioriteringar eller resursbrist, snarare än otydlig arbetsfördelning.

Problemet med tillgänglighet i förhållande till resursbrist beskrivs teoretiskt av Thompson (1967). Verksamheter behöver en stabilitet i sin ”kärna” där det mest avgörande arbetet ska genomföras. Om en organisation saknar andra tekniker som gör det möjligt att förutse eller utjämna variationer i miljön måste organisationen använda *ransonering* som strategi för att begränsa extern påverkan. Ransonering innebär både en minskad tillgänglighet för klienten och en ineffektiv användning av resurserna i kärnverksamheten, enligt Thompson (s. 37). De alternativa strategierna - buffertar, utjämningsystem och prognoser - organiseras däremot alla med hjälp av fungerande arbetsfördelning och samordning. Även om kopplingen mellan arbetsfördelning och tillgänglighet finns verkar den alltså vara indirekt. Hypotetiskt skulle även åtskilda funktioner i en icke-samordnad sjukvård kunna vara tillgängliga, var och en för sig. Figur 1 beskriver sambandet och skillnaderna mellan problemen med samordning och problemet med bristande tillgänglighet.



Figur 1. Schematisk illustration över sambanden mellan problembeskrivningarna.

I denna uppsats skiljs bristen på tillgänglighet ut som ett problem för sig. Tillgänglighet kan, som Thompsons teorier visar, vara ett tecken på överlastade organisationer som reser murar mot sina målgrupper för att kunna arbeta rationellt och slippa fullständig slumpmässighet. Däremot finns andra tillgänglighetsproblem som är direkt associerade med ett vård- och omsorgssystem som i sin helhet ter sig fragmenterat och svåröverblickbart för brukaren/patienten/kunden.

Samordning - idén om behovet av strukturell integrering

Arbetsfördelning och någon grad av specialisering beskrivs i contingency-litteraturen som någonting självklart vid all form av komplex organisering. Ändå skapar fenomenet utmaningar för dem som vill styra, designa och effektivisera organisationers utformning. Åtminstone två grundläggande frågeställningar uppkommer ofrånkomligen: 1) Vilka kriterier skall ligga till grund för utformningen av arbetsfördelningen? 2) Hur skall en samordning mellan enheterna eller specialiteterna som uppstår realiseras (jmf Thompson 1967, s. 76).

Motiv till samordning

Motiven för att samordna beror delvis på vad det är som ska samordnas. Samordning sker inom organisationer, mellan olika delar, så kallad *intraorganisatorisk* samordning. Det finns även en *interorganisatorisk* samordning, det vill säga mellan olika organisationer. De både typerna av samordning skiljer sig åt när det gäller innehåll men liknar ofta varandra vad gäller formerna. Det är den interorganisatoriska samordningen som är det huvudsakliga intresset i denna uppsats. Samtidigt finns frågan huruvida den offentliga sektorn egentligen kan ses som en helhet, med ett gemensamt uppdrag att producera välfärd för hela befolkningen. I denna uppsats finns även ett sådant synsätt eftersom integreringen som beskrivs inom diskursen om integrerad vård ofta handlar om välfärdssystemet betraktad som helhet. I realiteten finns dock flera olika organisationer med skilda huvudmän och samordningsprinciper, inom det sammanhängande systemet. Därför är interorganisatoriska samordningsprinciper de mest relevanta.

De problemformuleringar som ligger till grund för ÄldreLotsen (ineffektiva och stuprörsformade organisationer etc.) kan beskrivas som en kraft som driver verksamheterna att förändra sin organisationsstruktur. Teorierna som samlas under namnet Contingency-teori bygger på idén att det inte finns några ”optimala” karaktäristika som gäller för alla organisationer i alla situationer. Organisationers utformning bör istället på olika sätt vara beroende av varje organisations individuella situation vad gäller till exempel omgivning, storlek, strategi och uppgifter. Förutsättningarna förändras ständigt (Donaldson 2001).

Argumenten för att skapa nya organisationsformer såsom ÄldreLotsen är att de befintliga strukturerna och strategierna inte fungerar i den nuvarande situationen, även om de kan ha gjort det tidigare. De stora förändringar som har skett av villkoren för äldres vård och omsorg används som argument för förändringar av organisationsstrukturerna. Argumenten för bildandet av nya enheter som ÄldreLotsen visar att både äldrevårdens omvärld och uppgifter har ändrat karaktär. Uppgifterna inom vården och omsorgen för äldre har ändrats och blivit mer komplexa och oförutsägbara eftersom de äldre är fler och sjukare än tidigare. Den medicinska utvecklingen har emellertid gjort det möjligt att behandla fler sjukdomar och funktionsnedsättningar vilket bidrar till komplexiteten. Samtidigt är det just denna utveckling som gör det möjligt att bota och lindra, det vill säga möta behoven.

När kraven på organisationerna höjs och en ökad grad av samordning är nödvändig påverkas resultaten, i detta fall personernas välmående. De åtskilda funktionerna drar åt olika håll utan en gemensam samordning. Denna form av organisationsstruktur har därmed upphört att vara en effektiv (Donaldson 2001). Samtidigt försvåras även möjligheten att utkräva ansvar eftersom detta är splittrat mellan olika funktionsenheter (Kodner 2006; Axelsson och Bihari Axelsson 2006).

Enligt contingency-teorin finns det alltså ett sorts tryck på organisationer att samordna när splittringen och arbetsfördelningen leder till ineffektivitet. Flera teorier av normativ karaktär argumenterar för olika lösningar på en övergång från byråkratiska och specialiserade organisationer till mer flexibla, så kallad matris- eller organiska organisationer. Dessa typer av organisationer samlas ibland under beskrivningen ”komplexa adaptiva system”. De är komplexa eftersom de har många funktioner

samtidigt och adaptiva eftersom de kan anpassas efter förändrade förutsättningar. De är alltså mer situationsanpassade genom en kombination av specialisering och bredare arbetsuppgifter där en avgörande faktor är kommunikationen mellan delarna i systemet (Henriksen 2003; Donaldson 2001).

Ny forskning ifrågasätter dock automatiken i det som kan kallas för ”reintegrering”, alltså de situationer där fragmenterade tjänster återintegreras till ”allt-i-ett”-lösningar. Eugenia Cacciatori och Michael Jacobides (2007) genomförde en studie av reintegrationen av byggföretag i Storbritannien. Denna bransch har liknat sjukvården i det att specialiseringen och arbetsfördelningen fortskred till ett stadium där splittringen och fragmenteringen fick flera negativa konsekvenser. Författarna menar att byggindustrin är ett exempel på ett mönster som finns i många delar av tjänsteindustrin, där hälso- och sjukvård eller omsorg är en del.

Problemen i byggindustrin handlade till stor del om hela sektorns arbetsfördelning och dess höga grad av specialisering. Fördelningen skapade åtskiljda kunskapsbaser vilket i sin tur påverkade hela systemets samlade förmåga. Kunskapsbasen styr nämligen så att utvecklingen som sker över tid går i olika riktningar. Därmed hindras integrering. Precis som Lawrence och Lorsch (1967) menar Cacciatori och Jacobides (2007) att arbetsfördelning även leder till att personers och professioners intresseområden begränsas. *Förmågan* att möta de krav som ställs på verksamheterna och systemets funktion blev till slut haltande på grund av den vertikala organisationsarkitekturen och arbetsfördelningens negativa konsekvenser. När nya förmågor och kunskaper skulle integreras i ett sammanhängande system krävdes en reintegration.

Cacciatori och Jacobides (2007) visar i sin studie att det finns trögheter i processen som det innebär att skapa en integrering eller reintegration av organisationssystemets helhet. Författarna menar att dessa trögheter är något som påverkar hela sektorer av organisationer och företag, inte enbart enskilda aktörer, genom den institutionella miljön. En av trögheterna under reintegrationsprocessen i byggindustrin och berodde på relationen mellan säljaren av tjänsterna och köparen av tjänsterna. Författarna lyfte fram insikten att organisationsstrukturer avgörs *både* av producenten och av konsumenten, tillsammans. För att en (re-)integration ska kunna ske måste konsumenten överge sitt gamla konsumtionsmönster och istället vara villig att ta till sig

en pakettlösning, såsom ”one-stop-shop”. Detta kräver en omdefinition av så väl producenternas förmågor och identiteter som konsumenternas vanor och förtroenden. I denna process föreslås ofta olika former av reintegrerande lösningar. Olika aktörer har nämligen intresse av att positionera sig och att verka för en lösning som gynnar deras utgångsläge och/eller tar till vara deras förmågor och fördelar. En faktor som alltså kan driva fram reintegrering är när en grupp av starka aktörer ökar sin makt genom att ta kontroll över flera delar av ett system.

Samordningsmekanismer

Samordning kan ske på flera olika sätt vilket föranleder frågan om vilken typ ÄldreLotsen använde. Olika metoder är motiverade i olika situationer, enligt contingency-tanken. I detta avsnitt beskrivs några möjliga typer av samordning relativt detaljerat eftersom de förväntas ha betydelse för analysen av fallet.

En vanlig indelning av samordningsmekanismer bygger på vilken typ av kommunikation som krävs för att samordna. Thompson (1967) beskrev tre mekanismer för grupper eller organisationer som har någon form av beroendeförhållande till varandra: 1) standardisering, 2) planering och 3) ömsesidig anpassning. Jay R. Galbraith (1977) använde en annan indelning med liknande begrepp för att beskriva samordningsmekanismer: 1) hierarkier, 2) regler/program och 3) planering/professionalism. Mintzberg (1979) modifierade dessa begrepp och lade till olika former av standardisering så att fem kategorier uppstod: 1) ömsesidig anpassning, 2) direkt övervakning, 3) standardisering av arbetsprocessen, 4) standardisering av utfall (output) och 5) standardisering av förmågor (”skills”). Tabell 2 sammanfattar författarnas beskrivningar av samordningsmekanismerna.

Tabell 2. Tre kategoriseringar av samordningsmekanismer.

Thompson (1967)	Standardisering: Rutiner eller regler som begränsar arbetssätt och som är förenliga med sätt som annars hade valts i ett ömsesidigt beroendeförhållande. Kräver stabilitet och förutsägbarhet.			Planering: Tidsscheman för de beroende enheterna. Inte lika höga krav på stabilitet.	Ömsesidig anpassning: Överföring av information under verksamhetens gång. Vid föränderlighet och oförutsägbarhet.
Galbraith (1977)	Regler, program eller procedurer: Beslut som görs i förväg, innan de genomförs. Behovet av kommunikation elimineras. Repetitiva och rutinartade beslut flyttas neråt i hierarkin.			Hierarki: Ansvarar för kommunikation på ett effektivt sätt. Samordnar endast vertikalt.	Planering eller professionalism: Flyttar ner besluten till där de genomförs. Kräver ansvarsfulla anställda eller välplanerade mål.
Mintzberg (1979)	Standardiserad arbetsprocess: Att följa instruktioner. När arbetets innehåll är specificerat.	Standardiserade utfall: Arbetets resultat specificeras. Ex. prestationer eller produktens dimensioner.	Standardisering av kompetens: Utbildning eller träning specificeras. När de andra formerna av standardisering är oanvändbara.	Direkt övervakning: En person ansvarar för andras arbete. När det informella inte räcker.	Ömsesidig anpassning: Informell kommunikation som vilar på utförarna. Den mest naturliga och enkla formen.

Thompsons (1967) modell föreskriver en av de tre typerna av samordning för varje typ av beroendeförhållande som kan finnas: samordning genom standardisering vid delat beroendeförhållande (delat ansvar för helheten utan direkt beroende av varandra), samordning genom planering vid serieberoende (relationer i kedjor) och samordning genom ömsesidig anpassning vid ömsesidiga beroendeförhållanden (alla enheter kan påverka varandras verksamhet genom ett direkt beroende). I denna modell rangordnas mekanismerna efter hur mycket de kostar i form av mängden kommunikation och beslut som åtgår. Standardisering kostar minst medan ömsesidig kommunikation kostar mest.

Galbraiths (1977) modell innebär mekanismer som bygger på varandra. Den mest grundläggande, enligt författaren, är hierarkin. Eftersom hierarki endast samordnar informationsflödet vertikalt krävs även horisontella former av samordning. Regler, program och procedurer är den mest naturliga formen och behåller auktoriteten centraliserat inom hierarkin. När detta inte räcker för att klara av oförutsedda händelser

och att bearbeta information används istället decentraliserade lösningar i form av ”planering” (det vill säga utformning) av mål och utfall. De anställda måste själva välja ett sätt att uppnå de planerade målen. När komplexiteten i arbetet ökar krävs även att hierarkin anpassas. En chef kan inte ha lika många anställda om arbetet är mer komplicerat. Det finns även en gräns för när antalet chefer och hierarkins volym blir för stor för att uppnå effektivitet.

Mintzbergs (1979) modell är inte lika entydigt normativ eftersom han menar att samordningsmekanismerna delvis är utbytbara, även om en mekanism alltid gynnas av situationen. Dessutom påpekar han att de flesta organisationer blandar alla fem mekanismer, i olika grad. En viss grad av direkt övervakning och ömsesidig anpassning är alltid nödvändig, oavsett graden och formerna av standardisering. Även om Mintzberg beskriver ömsesidig anpassning som den mest naturliga formen av samordning håller han med Thompson (1967) om att standardisering verkar vara den mest populära formen. Ömsesidig anpassning är den form som används när ingen av de andra är tillräckliga. Det är den mest anpassningsbara mekanismen.

Gemensamt för modellerna som beskrivs i tabell 2 är sambandet mellan horisontell och vertikal samordning. Om en arbetsfördelning sker horisontellt krävs samtidigt en samordning som bygger på anpassningar av den vertikala hierarkin och dess arbetsfördelning. Samordningen som inte kan lösas direkt på den horisontella nivån genom ömsesidig anpassning skjuts med nödvändighet uppåt i hierarkin. Ömsesidig anpassning är en samordningsform som sällan är tillräcklig i ”komplexa organisationer” (Thompson 1967). Det krävs alltså en förändring även av den vertikala arbetsfördelningen. Hierakier handlar således inte bara om över- och underordning utan om arbetsfördelning och samordning. Direkt övervakning är den mest självklara samordningsmetod som bygger på den hierarkiska principen. Thompson (1967) skriver:

Varje nivå är inte bara högre än den som finns under, utan en mer omfattande anhopning, eller kombination av beroende grupper, för att handskas med de samordningsproblem som ligger utanför var och en av dess delars ordinarie arbetsuppgifter (s. 80).

De samordningsproblem som inte kan lösas på en nivå förflyttas och måste tas omhand på någon annan plats i hierarkin. Standardisering och regler, program och procedurer är

ett annat sätt att samordna hierarkiskt och med inblandning av den vertikala strukturen. Det enda som skiljer dem åt är att besluten om hur arbetsprocessen, resultaten eller kompetensen styrs tas i förväg. Olika typer av standardisering ger ofta upphov till stabsfunktioner som fungerar som kontaktbefattningar som kopplar ihop kärnverksamheten med dem som utformar reglerna och planerar (Mintzberg 1979).

Thompson (1967), Galbraith (1977), Lawrence och Lorsch (1967) och Mintzberg (1979) beskriver hur organisationer måste göra när det visar sig att deras samordningsmekanismer inte räcker till, alltså i förändringstider. Galbraith sammanfattar dessa processer på ett övergripande plan. Hans modell visar att arbetsfördelning och samordning inte är statiska funktioner i organisationer. När hierarkin är överlastad med information och de två övriga samordningsmekanismerna inte är tillräckliga återstår att antingen öka kapaciteten eller att minska behovet av att bearbeta information i organisationen. Enligt denna modell är skapandet av laterala (horisontella) relationer en av metoderna som kan användas för att öka kapaciteten att bearbeta information. Andra möjligheter inkluderar att påverka miljön direkt, att skapa extra resurser som bildar buffertar eller ”slack”, att skapa självständiga arbetsprocesser som alltså inte behöver samordnas eller att investera i vertikala informationssystem, det vill säga förstärka hierarkins räckvidd.

Galbraiths beskrivning av behovet av laterala relationer motsvarar det som Thompson (1967) beskrev som en återgång till ömsesidig anpassning, i de fall när de andra samordningsmekanismerna är otillräckliga. Utvecklings- och projektgrupper är ett exempel på samordning av ett ömsesidigt beroendeförhållande mellan organisationer som inte kan lösas genom annan arbetsfördelning, det vill säga vertikala strukturer (Thompson 1967, s. 82) De typer av laterala relationer som Galbraith föreslog var informell direktkontakt mellan chefer eller organiserad direkt kontakt via: koordinatörer, tillfälliga arbetsgrupper (för samverkan), permanenta team, nya integreringsledare, länkande chefsroller eller matrisorganisationer.

Mintzberg (1979) vidareutvecklade Galbraiths begrepp. Han beskrev de olika typerna av laterala relationer i förhållande till två motsatta arbetsfördelningsprinciper, till exempel den renodlat funktionsindelade och den renodlade marknadsstrukturen. De olika formerna av laterala relationer används för att lappa över samordningsbristerna

med de valda arbetsfördelningsstrukturerna. Det finns även möjligheten till en mellanform: matrisstrukturen. Den innebär en sorts kombination av de olika strukturerna där dubbla kommandon etableras.

Thompson (1967) beskrev tre samarbetsstrategier för att skaffa makt över element i organisationens miljö: avtal, kooption och koalitionsbildningar (s. 51). Kontrakt eller avtal används enligt Galbraith (1977) ofta mellan parter som finns inom olika sektorer eller verksamhetsområden. Genom skapandet av färdiga kontrakt ger organisationerna upp en del av sin makt att påverka, omförhandla och föreslå nya alternativ, istället vinner de en garanterad samordning. Med kooption menas en process där personer från andra organisationer tas upp i ledningen eller det policybestämmande organet. På så sätt ökas sannolikheten att få stöd från den koopterade organisationen i utbyte mot att deras representanter ges inflytande. Koalitioner har samma effekt.

Samtliga författare till samordningsmodellerna som har beskrivits i detta avsnitt tar i någon grad upp frågan om att mekanismerna bär med sig kostnader och svårigheter. Nästa avsnitt ger en sammanfattad bild av vad dessa kostnader kan bestå av.

Samordningssvårigheter

Flera forskare pekar på svårigheterna och utmaningarna med gränsöverskridande samarbeten. Förhandlingar om arbetsfördelningens gränsdragningar pågår ständigt i och mellan organisationer, uttalat eller outtalat (Jackson och Carter 2000). En del i ett framgångsrikt samordningsarbete är att omförhandla och klargöra olika slags gränser, vilket kan innebära konflikter (Michaeli 2006; Löfström 2001). Samverkansforskaren Chris Huxham (2000) har beskrivit svårigheter med att leda och styra samverkansprojekt. Resultaten av samverkan blir enligt henne därför ofta oförutsägbara. En anledning är att representanter från olika sorters verksamheter kan ha svårt att förstå varandras förutsättningar. Ett annat vanligt problem är skilda syften och intressen av att delta samt att representanterna har olika grad av mandat i sina hemmaorganisationer. Detta kan leda till svårigheter att komma överens om vad målsättningen med samverkan skall vara och sedan att genomföra det som har bestämts. Den svenske samverkansforskaren Berth Danermark (2004) har observerat liknande svårigheter och pekar på att det alltid finns maktaspekter och

intressekonflikter som måste beaktas när man ämnar samverka. ÄldreLotsen är ett samverkansprojekt där kärnan i verksamheten innebär ett samarbete med många olika parter. Frågor om gränser och intressekonflikter kan därför förväntas uppkomma.

Svårigheterna som beskrivits i litteraturen handlar till stor del om de konflikter som uppstår när ömsesidig anpassning och informella kontakter måste användas som samordningsmekanism. Det är dessa problem som contingency-teoretikerna beskriver som ”kostnader” eftersom de leder till att samordning kan haverera eller fördröjas. Andra typer av konflikter och kostnader uppstår när det kommer hierarkiskt beslutade ”uppifrån-lösningar” motarbetas. Det kan finnas motstånd i organisationer som leder till att reformer, program och policys implementeras felaktigt eller motvilligt (sett ur ett ledningsperspektiv). Några författare som forskat om integrerade vårdlösningar menar att det krävs engagemang från personalen och ledning för att överkomma svårigheterna. Det räcker inte med strukturella modeller, finansieringslösningar, regler eller planering (van Raak, Mur-Veeman och Paulus 1999; Axelsson och Bihari Axelsson 2006).

Walter N. Leutz (1999) sammanfattar sin forskning om integrerad vård i fem ”lagar”. Fyra av dessa handlar om problem som uppstår vid försök att samordna. Integrering kostar alltid innan det börjar löna sig. Det finns startkostnader och underhållskostnader. Kostnaderna uppstår genom att parterna måste lära sig om varandras förmågor, att kommunicera och komma överrens om hur arbetet gemensamt ska genomföras. Verksamheter ger sällan upp kontrollen frivilligt över ”sina” tjänster (och sina jobb). Dessa revirgränser är ibland värre på den principiella policy-nivån än i det enskilda fallet. Ibland verkar dock motsatta tendenser finnas. Det är viktigt att förstå att ”den enes integration är den andres fragmentering”. För att tjänsterna ska bli mer integrerade för brukaren/användaren måste de professionella utveckla sin kunskap, vidga sina perspektiv och intressera sig för nya områden.

Ibland finns även grundläggande skillnader i logiken bakom hur verksamheter är uppbyggda som gör det omöjligt att integrera dem, såsom skillnaderna mellan den biomedicinskt inriktad sjukvårdens och den sociala omsorgens logiker. Även om gränserna tydliggörs är det inte säkert att de möter varandra utan glapp. För att möjliggöra en integrering kan vissa gränser behöva omdefinieras. Men det är personerna och verksamheterna som integreras som avgör hur det går till. Det är där

som valet av metoder avgörs. De professionella och praktikerna är sällan varken särskilt medvetna eller lyhörda för politiska mål och policys. Ofta skapas därför underifrånlösningar när det gäller vård och omsorg (Leutz 1999).

Slutligen kan här nämnas problemet med ”samordningsfixering”, det vill säga när samordning används som en verkningslös ritual. Det finns de som ifrågasätter nyttan med många samordningslösningar; särskilt för brukarna eller slutanvändarna. En fungerande samordning har, enligt denna logik, inget egenvärde. Samordningen handlar, enligt contingency-teorin om att hålla samman en fungerande arbetsfördelning för att möjliggöra att verksamheterna uppnår sina målsättningar eller fullgör de krav som ställs på dem. Brukarnyttan, det vill säga den främsta måluppfyllelsen, är viktigt att följa upp enligt flera forskare. Det finns även en fara att samordning och integrering leder till att brukare blir mer beroende av professionella som samordnar åt dem (Howarth och Haigh 2007; Kodner och Sprewenberg 2002; Leutz 1999).

Teoretiska modeller för integrerad vård

Integrerad vård är en beteckning som använts för att beskriva vitt skilda sorters organisationslösningar. Det finns flera olika definitioner som kan delas in i två grupper; de som huvudsakligen syftar till att effektivisera organiseringen kontra de som istället betonar patientens eller brukarens livskvalitet. De föregående karaktäriseras av ett uppifrån perspektiv medan de senare använder ett brukarnära nerifrånperspektiv. Ett försök att hitta en heltäckande definition har formulerats:

En uppsättning metoder och organisationsmodeller designade för att skapa koppling, länkning, en gemensam inriktning och samverkan inom och mellan de botande och omvårdande sektorerna på finansierings-, administrativ, och/eller verksamhetsnivå. Målet är att förbättra vårdens kvalitet, brukarnas livskvalitet, nöjdhet och uppnå effektiva system för patienter med komplexa problem som sträcker sig över multipla sektorer och verksamheter⁶ (Kodner och Kyriacou 2000, s. 1).

Integrerad vård är ett praktisknära forskningsområde som sträcker sig över olika discipliner och omfattar skilda sektorer, professioner och verksamhetsområden.

⁶ Översatt från engelska av uppsatsförfattaren.

Utvecklingen av begrepp och teoretiska modeller försvåras därför. Den teoretiska integreringen möter utmaningar på samma sätt som den praktiska, eftersom forskningens specialområdena tenderar att följa de som finns i praktikens värld. En början till ett mer samlat forskningsområde kan trots detta skönjas (Axelsson och Bihari Axelsson 2006; Kodner och Spreuwenberg 2002).

Inom den växande litteraturen om integrerad vård har distinktioner genererats som passar för att beskriva den typ av verksamhet som ÄldreLotsen utgör. Ett exempel är distinktionen som delar in organisationslösningarna efter grad av integrering. De tidigare beskrivna sambanden mellan samordningsmekanismerna som utvecklades av Galbraith och Mintzberg, baserat på Thompson och Lawrence och Lorsch's idéer om samordning, har vidareutvecklats av Runo och Susanna Bihari Axelsson (2006 och 2007). Syftet var att illustrera de analytiska kopplingarna som finns mellan olika interorganisatoriska samverkansbegrepp. Modellen återges i figur 2.

		Horisontell integration	
		-	+
Vertikal integration	+	Samordning	Samverkan
	-	Kontraktstyrning	Samarbete

Figur 2. ”Konceptuellt schema över olika former av integrering” (Källa: Axelsson och Bihari Axelsson 2007, s. 14)

Den horisontella och vertikala integrationen kan betonas i olika utsträckning, som figur 2 visar. Vertikal samordning sker mellan organisationer som finns på olika nivåer av en hierarkisk struktur medan den horisontella typen sker mellan organisationer som är på samma nivå eller har samma status. *Samordning* är en form av integrering som uppnås framförallt genom att skapa en gemensam hierarki för styrningen av organisationerna. Beslutet om integrering kommer uppifrån och implementeras neråt längs hierarkin, till exempel genom samordningsmekanismer i form av övervakning och kontroll. *Samverkan* innefattar också hierarkisk styrning men som kombineras med frivilliga överenskommelser i form av ömsesidiga anpassningar. *Samarbete* åstadkoms framförallt genom frivilliga överenskommelser och bygger på intensiva kontakter

mellan organisationerna. *Kontraktstyrning* är den form som innebär minsta möjliga integrering, både vertikalt och horisontellt. Formen kan vara lämplig om organisationerna befinner sig i konkurrens på sin ”marknad”.

Axelsson och Bihari Axelssons (2006 och 2007) modell är följaktligen normativ och anger i vilka situationer som en viss typ av integrering är att föredra. De menar att beroende på hur differentierade⁷ organisationerna är passar antingen samordning, samverkan eller samarbete. Enligt författarna är samverkan den mest förekommande typen av samordningsmekanism inom hälso- och sjukvård. Det beror på att när flera sektorer (både de offentliga, privata och frilliga) och huvudmän i samhället är inblandade finns ingen möjlighet att skapa gemensamma hierarkier eller vertikal arbetsfördelning. Samverkan innebär istället ofta olika former av matrisstrukturer där den ordinarie hierarkin finns kvar men kompletteras av dubbla kommandon bestående av horisontella kontakter, till exempel inom ramen för team. I detta resonemang nämns dock inte möjligheten till kontraktering, eftersom denna form ses som en extremt svag form av samordning och integrering.

En annan modell har utvecklats specifikt inom den forskning om integrerad vård som denna uppsats ämnar bidra till. Det är Leutz⁸ (1999) modell för olika nivåer av integrering av vård. De olika graderna av integrering sträcker sig från enbart *länkande* vid ena änden av skalan till olika mellanting som ofta beskrivs som någon form av *koordinering* och slutligen till den starkaste graden som är en form av *fullständig integrering*. Artikeln om den här modellen publicerades i tidskriften *The Milbank Quarterly* (MQ). MQ är en 80-årig tidskrift med undertiteln: ”a multidisciplinary journal of population health and health policy”. Diskursen som tidskriften representerar är praktisknära. Det innebär att praktiker, reformatörer och planerare kommer till tals vid sidan om representanter för empirisk forskning. Samtalet har alltså en nära anknytning till det praktiska utvecklingsarbetet på hälso- och sjukvårdsområdet.

Leutz menar att integrering är: ”att samordna sjukvårdssystemet (akut-, medicinsk, primärvård och specialist-) med andra delar av välfärdssystemet (långtidsvård,

⁷ Med differentiering menas i detta fall specialisering och horisontell arbetsfördelning.

⁸ Walter N. Leutz arbetar som forskare vid ”The Heller School for Social Policy and Management” vid Brandeis University i Massachusetts, USA. Han arbetar med kopplingarna mellan social omsorg och medicinsk vård, speciellt inom det som i USA kallas för ”långtidsvård” (d.v.s. motsatsen till akutvård).

hemvård samt boendeservice) för att förbättra resultatet (klinisk, nöjdhet och effektivitet).” (1999, s. 77f). Tabell 3 sammanfattar Leutz tredelade integreringsmodell.

Tabell 3. Nivåer av integrering, modifierad efter Leutz (1999, s 86f).

Domäner	Länkning	Koordinering	Fullständig integration
Urval, målgrupp	Inventera och var uppmärksam på särskilda behov	Filtrera vid nyckelpunkter (t.ex. utskrivning) för att upptäcka de som har behov	Inte viktigt, förutom ett lagom flöde. Varierade behov kan mötas av teamets medlemmar.
Yrkesutövning	Förstå och möta särskilda behov	Känna till och länka samman nyckelpersonal	Multidisciplinära team sköter all vård och omsorg
Genomförande	Hänvisa/remittera och följa upp	Underlätta övergångar mellan platser, utbud och ansvarsområden	Erbjud eller ha kontroll över den hjälp som behövs
Rättighet och behörighet till utbudet av tjänster	Förstå och följa de regler för rättigheter som finns	Använd rättigheter för att maximera effektivitet och täckning	Samordna rättigheter; förändra och omdefiniera
Behov: Allvarlighetsgrad Rutin el. akut Täckning	Låg/måttlig Rutin/ickeakut Liten/måttlig	Måttlig/hög Mestadels rutin Måttlig/heltäckande	Måttlig/hög Ofta akut Heltäckande

De organisationslösningar som har en länkande karaktär innebär minst förändring av ansvar eller gränser. *Länkning* utgår enligt Leutz (1999) från att personal i de ordinarie verksamheterna har eller får kunskap om vilka grupper av personer som har särskilda behov och som kan länkas till någon annan verksamhet. Länkningen sköts sålunda av den ordinarie personalen i alla verksamheter (Kodner och Kyriacou 2000). I dylika system kan alla parter avgöra vilka som är behöriga till olika former av hjälp, vilka rättigheter personerna har och därför även vilka verksamheter som är ansvariga för skilda delar av vården och omsorgen. Ingen part försöker att skjuta över ansvaret, arbetsbördan eller kostnaden på någon annan. Ett exempel på denna form verkar vara ”vårdkedjan”. Länkning verkar vara en idealbild av hur det system som finns upprättat idag skulle kunna fungera.

⁹ Översatt från engelska av uppsatsförfattaren.

Koordinering innebär istället specifika organisationsstrukturer med ansvar för samordningen. Koordinering bygger precis som länkning på de befintliga organisationernas utbud och fokuserar på de personer som får hjälp av två eller flera verksamheter. Koordinering innebär en högre nivå av integrering eftersom man även utvecklar nya rutiner och riktlinjer för till exempel överföringar mellan enheter och ansvarsområden. Det åstadkoms genom förstärkningar i de ordinarie strukturerna, genom exempelvis gemensamma dokumentationssystem eller samordnade vårdplaneringar (Kodner och Kyriacou 2000). Det handlar alltså om att identifiera platser i systemet där det uppstår friktion eller glapp samt att skapa strukturer och processer som löser dessa problem (Leutz 1999).

Fullständig integration innebär skapandet av nya enheter eller program där gemensamma resurser från multipla system finns att tillgå. Genom att ta kontrollen över dessa resurser kan en fullständigt integrerad enhet omdefiniera hela omhändertagandet av vissa utvalda grupper med särskilda behov (Leutz 1999). Ett exempel på detta är multidisciplinära palliativa team som sköter vården av döende personer i hemmet. Den fullständiga formen av integrering uppnås genom omorganisationer där olika kompetenser samlas under samma tak (Kodner och Kyriacou 2000).

Enligt Leutz (1999) passar de tre formerna av integrering för olika typer av behov hos personerna som man försöker hjälpa. Det finns en bakomliggande logik som han formulerar i en av sina integreringslagar: *Man kan integrera alla tjänster för vissa grupper eller vissa tjänster för alla grupper men det är inte möjligt att integrera alla tjänster för alla grupper av personer i samhället* (s. 83). Frågorna som måste ställas är alltså ”vem behöver integrering” men även ”vad ska göras för alla andra?”. Avvägningen mellan en smal eller bred integrering påverkar typen av integrering som kan användas. Den länkande integreringen ser till att personer med lättare till mellansvåra eller nya funktionsnedsättningar kan tas om hand inom ett system som tjänar hela befolkningen, utan att behöva ta till resurser utanför systemet för speciella fall. Personen själv eller dennes närstående sköter den samordning som är nödvändig. Det är bara i fallen med mer allvarliga former av nedsättningar som de berörda professionerna skickar personen vidare, och ser till att de kommer fram. Systematisk länkning har sällan genomförts enligt Leutz, men det skulle kunna fungera.

Koordinering är en mer strukturerad form av integrering än länkning, men bygger ändå i huvudsak på de stuprörsorganisationer som finns. När koordinering är etablerad kan de mer allvarliga fallen tas om hand så att deras vård samordnas av verksamheterna, istället för av personen själv. Systemet står berett när personen behöver det. Den fullständiga integrationen är däremot bara lämplig och möjlig för ett fåtal personer i prioriterade grupper. Varje större grupp av personer med nedsättningar innehåller undergrupper av personer med särskilt stora behov. Fullständig integrering gäller enbart ett smalt område, enligt Leutz lag. Utmaningarna är stora att allokera de relevanta resurserna (utan att ta från andra som behöver), att definiera vem som behöver denna typ av vård och att samorganisera alla tjänster som behövs. Beroende på kraven verksamheterna har på sig i övrigt måste en rimlig nivå sättas för graden av engagemang som kan krävas vid integreringen (Leutz 1999).

Sammanfattningsvis finns en för denna uppsats intressant relation mellan Leutz (1999) modell i förhållande till Axelsson och Bihari Axelsson (2006 och 2007). De beskriver båda olika former av integrering på området integrerad vård. De har dock olika inriktningar, logiker och utvecklingspotential. Leutz har ett praktiktäna fokus på brukarnyttan och beskriver begränsningar, hinder och möjligheter med alla de tre former som han ser som möjliga. Axelsson och Bihari Axelsson har en analytisk inriktning och fokuserar enbart på hinder och möjligheter för integreringstypen ”samverkan” och multidisciplinära team. Följande avsnitt beskriver EPICS-konceptet, som var den modell som fungerade som inspirationskälla vid skapandet av ÄldreLotsen.

EPICS

Idémässigt har ÄldreLotsen hämtat inspiration från EPICS (Elderly Persons Integrated Care System). EPICS är ett koncept som från början kom från USA men utvecklades i England på 1990-talet. Konceptet utgår från ett brukarperspektiv och syftar till att integrera äldrevården för att på detta sätt utnyttja resurserna effektivare. EPICS har som övergripande målsättning att öka äldre personers upplevelse av trygghet eftersom trygga personer behöver mindre hjälp. Detta uppnås genom två huvudspår:

förebyggande arbete och akuta insatser. Den viktigaste metoden för arbetet är samverkan (jmf Karlsson, Henriksen och Selander 2003; Foote och Stanners 2002).

Ett exempel på en verksamhet i Sverige som byggde på detta koncept var Söderhöjdens Äldrecentrum i Järfälla. Söderhöjden var en försöksverksamhet som upphörde efter projekttidens slut eftersom samverkan mellan de berörda verksamheterna inom äldreomsorg inte förbättrades (Karlsson, Henriksen och Selander 2003). I England finns ett antal EPICS-center på olika platser. Dessa driver dagvård och träffpunkter som i vissa fall kompletteras med en länkande telefonjour. Satsningar på hemrehabilitering efter sjukhusvistelse och hemsjukvård med hjälp av multidisciplinära team är andra exempel på integrerad vård som ingått i konceptet (Foote och Stanners 2002).

I skrivande stund är ÄldreLotsen troligtvis det enda projektet i Sverige som uppges följa EPICS-idén. EPICS-konceptets spridning verkar även ha avtagit i England. Andra system har istället tagit dess plats. I dessa system har fokus istället lagts på strukturerade metoder för bedömningar av äldres samlade vård- och omsorgsbehov som spänner över professions-, disciplin- och verksamhetsgränser (exempelvis EASY-modellen i Reed et al 2005, s. 5).

EPICS-projekten i England stötte ibland på problem eftersom samverkan till exempel visade sig vara för tidskrävande och ineffektiv, professionella gränser var svåra att omförhandla, nerifrån-lösningarna inte fick tillräckligt med stöd av ledningen och att varje samverkansparts vinster med samarbetet inte tydliggjordes. Incitamenten för samordning försvann på detta sätt. Samverkansprojekten ansågs även svåra att "sälja in" eftersom de saknade en definitiv hemmahörighet och identitet och dessutom visade det sig svårt att kvantifiera effekterna av dessa (Foote och Stanners 2002).

Sammanfattning och implikationer för forskningsfrågorna

Arbetsfördelning och samordning är aktuella frågor i vården och omsorgen i stort och även inom äldreområdet. Tendenserna inom sjukvården och omsorgen beskrivs ofta i termer av splittring och fragmentering. Samtidigt uppmärksammas ansträngningar att integrera delarna så att helheten blir mer effektiv och heltäckande. Integreringsförsöken kan både ses som en fortsättning och ett komplement till marknadseringen och ”kundorienteringen” (jmf Svedberg Nilsson 2000). Renodling är inte det allena rådande mönstret. Samverkansivern verkar tyda på en samtidig reintegrationstendens. Kanhända har en tidigare renodlingstrend nu lett till ett behov av samordning. Problembeskrivningarna som ligger till grund för ÄldreLotsen argumenterar för denna syn.

I kapitlet har flera olika modeller presenterats. De beskriver arbetsfördelningsprinciper och samordningsmekanismer av olika slag samt deras kopplingar till varandra. Teorierna, begreppen och modellerna hämtades från äldre contingency-teoretisk forskning om beroendeförhållanden mellan grupper och samordningsmekanismer. Mekanismerna spänner över ömsesidig anpassning, professionalism och implicita avtal till hierarkiska principer såsom direkt övervakning, standardisering, planering och program. Kopplingarna har beskrivits till teorier om samordningsmekanismer för organisationer inom vård- och omsorgssektorn. Dessa modeller fokuserar på interorganisationell samordning. Teorierna anger förutsättningar och begränsningar för de olika formerna av samordning eller integrering, som är synonyma begrepp. Detta ligger i linje med tanken att ingen organisationsprincip är tillräcklig för alla situationer. Istället sker ständigt ett utbyte mellan organisationer och kontext som påverkar organisationsstrukturerna, arbetsprocesserna och därmed deras resultat (jmf Donaldson 2001).

Begreppsapparaten som har redovisats i detta kapitel är tänkt som ett verktyg för att kunna studera och lära av ÄldreLotsen som ett intressant exempel på organisering av välfärdsproduktion riktad till äldre. Valet av teoretiska begrepp har gjorts med målsättningen att förstå ÄldreLotsen ”i nytt ljus” bland annat genom att testa och utveckla de teoretiska modeller som finns beskrivna sedan tidigare.

Därmed kan sambandet mellan forskningsfrågorna som kommer att användas i analysen av det empiriska fallet specificeras. Syftet med uppsatsen är alltså att besvara följande frågor:

1. Vilka samordningsproblem var det som ÄldreLotsen avsåg att lösa?
2. Vilken sorts samordning åstadkommer ÄldreLotsen?

Ett tredje syfte med uppsatsen är att pröva och diskutera modeller för arbetsfördelning och samordning med målsättningen att öka förståelsen för dessa mekanismer och att bidra till kunskapen och diskussionen om integrerad vård.

Den första frågan handlar både om de problem som verksamhetens företrädare själva explicit ger uttryck för, men även de problem som implicit kan härledas med hjälp av kunskap från tidigare forskning om arbetsfördelning och samordning. Frågan om samordningsbrister och dess konsekvenser har analytiskt kunnat särskiljas från problemet med tillgänglighet och ransonering. Både den horisontella och vertikala arbetsfördelningen kan ligga till grund för samordningsproblemen som är av intresse för studien.

Svaret på den andra frågan i syftet är tätt kopplad till den första eftersom samordningen som skapas förväntas lösa de specifika problem som avsågs. Om en samordning skapas som löser andra problem än de som avsågs finns en brist på matchning mellan problembeskrivningen och lösningen. Enligt teorierna om arbetsfördelning och samordning, speciellt de som används inom diskursen om integrerad vård, kan vissa typer av samordning enbart användas för att lösa vissa typer av arbetsfördelningsproblem och vice versa.

Förändringar inom organisationers arbetsfördelningsprinciper kräver en motsvarande utveckling av de modeller som används för tolkningen av dess logiker (jmf Thompson 1967). De teoretiska modellerna och begreppen som valts ut och presenterats i detta kapitel kommer att vara utgångspunkten för analysen av fallet. På så sätt kan den tredje delen av syftet uppnås. Den modell som kommer att utgöra den primära utgångspunkten för diskussionen av fallet är Leutz (1999) forskning och hans tredelade integreringsskala som skiljer mellan länkning, koordinering och fullständig integrering. Denna modells samband med den tidigare forskningen om principerna för arbetsfördelning och samordning (t.ex. Lawrence och Lorsch 1967; Thompson 1967;

Galbraith 1977; Mintzberg 1979) ger ytterligare perspektiv på fallet och modellerna. Slutligen kommer även Axelsson och Bihari Axelssons (2006 och 2007) fyrfältsmodell att diskuteras eftersom denna utvecklades efter – och delvis som svar på - Leutz modell.

3. Metod

Studien av ÄldreLotsen genomfördes på uppdrag av ÄldreLotsens styrgrupp. Studien genomfördes i enlighet med FoU i Västs målsättning att bidra till verksamhetsnära kunskapsutveckling. Detta innebar bland annat ett samarbete med projektet, från planeringen av utvärderingsstudien till rapporteringen. Under utvärderingsstudien återkopplades resultaten efter hand till både projekt- och styrgruppen i form av muntliga presentationer.

Metoden för genomförandet av studien har anpassats så att kunskap av flera olika slag har samlats in. Insamlingen har skett via intervjuer, observationer, enkäter, granskning av dokumentation och uppföljningar per telefon.

Intervjuer och så kallade deltagande observationer användes eftersom dessa metoder lämpar sig för att skapa kunskap som är rik på detaljer om personernas upplevelser och de händelser som observeras. Denna typ av kunskap kan bidra till en fördjupad förståelse för betydelsen som människor tillmäter ÄldreLotsen, med hänsyn till deras livssammanhang. Intervjuerna och observationerna har kompletterats med telefonintervjuer innehållande kortfattade svar från en större grupp av äldre personer.

För att få kunskaper om de potentiella användarna av ÄldreLotsen har enkäter använts. Enkäterna bestod i huvudsak av på förhand definierade svarsalternativ, men personerna gavs även utrymme att skriva egna svar. Jämfört med intervjuer och observationer innebär det mindre möjligheter att inhämta ny kunskap, men ger istället tillfälle att mäta hur frekventa vissa svar är i olika grupper. En annan typ av allmän kunskap kommer från ÄldreLotsens egen statistikföring samt de samverkande parternas dokumentation och statistik om ärendena. Med denna metod kunde viss kunskap samlas in om hela gruppen av användare som vänt sig till ÄldreLotsen.

Kombinationen av olika sorters kunskap och datainsamlingar kompletterar varandra och stärker studiens trovärdighet (jmf Silverman 2001, s. 249ff). Nedan följer en närmare beskrivning av hur olika typer av uppgifter har samlats in och bearbetats.

Intervjuer

I princip alla intervjuer genomfördes av författaren till denna rapport. De som intervjuades var de äldre som använt sig av ÄldreLotsen och personer från ÄldreLotsens organisation.

Äldre personer

Personliga intervjuer genomfördes med ett urval av äldre som hade använt ÄldreLotsens tjänster. Intervjuerna skedde några månader efter att personen hade varit i kontakt med ÄldreLotsen. De personer som deltog valdes ut av ÄldreLotsens personal utifrån följande kriterier: inga större kommunikationssvårigheter, både personer som verkade positivt inställda och de som kunde tänkas ha kritik mot ÄldreLotsen, personer med både mindre och större frågor och från alla tre stadsdelarna. Vad gäller personernas frågor önskade vi en spridning mellan de som hade frågor om medicinska besvär, rehabilitering, biståndshandläggning, hemtjänst och övriga frågor. Denna indelning motsvarar de vanligaste frågorna till ÄldreLotsen. De tio intervjupersonernas frågor handlade om medicinska besvär eller frågor som rörde biståndshandläggaren i fyra fall vardera, en persons fråga rörde hemtjänsten och en person hade en fråga som kategoriserats under ”övrigt”.

De tänkbara intervjupersonerna som valdes ut av ÄldreLotsen fick ett informationsbrev om studien senast två månader efter att de ringt till ÄldreLotsen. I brevet framgick att det var frivilligt att delta och hur intervjun skulle genomföras. Personerna ringdes sedan upp och tillfrågades om att medverka vid en intervju. Totalt tjugotre personer tillfrågades om att bli intervjuade om sina upplevelser av att ha ringt till ÄldreLotsen. Tio personer i åldrarna 76-87 år intervjuades. Dessa hade varit i kontakt med ÄldreLotsen. Sju av dessa var kvinnor och tre män. Tretton av personerna som kontaktades tackade nej till att delta och räknas alltså som bortfall.

Den vanligaste anledningen till bortfallet var att personerna inte orkade delta. Två personer som kontaktades i juni var på väg att flytta ut till sina lantställen för sommaren och hade inte tid. Några av personerna som avstod ifrån att intervjuas lämnade ändå lite

information om sin upplevelse av ÄldreLotsen vid telefonsamtalet. Denna information har dokumenterats.

Alla intervjuer genomfördes i personens hem förutom med en person som hellre ville intervjuas per telefon. Intervjuerna varade mellan 45 minuter och upp till två timmar. Alla intervjuer utom den som genomfördes via telefon spelades in och skrevs ut ordagrant. Intervjutexterna analyserades för att hitta teman i personernas svar, främst utifrån frågorna:

1. Finns det något typiskt med personerna som vänder sig till ÄldreLotsen?
2. Vilken funktion fyller verksamheten för användarna?
3. Hur upplevde personerna kontakten och hjälpen som de fick via ÄldreLotsen?

När intervjuerna analyserades gjordes en kategorisering med hänsyn till typ av behov som personen hade haft, typen av hjälp som vederbörande fick av ÄldreLotsen och personens syn på verksamheten. Citat samlades som stödde kategoriseringen av varje persons svar. De mest distinkta citaten inom varje kategori redovisas i resultatkapitlet i denna rapport. Efter tio intervjuer började en tydlig bild av de äldres upplevelser av ÄldreLotsens betydelse att framträda. Med hänsyn till tidsramarna för studien ansågs detta räcka även om ytterligare intervjuer eventuellt hade kunnat bidra till ytterligare förståelse.

Projektmedlemmar och ÄldreLotsens personal

Intervjuer har genomförts med personer som deltagit i arbetet med att planera och bygga upp ÄldreLotsens verksamhet. Det är personer som har ingått i styr- och projektgruppen. Intervjuerna genomfördes under studiens första fas för att inhämta kunskap om projektets förutsättningar och utveckling under det första året, innan studien påbörjades. Frågorna handlade framförallt om samverkan inom projektorganisationen, bakgrunden till idén och initiativet till ÄldreLotsen samt förankring och genomförande av de första faserna av projektet. Dessa intervjuer var retrospektiva eftersom studien inte pågått under projektets början. Uppföljande intervjuer och samtal har sedan genomförts med projektledaren och verksamhetschefen på Trygghetsjouren.

Intervjuer genomfördes även med ÄldreLotsens personal på Trygghetsjouren. Fyra formella intervjuer genomfördes och ytterligare samtal fördes, enskilt och i grupp, vid personalmöten där författaren deltog. Detta gav en inblick i det vardagliga arbetet i verksamheten och de förändrade ansvarsområden som personalen där fick. I samband med utvärderingsstudiens slutförande genomfördes en presentation av det samlade resultatet där tre representanter för Trygghetsjourens personal deltog, tillsammans med projektgruppen. Deltagarna vid mötet fick möjlighet att kommentera resultaten och göra ytterligare tillägg till det material som tidigare samlats in.

Telefonuppföljningar

Under studiens gång gjorde Trygghetsjourens personal egna uppföljningar med ett urval av de användare som ringt till ÄldreLotsen. Sammanlagt genomfördes 47 samtal som dokumenterades i ett frågeformulär. Frågeformuläret togs fram av författaren och testades och modifierades innan det togs i bruk. Telefonuppföljningarna gav framförallt svar på frågan om vad som hände efter samtalet till ÄldreLotsen och hur hjälpen upplevdes.

När personer skulle väljas ut till telefonuppföljningarna utgick personalen från ett slumpmässigt urval av cirka 5 procent av alla telefonsamtal som ÄldreLotsen tog emot varje månad. En bedömning gjordes sedan som grundades på den dokumentation som fanns om personen, huruvida det var möjligt att ställa frågor till personen. De flesta fall där en anhörig hade ringt föll bort, samt de personer som hade svårigheter att minnas samtalet till ÄldreLotsen. Ett visst bortfall kom sig av att personen inte gick att nå per telefon, trots flera försök.

Observationer

Deltagande observationer genomfördes av författaren vid projektorganisationens egna möten i form av projekt- och styrgruppsmöten. Detta gav en inblick i hur planering, samverkan mellan parter och beslutsprocesser har gått till. Två observationer genomfördes även i två centrala verksamheter i ÄldreLotsen: Trygghetsjouren och sjukvårdsupplysningen i Göteborg. Vid dessa observationer deltog författaren och

lyssnade när koordinatörerna svarade på samtal som inkom. Observationerna gav tillfälle att stämma av den bild av verksamheterna som gavs vid intervjuerna och i ÄldreLotsens egna beskrivningar av sin verksamhet som riktades till allmänheten.

Dokumentation från ÄldreLotsen och samverkansparterna

I denna rapport redovisas analyser av ÄldreLotsens dokumentation som genererats ur verksamhetens statistikrapporteringsystem. Statistiken ger svar på hur många samtal som inkommit under en tidsperiod och hur eller om samtalet vidarebefordrades till någon annan verksamhet. Varje samtal registrerades enbart inom en kategori, även om personen som ringde hade flera frågor som denne fick svar på. Lotsen som svarade valde den kategori som samtalet främst handlade om, för dokumentationen.

Viss statistik har kunnat samlas in från de viktigaste samverkansparterna. Den mest heltäckande informationen har lämnats av sjukvårdsupplysningen och hemsjukvården. Vårdcentralerna och biståndsbedömarna i det geografiska området har lämnat uppgifter om vissa av de ärenden som de har tagit emot från ÄldreLotsen, under olika tidsperioder. En mindre undersökning gjordes även av antalet äldre personer som besökte akutmottagningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och som kom från de berörda stadsdelarna. Sammantaget har denna dokumentation använts för att kartlägga vad ÄldreLotsen gör och vad som händer med de personer som ringer dit, när de lotsats vidare.

Enkäter

Två enkäter skickades ut inom ramen för studien med ett års mellanrum. Bägge riktades till en slumpvis utvald grupp av personer som var 75 år eller äldre och som bor i ordinärt boende i de tre berörda stadsdelarna. Det handlar alltså om ett urval hämtat ifrån ÄldreLotsens totala målgrupp, det vill säga en grupp där enbart en mindre andel själva har ringt till ÄldreLotsen vid något tillfälle. Motiven till att ställa frågor till personer ifrån hela målgruppen var både att mäta i vilken utsträckning personer i målgruppen kände till ÄldreLotsen men även att kunna mäta behov och effekter för hela gruppen. I tabell 4 sammanfattas information om enkätutskicken.

Tabell 4. Enkäter till ÄldreLotsens målgrupp.

Enkäter	Utskickets storlek	Svarsfrekvens	Ringt till ÄldreLotsen
Maj 2005	100/stadsdel (300 st.)	151 st. (50 %)	9 personer (6 %)
Maj-juni 2006	150/stadsdel (450 st.)	324 st. (72 %)	29 personer (9 %)

Den första enkäten skickades ut i maj 2005 till 100 personer i varje stadsdel, alltså totalt 300 personer. Utöver mått på kännedom och spridning av informationen om verksamheten ställdes flera frågor om personernas inställning till och erfarenheter av de tre faktorer som ÄldreLotsen hade som mål att förbättra: trygghet, tillförlitlighet och tillgänglighet. Totalt 151 personer svarade på enkäten varav nio hade ringt till ÄldreLotsen vid något tillfälle.

Den andra enkäten skickades ut ett år senare, i slutet av maj 2006 med en påminnelse två veckor senare. Denna gång var det totala antalet 450 personer bestående av 150 slumpvis utvalda från varje stadsdel. I enkäten ställdes värderande frågor om hur ÄldreLotsen påverkat upplevelsen av trygghet, tillgänglighet och tillförlitlighet gällande de instanser som äldre personer brukar vända sig till. Denna gång var svarsfrekvensen betydligt högre då 324 personer svarade. Av dessa hade 29 personer själva ringt till ÄldreLotsen vid något tillfälle.

Urval och representativitet

Urvalet av intervjupersonerna i telefonuppföljningarna och intervjupersoner till de personliga intervjuerna med användarna gjordes i samarbete med ÄldreLotsens personal. Instruktioner om vilken typ av personer som skulle väljas ut för intervjuerna lämnades till personalen vid flera tillfällen. Det finns ändå en möjlighet att lotsarna valde bort personer som kunde antas ha negativa upplevelser av ÄldreLotsen. Eftersom bortfallet var stort valdes möjliga intervjupersoner ut i ett par omgångar. ÄldreLotsarna gick då tillbaka och letade i sin datoriserade dokumentation för att hitta passande personer. Vid det laget mindes lotsarna sällan personerna och samtalen. En mycket kortfattad dokumentation var utgångspunkten för valet. Detta talar emot att en stark bias förekommit.

Ett bortfall finns däremot bland personer där lotsarna hade information om att denne hade ett nedsatt minne. Trots detta hade tre av de tio intervjupersonerna tydliga minnessvårigheter. Detta hindrade inte samtalet vid intervjun och ökar urvalets representativitet eftersom minnessvårigheter förekommer bland målgruppen och användarna.

Personerna som intervjuades hade större hjälpbehov än ÄldreLotsens användare som svarade på enkäterna. Det beror troligen på att urvalet av intervjupersoner gav en överrepresentation av personer som hade relativt allvarliga eller stora frågor som de vände sig till ÄldreLotsen med. Det är lättare att genomföra intervjuer om hjälpen har haft en större betydelse för personen. Personerna som använder ÄldreLotsen endast för nummerupplysning (minst 11 procent av samtalen) är därför troligen underrepresenterade i vårt intervjumaterial.

När det gäller urvalet av intervjupersoner till telefonuppföljningarna gjordes detta slumpmässigt (5 procent av användarna de månader då detta antal innebar en rimlig arbetsbörda, andra månader begränsades urvalet till 20 personer). Detta styrker representativiteten men eftersom undersökningen blev så liten (47 personer) har inga statistiska analyser gjorts. Bortfallet från det ursprungliga urvalet blev stort dels för att vissa personer inte kunde nås och dels för att lotsarna inte hann genomföra intervjuerna inom en rimlig tid.

Trots en hög svarsfrekvens för enkäten som skickades ut 2006 går det inte att säkerställa om bortfallet är systematiskt. En bortfallsanalys har inte kunnat genomföras eftersom all information saknas om de personer som inte svarade på enkäten. Troligen svarar inte de personer som är för sjuka för att orka eller kunna. Detta gäller särskilt de som inte har någon annan som kan hjälpa dem. Ett litet bortfall berodde på att adressregistret inte helt hade kunnat rensas från de personer som flyttat till särskilt boende och därför inte ingick i målgruppen.

Etikprovning

Studien har inte granskats av den lokala etikprovningensnämnden. Om detta hade gjorts hade studien endast varit aktuell för ett rådgivande yttrande eftersom alla personer som deltagit i studien har lämnat sitt medgivande.

Närhet kontra distans till praktikens teorier – en metoddiskussion

ÄldreLotsen lyfts fram som ett gott exempel på samverkan mellan sjukvård och äldreomsorg av Sveriges Kommuner och Landsting (2006). Närvård eller integrerade former av vård, beskrivs som en rörelse bort från omoderna organisationsstrukturer av stuprörmodell till mer flexibla, lokala och brukaranpassade organisationer. Detta ligger i linje med organisationsförändringar av det slag som Contingency Theory beskriver som situationsanpassade. Denna uppsats vilar på en contingency-teoretisk grund. Teorierna är visserligen relativt ”gamla” men används fortfarande. Modellerna är aktuella eftersom utgångspunkten är de grundläggande frågorna om arbetsfördelning och samordning som är fundamentala vid all organisering (jmf Axelsson och Bihari Axelsson 2006; Donaldson 2001; Leutz 1999).

Ett organisationsperspektiv som detta visar hur verksamheter som ÄldreLotsen har motiverat sin framväxt och existens. Många offentliga utredningar, experter och beslutsfattare som argumenterar för en förbättrad samverkan inom vården och omsorgen har idéer som bygger på metaforer besläktade med dessa teorier. Stuprör, att falla mellan stolarna, höga organisationsstaket, fragmentering och ett system som inte tar något helhetsansvar; alla dessa bilder är negativt laddade och handlar om en funktionalistisk¹⁰ syn på organisationer bestående av fasta strukturer i behov av förändring.

Problemen som beskrivs inom diskursen som i denna uppsats kallas för ”integrerad vård” är förstås problem eftersom de *uppfattas* som sådana. Problem samt deras orsak

¹⁰ Det vill säga att organisationer har olika karaktärer för att dessa uppfyller viktiga funktioner för de praktiska resultaten som verksamheterna vill uppnå. Funktionalismen kritiserar av senare teorier för att den bortser från organisationers mer symboliska arbete med att skapa legitimitet, utan koppling till en strikt funktionalitetslogik (Lindberg 2002).

och verkan uppfattas av människor som gör tolkningar av vad de ser och upplever. Det finns troligen ett visst mått av gemensam ”social konstruktion” i det som uppfattas. Det vill säga, en form av omedveten konsensus eller överenskommelse bland dem som har uppfattningar om dessa frågor (Berger och Luckman 1998). Resonemang av det här slaget kan leda till en distansering inför de beskrivna problemen som resulterar i en jakt på ”dolda mönster”. Om denna tendens dominerar riskerar forskaren att visa misstro mot de problem och förklaringar som uppfattas och att betrakta sina studieobjekt som mindre vetande eller naiva (jmf Alvesson och Deetz 1996). I denna uppsats tas istället de uppfattade problemen och människorna som beskriver dem på allvar. Praktikers egna problembeskrivningar är även utgångspunkten för analyserna som görs inom den forskning om integrerad vård som denna uppsats ämnar bidra till.

4. Fallet ÄldreLotsen

Bakgrunden till skapandet av ÄldreLotsen och andra liknande verksamheter kan ses på ett kontinuum av historiska och samhällsliga förändringar av välfärden för äldre i Sverige. En del i dessa förändringar gäller hur äldre individer betraktats som grupp och hur deras särskilda förutsättningar och behov av att söka upp och ta emot hjälp bemötts. Nedan följer en närmare presentation av denna generella bakgrund, innan det enskilda fallet presenteras närmare.

Därefter följer resultaten av den empiriska studien. Tre övergripande teman används för att strukturera texten: ÄldreLotsens tillblivelse, ÄldreLotsens funktion för de äldre och ÄldreLotsens funktion för samverkansparterna. Varje tema motsvarar ett eget avsnitt.

Bakgrund till dagens organisering av äldres vård och omsorg

Historiska och samhällsliga förändringar som påverkar äldre

Synen på äldres behov och roll i samhället har genomgått stora förändringar på relativt kort tid. I början av förra seklet for många äldre personer illa i sina familjers vård där de uppfattades som en belastning eller i fattighusens knappa förhållanden. Fattigvårdsanstalterna var ämnade som avskräckande exempel för resten av befolkningen med bland annat kroppsstraff och fråntagen rösträtt. Detta fortsatte även efter andra världskriget trots att resten av befolkningens levnadsnivå förbättrades. En stor andel äldre tvingades att leva av fattigvårdsbidrag eftersom pensionerna inte räckte till. De gamla fattigstugorna hade döpts om till ålderdomshem men lydde fortfarande under samma hårda regim och disciplin. Ivar Lo-Johansson kämpade i slutet av 1940-talet för en reform av äldrevården där äldre skulle ges en meningsfull existens och möjligheter för friska personer att kunna bo hemma. ”Hemvård istället för vårdhem” användes som slagord (Gaunt 1996-1999). Det tog dock nästan tjugo år innan hemmaboendets ideologi fick sitt verkliga fäste och på allvar kunde förverkligas, enligt sociologen Monica Nordström (2000).

Efter Ivar Lo-Johansson och andras kamp för förändring höjdes den allmänna pensionen och äldre personer som var friska kunde leva ett oberoende liv. Samtidigt rustades institutionerna upp, skildes från psykiatrisk och social vård och fick istället en (geriatriskt) sjukvårdande inriktning inom långvården. Under 1970-talet fick pensionärer en allt starkare ställning och betraktades inte längre som vårdobjekt. Attityden ändrades från att äldre var en grupp som behövde andras barmhärtighet till att vara en grupp i samhället med ungefär samma behov som andra. Nordström förklarar den förändrade synen:

Eventuella åldersmässiga funktionsnedsättningar kunde kompenseras genom olika former av stöd och hjälp ifrån samhällets sida (2000, s. 14).

Satsningar så som ÄldreLotsen kan ses som en liten del av detta förändrade synsätt. Den medicinska utvecklingen har under tiden gjort att fler sjukdomar kan botas och behandlas med enklare metoder, till exempel i hemmet. En ökad efterfrågan på vård både inom kommun och landsting kommer av den ökade andelen äldre i befolkningen som har många samtidiga sjukdomar och problem, så kallad multisjuklighet. Samtidigt har ekonomiska åtstramningar och andra förändringar påverkat utbudet. Till exempel innebar Ädelreformen 1992 att ansvaret för äldres vård skiftades mellan huvudmännen, med hjälp av en skatteväxling (Rom 2006).

Utvecklingen i samhället mot äldres starkare ställning kan beskrivas med hjälp av två begrepp: ”inkludering” och ”exkludering”. Genom att allt fler grupper av medborgare har fått stärkta rättigheter har de *inkluderats* i samhället. Ett problem är dock att generell välfärd inte tar hänsyn till personer med särskilda behov. Vissa grupper *exkluderas* i praktiken, eftersom de inte har samma möjligheter att hävda sina rättigheter. Ett exempel på denna logik är den hjälp som äldre fick av staten fram till mitten av 1900-talet. Hjälpens gavs i generell form inom ”fattigvården”, vilket exkluderade många äldre och passade dåligt för deras behov. Eftersom det är svårt att tillfredsställa alla medborgares behov med enbart generell välfärd krävs ofta en viss form av positiv diskriminering (Gustavsson 2004).

Behöver äldre personer skyddas genom positiv diskriminering och särskilda insatser, till exempel genom skapandet av ÄldreLotsen? Två parallella förändringar har skett efter Ädelreformen som kan påverka behovet av verksamheter som ÄldreLotsens:

platserna vid institutionerna och andelen som får hemvård har minskat samtidigt (Nordström 2000; Lindberg 2002). Under de senaste fem åren har platserna i särskilt boende minskat med nästan 18 000 platser, trots att andelen äldre ökat. Antalet personer som hade hemhjälp i sitt vanliga boende var som högst i mitten av 1970-talet. Bara 37 procent av dem som är 80 år eller äldre fick kommunal äldreomsorg år 2005, jämfört med 62 procent i samma åldersgrupp år 1980. Detta kan ha påverkat äldre personers möjlighet att få den hjälp som de behöver (Trydegård 2007).

Äldre personer - en grupp med särskilda behov?

ÄldreLotsen beskriver sin uppgift med följande ord:

En effektivare vård kan uppstå om man hanterar patientens behov i rätt tid, på rätt vårdnivå och med rätt resultat och att icke värdeskapande aktiviteter minimeras. Kartläggningar av antalet sökande till akutmottagningen på Sahlgrenska påvisar att många äldre haft ett successivt insjuknande men att man inte hittat rätt i vården på grund av dels okunskap om vem i vården som hanterar det aktuella problemet men även en bristande tillgänglighet i vården. Om den äldre patienten inte får vård i rätt tid försämras ofta såväl sjukdomssymtom som allmäntillstånd och till slut kommer man till sjukhusets akutmottagning och en inläggning på sjukhuset. Många av dessa intagningar borde ha kunnat undvikas om problemet hanterades i rätt tid och på rätt vårdnivå (ÄldreLotsen 2003, s 6).

Ett av de viktigaste motiv som angavs för skapandet av ÄldreLotsen och som känns igen från andra liknande verksamheter, är tanken att äldre personer utgör en särskild grupp i samhället som kan behöva särskilt stöd, hjälp och omsorg. Enligt Gustavsson (2004) finns en paradox i att som grupp bli betraktad som hjälpbehövande. Det ger särskilda rättigheter men även en förändrad identitet som kan upplevas som negativ.

Vad säger forskningen om äldres behov? Det är ett modernt fenomen att betrakta äldre som en speciell grupp, baserat på deras kronologiska ålder (Thorslund och Larsson 2002). Thorslund och Larsson använder en distinktion mellan olika typer av åldrande. Distinktionen kan vara en hjälp att definiera och förstå det som eventuellt är specifikt för äldre personers behov. I denna modell görs en åtskillnad mellan biologiskt, psykologiskt och socialt åldrande. Sjuklighet och åldrande leder ofta till kriser av olika

slag. Inget av de olika typerna av åldrande är dock strikt kopplat till den kronologiska åldern, räknat i antal år. På så vis handlar den här indelningen om flera olika processer som kan röra sig i olika takt, beroende på individen och dennes unika situation. Det är svårt att finna en generell bild av äldre personers behov.

Ett motiv till utformningen av ÄldreLotsens verksamhet är den teknikutveckling som skett på senare tid. Det hävdas att äldre personer drabbats särskilt hårt av nackdelarna med framförallt de nya automatiska telefonsystemen hos myndigheter och samhällsinstanser. Nedsatt hörsel och kognitiv förmåga samt ovana, gör det svårt för många äldre att använda talsvaren. Alla har inte heller tillgång till en knapptelefon, vilket ofta krävs för att navigera sig fram till en icke-automatiserad kontakt. Äldre har även sämre tillgång till eller möjlighet att använda Internet och annan informationsteknik, jämfört med yngre. Detta kan ses som en del av det psykologiska och sociala åldrandet, där personer har minskad förmåga till anpassning och en social roll som gör att förväntningar på att ”hänga med” inte är lika stora. Samtidigt varierar detta mycket mellan olika individer. Studiecirklar och datakurser för pensionärer är ofta välbesökta (Oldshammer 2006).

Sjukdomar kan skynda på ett fysiskt, psykiskt och socialt åldrande. Sådana situationer kan även illustreras genom användandet av det relativt nya begreppet ”multisjuklighet” eller ”skörhet”. Det vill säga flera samtidiga sjukdomar och symtom som ger funktionsnedsättningar. Äldre är den grupp som på grund av de många samtidiga processerna oftast drabbas av detta tillstånd. Detta har det tagits fasta på i det politiska planeringsarbetet:

Äldre har ofta flera och sammansatta sjukdomar. Det är då viktigt att individens hela livssituation sätts i fokus, dvs. att insatserna anpassas till individens speciella behov. Vid bedömning måste de psykiska och sociala behoven vägas samman med de medicinska och fysiska (Göteborgs Stad Äldrevård och omsorgsplan 2002-2010, s. 9).

När generaliseringar görs om vilka behov som är viktiga för den äldre befolkningen används ofta en indelning mellan den tredje och fjärde åldern. I den tredje åldern (”yngre-äldre”) lever personen självständigt och i frånvaro av allvarliga och bestående sjukdomar eller funktionsnedsättningar som inverkar på vardagen. Den fjärde åldern

(”äldre-äldre”) inträder vid varierande tidpunkter, beroende på den individuella situationen. Först då blir personen beroende av andras vård och omsorg. Kostnaderna för den andel av befolkningen som lever i den fjärde åldern (cirka två procent) uppskattas till en fjärdedel av kostnaderna för all sluten hälso- och sjukvård (Batljan och Lagergren i Thorslund och Larsson 2002).

ÄldreLotsen har valt att låta den kronologiska åldern vara avgörande för valet av målgrupp. Därför är det inte heller förvånande om användarnas behov skiljer sig från varandra. Den enskilda faktor som bäst karakteriserar den äldre befolkningen och åldrandet är *variation* (Thorslund och Larsson 2002).

ÄldreLotsens tillblivelse

Här beskrivs ÄldreLotsens¹¹ framväxt och utveckling, aktörerna, samarbetsavtalen, valet av målgrupp, personalens förberedelser, verktyg och yrkesroll, arbetsmetoderna, marknadsföringen samt förändringar av målen, den geografiska utbredningen och status som projekt. Under knappt två års tid har ÄldreLotsens arbete med att genomföra sin plan för upprättandet av en telefonjour studerats. I detta avsnitt redovisas kunskapen som samlats in om verksamhetens tillblivelse. Citaten som används är hämtade ur de personliga intervjuer som genomfördes med medlemmar i styr- och projektgruppen samt lotsarna.

Framväxt och utveckling

Den första fasen av ÄldreLotsens projektverksamhet började när styrgruppen bildades. Medlemmarna i styrgruppen överlappar till viss del med en lokal samordningsgrupp som kallas för Västsam. Västsam består av chefer från de berörda stadsdelarna i centrala Göteborg (stadsdelscheferna), cheferna för primärvården (områdesansvariga) och ansvariga inom sjukhusvården. Dessa personer möts regelbundet för att samverka kring frågor som rör befolkningen i det gemensamma området. Det var i Västsam som idén om ÄldreLotsen uppkom och förankrades till att börja med. Den dåvarande

¹¹ ÄldreLotsens tre ursprungliga stadsdelar ingår i den empiriska studien. Det vill säga Centrum, Majorna och Linnéstaden i Göteborgs Stad. De övriga stadsdelarna och kommunerna som senare kom att delta i ÄldreLotsen ingår inte (se ÄldreLotsen 2007 för mer information).

verksamhetschefen för Geriatriken Sahlgrenska hade flera år tidigare hört talas om EPICS-konceptet och ett projekt som bedrevs i Järfälla i Stockholm (se Foote och Stanners 2002):

Jag såg dem som ett föredöme och fick hit dem. Vi bjöd in dem på några utvecklingsdagar som vi hade. De skulle berätta om hur utvecklingen fungerade i Nordväst-geriatriken [Stockholm] och det kom att handla om EPICS och hur de hade infört den modellen. Jag såg att det var en bra idé men visste att det behövdes ett bra läge för att det skulle kunna genomföras här. Det är ju så med alla idéer, det behövs rätt tid och rätt plats.

Eftersom Göteborgs Stad formulerade ett mål i sin äldreplan att förbättra samverkan inom vården och omsorgen om äldre personer, föreslogs denna modell för integrerad vård för Västsam-gruppen:

Då berättade jag om EPICS. Vi fick ta fram en uppdragshandling, vilket gjordes 2003. Därefter formerades arbetsgruppen eller projektgruppen. Så det fick alltså värka en tre-fyra år tills det blev rätt läge.

Målet var att öka tryggheten för de äldre genom att använda idén om sammanhållen vård för att förbättra samverkan mellan olika verksamheter som hjälper äldre personer. De tre centrala stadsdelarna blev utvalda som startpunkt för arbetet.

Projektgruppen träffades ofta och regelbundet under de första åren. Vid dessa möten diskuterades planeringen av arbetet och de behov som medlemmarna såg hos den äldre befolkningen. En projektplan utarbetades som bestod av tre olika faser. Den första fasen efter planering och förankring handlade om att öppna ett telefonnummer dit personer kunde vända sig med frågor om vad som helst. Nästa fas skulle bli att konsolidera erfarenheterna och vidareutveckla den samverkan och kommunikation som telefonjouren byggde på. Målsättningen med denna fas beskrevs på följande sätt av en styrgruppsmedlem:

Vår ambition är att förbättra nätverkets effektivitet genom ökade kontakter och förbättrad kännedom om kollegornas arbete.

Den sista fasen skulle bestå av förebyggande insatser för äldre. Detta arbete skulle byggas upp genom att dra lärdom av de erfarenheter som samlades in från arbetet med

ÄldreLots-telefonen, under de första två faserna. Eftersom man i planeringskedet inte visste vilka behov som skulle identifieras formulerades målsättningen som att verksamheten skulle: *”utröna om det finns förebyggande insatser som kan vidtagas för att möta en del av det behov som ÄldreLotsens arbete har synliggjort.”* (Ullaeus et al 2005)

Som en del i planeringsfasen diskuterades var telefonjouren skulle placeras. I intervjuer med projekt- och styrgruppsmedlemmarna har detta steg beskrivits som ett kritiskt beslut. Det fanns olika åsikter om detta och beslutet upplevdes som avgörande för den framtida utvecklingen (Ullaeus et al 2005). De två huvudsakliga alternativ som diskuterades var att sjukvårdsupplysningens sjuksköterskor eller Trygghetsjourens medarbetare skulle svara i ÄldreLots-telefonen. Trygghetsjouren sköter allt som rör de trygghetslarm som äldre personer kan få installerade i sina hem.

Sjukvårdsupplysningen tillhör primärvården och har stor erfarenhet av att bedöma sjukvårdsfrågor och att ge rådgivning per telefon. Samtidigt var denna verksamhet vid tiden för beslutet redan hårt belastad och hade ont om resurser både när det gällde personal och lokaler för att inhysa ÄldreLotsens verksamhet. Den kommunala Trygghetsjouren och dess personal var vana av att ge hjälp till huvudsakligen äldre personer. Deras upptagningsområde var avsevärt mindre än Sjukvårdsupplysningens men inkluderade just de tre stadsdelar som valdes ut för starten av ÄldreLotsen. Till skillnad från sjukvårdsupplysningen hade Trygghetsjouren kapacitet över för att sköta ÄldreLots-telefonen. Eftersom Trygghetsjouren hade större möjligheter att använda delar av sina resurser till en ÄldreLots beslutades det att det var här verksamheten skulle höra hemma. Ett annat argument för placeringen här var erfarenheterna från EPICS-projektet i Stockholm där de flesta av samtalen hade rört sig om sociala frågor som inte var sjukvårdsrelaterade.

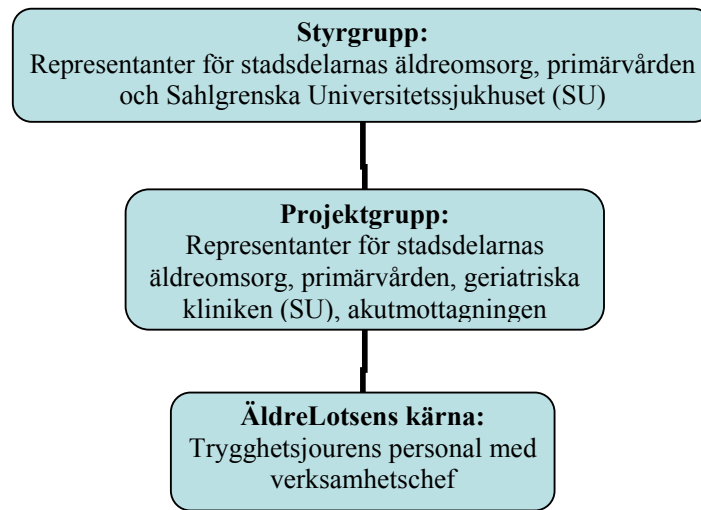
Aktörerna och samverkansparterna

Styrgruppen utvecklades till att innefatta äldreomsorgscheferna i de tre stadsdelarna, chefen för Geriatriska kliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och chefen för det berörda primärvårdsområdet.

Projektgruppen bestod, förutom projektledaren, av ansvariga från de ordinarie verksamheter som berördes mest:

- Trygghetsjouren SDF Linnéstaden, verksamhetschef
- Hemtjänsten SDF Linnéstaden, chef
- SDF Majorna, verksamhetsutvecklare
- Äldreomsorgen SDF Centrum, utredare
- SDF Centrum, medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Hemsjukvården SDF Centrum, bitr. enhetschef
- Geriatriska kliniken SU, vårdenhetschefen
- Akutintaget SU, sjuksköterska ansvarig för äldres omvårdnad
- Primärvårdskansliet, utredare
- Sjukvårdsupplysningen, verksamhetschef
- Primärvårdsrehab, verksamhetschef

ÄldreLotsens arbete sanktionerades av styrgruppen som i sin tur sanktionerades av Västsam. Styrgruppen lämnade utvecklingen av ÄldreLotsen i uppdrag till projektgruppen och följde sedan arbetet mestadels utan att ingripa. Projektgruppens medlemmar skötte planeringen och uppbyggnaden av verksamheten samt förankring och informationsspridning i sina organisationer. När ÄldreLotsen var i drift ändrades deras roll till att ansvara för en kontinuerlig uppföljning och återkoppling till de samverkande verksamheterna och den fortsatta utvecklingen av arbetet. Detta arbete beskrivs närmare lite senare i kapitlet. ÄldreLotsens organisationsschema kan sammanfattas i figur 4.



Figur 4. Organisationsschema för ÄldreLotsen utifrån ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Förankringen och finansieringen

ÄldreLotsens planering förankrades politiskt och godkändes av respektive nämnd i de tre stadsdelarna. Representanterna i styrgruppen menade att detta arbete underlättades, delvis på grund av att Göteborg hade antagit en vård- och omsorgsplan där behovet av ökad samverkan och trygghet för äldre medborgare finns uttalat (Göteborgs stad 2001). En andra anledning som gjorde förankringen lätt var att ÄldreLotsens arbete knappt krävde någon tilldelning av extra medel, eftersom arbetet till största delen integrerades i de vanliga verksamheterna. En styrgruppsmedlem beskrev finansieringens betydelse för genomförandet:

Vi förankrade det också i nämnderna. Det var inga problem. Alla såg positivt på idén. (-Var det en fördel att ni inte sökte externa projektmedel till projektet, utan tog av basfinansieringen?) Ja, det var enklare att sätta igång eftersom vi inte var beroende av att vänta på projektmedel. På det här sättet kunde vi sätta igång snabbt och smidigt.

De extra kostnader som tillkom för anställning av en projektledare och senare för en extra anställd vid Trygghetsjouren och IT-systemet fördelades mellan

styrgruppsmedlemmarnas verksamhetsbudgetar. Kostnaderna delades lika mellan verksamheterna inom Västra Götalandsregionen och verksamheterna inom stadsdelarna. Primärvården och Geriatriska Kliniken (SU) delade på den ena hälften av kostnaderna och stadsdelarnas äldreomsorg på den andra.

En av medlemmarna i styrgruppen som representerade en verksamhet inom Västra Götalandsregionen beskrev förankrings- och uppstartarbetet som smidigt och ovanligt obyråkratiskt. Detta arbetssätt kontrasteras med andra verksamheters erfarenheter i andra delar av landet:

Det har vi märkt när vi har fått frågor utifrån, till exempel från Stockholm. Dom har bett om våra underlag och så vidare. Men vi har ju inget! Västsam har bara väldigt enkla mötesanteckningar, till exempel. I Stockholm har de det mycket mer byråkratiskt med justerade protokoll och politiska beslut överallt. Så de har tjocka luntor. Jag är inte en vän av det. Vi har inte ens ett riktigt beslut på papper, ifrån Västsam. Det finns i alla tre nämnder, SDN, var för sig. Kan vi besluta ändå, så gör vi det.

En av representanterna från primärvården berättade att satsningen på ÄldreLotsen i början hade väckt vissa reaktioner eftersom primärvården samtidigt genomförde nedläggningar av vårdcentraler för att minska sina kostnader. Sammantaget verkade representanterna ändå anse att den förväntade nyttan och värdet övervägde kostnaderna. Fördelningen av kostnaderna där Geriatriska kliniken stod för hela Sahlgrenska Universitetssjukhusets del accepterades som en tillfällig lösning under projektiden.

Samarbetsavtalen

För att kunna genomföra de planer som hade fastställts av projektorganisationen med stöd av Västsam mobiliserades hela det nätverk som fanns att tillgå genom deltagarna i grupperna. En lång rad av verksamheter skrev på så kallade ”samarbetsavtal” med ÄldreLotsen där man lovade att ta emot och ta hand om ärenden som lotsades från jouren. I avtalet lovade de mottagande verksamheterna att höra av sig till den äldre personen inom 24 timmar.

En viktig poäng med hela organiseringen av ÄldreLotsens arbete och samarbetsavtalen är klargörandet av gränserna för ÄldreLotsens ansvar. Avtalet innebär att den mottagande verksamheten tar över ansvaret för personens fråga eller behov, så fort som det har kommunicerats dit. ÄldreLotsen tar inte ansvar för vad som händer med den äldre personens ärende efter att detta har kommunicerats vidare till en annan instans. Däremot lovar verksamheterna som har skrivit under avtalet att hjälpa personen även om det egentligen *inte* tillhör deras ordinarie arbetsuppgifter. Det vill säga att även om ÄldreLotsen lotsar en person till fel ställe så ska denna verksamhet ändå hjälpa den äldre istället för att be den äldre personen att ringa tillbaka till ÄldreLotsen med samma fråga. Detta för att personen alltid ska kunna få hjälp istället för att ”hamna mellan stolarna” eller att frågan bollas fram och tillbaka mellan olika verksamheter.

En blankett för avvikelserapportering togs fram så att sådana ”fellostningar” registreras och uppmärksammas. På så sätt sker en återkoppling så att lotsningsprocessen kan förbättras.

De femton verksamheter som ingick ett samarbetsavtal med ÄldreLotsen 2004 var:

- Sjukvårdsupplysningen Göteborg
- De fem offentliga vårdcentralerna: Kungshöjd, Gibraltargatan, Vegagatan, Masthugget och Karl Johan (primärvården)
- Vårdcentralen Haga Annedal (privat)
- Läkarhuset (berörda privatläkare med områdesansvar)
- Primärvårdsrehab Gibraltargatan
- Äldreomsorgen i de tre stadsdelarna: Centrum, Linnéstaden och Majorna
- Geriatriska kliniken Sahlgrenska och Högsbo
- Hemsjukvården för Centrum, Linnéstaden och Majorna
- Hemrehab Centrum, Linnéstaden och Majorna

Valet av målgrupp

I stadsdelen Centrum fanns totalt drygt 4 700 personer som var 75 år eller äldre, år 2006. Motsvarande siffra i Linnéstaden och Majorna var två tusen vardera. Sammanlagt bestod alltså ÄldreLotsens målgrupp av drygt 8 700 personer. För att kunna beskriva ett

mått på deras befintliga behov av hjälp i vardagen undersöktes hur många som hade hemtjänst respektive hemsjukvård. Av ålderspensionärerna hade drygt tvåtusen personer någon form av hjälp från hemtjänsten (cirka 25 procent). Totalt hade cirka 8 procent av ålderspensionärerna i området hemsjukvård (Göteborgs Stad 2006).

När styr- och projektgruppen bestämde vilka personer som skulle ingå i ÄldreLotsens målgrupp tyckte flera verksamhetsrepresentanter att den högst prioriterade målgruppen borde vara dem som ”inte är inne i systemet”. Med detta åsyftades de personer som inte redan hade hemtjänst, hemsjukvård eller regelbundna kontakter med sjukvården. ÄldreLotsen borde istället vända sig till personer som stod i början av ett ökande vård- och omsorgsbehov, på grund av ålder och sjukdom. De personer som inte behövt ha kontakt med äldreomsorgen eller hälso- och sjukvården ansågs ha svårare att veta vart de skulle vända sig. Äldre personer skulle slippa behöva lära sig det komplexa välfärdssystemets uppbyggnad utan istället kunna använda ÄldreLotsen som kontaktpunkt och guide till hjälpen. Dessutom ansågs det viktigt att fånga dessa tidiga vård- och omsorgsbehov i sin linda för att förebygga ytterligare försämring eller följdskador.

Mot dessa argument stod projektmedlemmarnas erfarenheter av att ett fåtal personer som redan är vård- och omsorgstagare ofta står för en stor del av behovet och användandet av vård- och omsorg. Om till exempel multisjuka äldre eller andra äldre med stora vård- och omsorgsbehov kunde få hjälp via ÄldreLotsen skulle resten av vården och omsorgens verksamheter avlastas, var tanken.

Dom är ju kroniskt sjuka dom här, med många symtom. Dom börjar ”jag har lite klåda här...” och så är det många andra saker.

I projektgruppen ville man från början genomföra en enkätundersökning som underlag för hur stort behovet var i olika tänkbara målgrupper men detta bedömdes ta för lång tid. Styrgruppen prioriterade istället att komma igång med den operativa verksamheten:

Jag tror att vi bestämde att vi inte hade tid med det. Vi tänkte att vi ändå skulle utvärdera /.../ Och så hade vi en kartläggning av 30 stycken slumpvis utvalda äldre på akuten. /.../ Så vi hade en analys och var inte helt utan. Men det är klart vi hade inte varit hos folk boende i kommunen.

Efter diskussioner i projekt- och styrgruppen, baserade på representanternas egna erfarenheter och antaganden om de äldres behov och intressen, beslutades att alla personer 75 år och äldre var välkomna att ringa till ÄldreLotsen. ÄldreLotsen vänder sig alltså både till personer som så att säga redan är ”inne i systemet” och till dem som (ännu) står ”utanför”.

Lotsarnas förberedelser och verktyg

Ett viktigt verktyg för lotsarna var samarbetsavtalen. Dessa gjorde det möjligt att lämna över den äldre personens fråga till en annan verksamhet i förvisning om att vederbörande skulle bli kontaktad inom 24 timmar. Samarbetet med sjukvårdsupplysningen var ett andra avgörande beslut för ÄldreLotsen. Alla frågor som har med sjukvård att göra ska lotsas dit. Det sker genom att ÄldreLotsen har fått ett eget nummer till sjukvårdsupplysningen med vars hjälp lotsarna kommer först i kön. Sjukvårdsupplysningens sjuksköterskor ringer sedan upp den äldre personen så fort som möjligt och ger medicinska råd per telefon. På så sätt kompletteras Trygghetsjourens personals kompetens när det behövs, inom ramen för ÄldreLotsens verksamhet.

ÄldreLotsens personal kan även ge upplysningar och lämna kontaktuppgifter om många andra verksamheter, förutom de som det finns samarbetsavtal med. Dessa finns inlagda i det datoriserade system som koordinatorena använder som hjälp för att hitta rätt telefonnummer. Här följer en lista med exempel på typer av verksamheter som inte har samarbetsavtal men som ändå finns inlagda i sökregistret:

Apotek	Låssmeder
Ambulanssjukvården	Pensionärsföreningar
Fastighetsskötsel	Polisen
Fotvård	Privatläkare
Frivilligcentraler	Självhjälpsorganisationer
Hjälpmedel	Störningsjouren
Hushållsnära tjänster	”Socialtjänsten” (förutom äldreomsorgen)

Hårvård	Socialjour
Hörselvård	Tandläkare
Hörcentral	Träffpunkter

ÄldreLotsen lotsar inte till dessa verksamheter. Istället hänvisas personerna att själva ringa till dem. Det kan för många vara en tillräcklig service att få reda på vilken instans som har hand om en fråga och vilket telefonnummer är dit. Ibland kan ÄldreLotsen även upplysa om personer som den äldre kan vända sig till.

Det datoriserade sökregistret gör det möjligt för lotsarna att mata in den äldre personens adress och snabbt få fram uppgifter om alla instanser som denna person kan vända sig till, kategoriserade inom de olika områdena. Detta för att personalen snabbt ska kunna hitta rätt instans för alla tänkbara frågor som kan komma in. Olika verksamheter vill bli kontaktade på skilda sätt: via telefon, per fax eller e-post. När ÄldreLotsen hänvisar till privata aktörer så som hårvård och fotvård görs valet av företag med hjälp av en slumpgenerator, för att inte någon verksamhet ska få konkurrensfördelar.

IT-systemet upphandlades på den öppna marknaden eftersom inget av de system som fanns tillgängliga inom Göteborgs Stad hade de funktioner som krävdes. All information fick matas in i det nya systemet manuellt, vilket tog tid. Detta arbete utfördes av projektledaren i samarbete med lotsarna. När telefonnummer ändras kan lotsarna gå in och ändra uppgifterna i sökmotorn.

En viktig del i förberedelserna för lotsarnas nya arbete var en utbildning som Trygghetsjourens personal fick genomgå. Denna organiserades av projektgruppen och bestod huvudsakligen av studiebesök och individuell bredvidgång hos de flesta av de verksamheter som hade skrivit på samarbetsavtalen. På så sätt fick de blivande lotsarna träffa de personer som de skulle ha kontakt med i framtiden för att besvara de äldres frågor. En större inblick i de mottagande verksamheternas arbete skulle även ge ÄldreLotsen en ökad möjlighet att hjälpa de äldre till rätt instans och att ge information om dessa verksamheter. Många av dessa verksamheter har personalen även kontakt med i sin roll som koordinator vid Trygghetsjouren, men i den rollen arbetar de utan de överenskommelser som ÄldreLotsens samarbetsavtal utgör. Personalen från

Trygghetsjouren och de samverkande parterna hade inte träffats tidigare eller besökt varandras arbetsplatser.

Förändrade yrkesroller och ÄldreLotsen som arbetsplats

I den interna organiseringen på Trygghetsjouren bestämdes det att alla personer som arbetade med larmen också skulle utbildas. Alla koordinatörer vid Trygghetsjouren turas om som äldrelotsar så att telefonjouren på dagtid alltid är bemannad. Lotsen kan med sin dubbla kompetens även hjälpa till med Trygghetsjourns arbetet. På så sätt skapas en flexibilitet i arbetsorganisationen. På kvällar, nätter och helger är ÄldreLotsen inte bemannad utan sköts av den personal som arbetar med larmen.

Den ÄldreLots som öppnade sitt nya telefonnummer för samtal den 15 november 2004 utgjordes av de cirka tio fast anställda vid Trygghetsjouren som kompletterades av lite drygt lika många timanställda personer som arbetade på deltid. Deras arbete i ÄldreLotsen kommer fortsättningsvis att gå under beteckningen ”lots”.

Lotsen som arbetar på dagtid har tre andra kollegor som sitter i samma rum. De har alla samma utrustning och verktyg att tillgå och arbetsstationerna är alla kopplade till samma datorsystem med tillgång till sökregister och dokumentation. Kollegorna kan därmed hjälpa till att besvara ÄldreLotsens telefonsamtal om den person som jobbar som lots redan är upptagen i ett samtal. Personalen kan dessutom använda varandra som rådgivare när de får en fråga som de är osäkra på hur de ska hantera. Detta gäller dock inte nattetid då endast en person delar på ansvaret för både Trygghetsjourens larmcentral och ÄldreLotsens jourtelefon.

I Trygghetsjourens organisation ingår förutom de socionomutbildade koordinatörerna en hemtjänstpatrull som kan rycka ut vid ett larm. Genom att ÄldreLotsen är integrerad med Trygghetsjouren kan lotsarna använda sina befogenheter för att vid behov skicka ut patrullen. Detta räknas som en lotsning mellan ÄldreLotsen och Trygghetsjouren, då frågan som inkommit till ÄldreLotsen blir till ett Trygghetsjour-ärende. Om personen inte sedan tidigare är beviljad hemtjänst använder lotsarna sin möjlighet att göra akuta biståndsbedömningar för att patrullen ska kunna åka dit. På samma sätt kan telefonsamtal som kommer in till sjukvårdsupplysningen förvandlas till ÄldreLotsen-

frågor. Det sker i de fall då sjuksköterskorna anser att den äldres behov skulle tjäna på att hanteras inom ramen för ÄldreLotsen. Sjukvårdsupplysningen och lotsarna kallar detta för att *”göra om ett vanligt samtal till ett ÄldreLotsen-samtal”*.

Skillnaderna mellan ÄldreLotsen och det övriga arbetet på Trygghetsjouren upplevs som relativt små, enligt lotsarna:

Det är ju samma klientel, i och med att vi får så mycket telefonsamtal i Trygghetsjouren också. Det kan ju vara folk både med och utan larm som ringer om allt möjligt. Till ÄldreLotsen kanske de ringer om lite andra saker. I Trygghetsjouren förväntar de sig att vi kan vård och omsorg mest. Men för ÄldreLotsen har man ju fått annan information, så det kommer andra typer av frågor som blandas med de vanliga.

En person beskrev likheterna men även glädjen i att kunna erbjuda hjälp:

Det är mycket likt Trygghetsjouren det är bara det att vi har större befogenheter. Till exempel att skicka ut Hemsjukvården fast de inte är inskrivna och att kunna ringa sjukvårdsupplysningen. Och de ringer faktiskt till personen. De gör det! (- Har ni försökt sånt förut?) Ja, vi är ju en rad med fixare, vi som jobbar här. Men vissa saker kan man inte göra i Trygghetsjouren, som att boka tid hos en doktor, till exempel. Det kan man i ÄldreLotsen och det känns jättebra. Det blir ”woohoo!”, liksom. Att man kan erbjuda något.

Lotsarna beskrev ofta ovanliga frågor som de fått, där svaret tagit tid att hitta:

En dam ringde och ville veta om datakurser. Jag lyckades hitta en som var gratis även om jag fick leta ett bra tag. Det fanns inlagt i systemet men jag fick ringa och fråga, för hon undrade ju vad det kostade. Det var roligt att jag hittade det.

Ibland sker hjälpen på ett enkelt sätt genom till exempel möjligheten att söka efter telefonnummer på Internet eller att hitta kontaktvägarna genom att pröva sig fram:

Allt handlar ju inte om enkla saker som ”jag har värk, hur ska jag göra”? Det kan vara något väldigt specifikt, för en viss specialitet på Sahlgrenska, egentligen. Men jag har ju kontaktnätet och jag vet hur man ringer växeln och så vidare. Så jag kan snabbt hitta svaret, vilket dom själva inte kan.

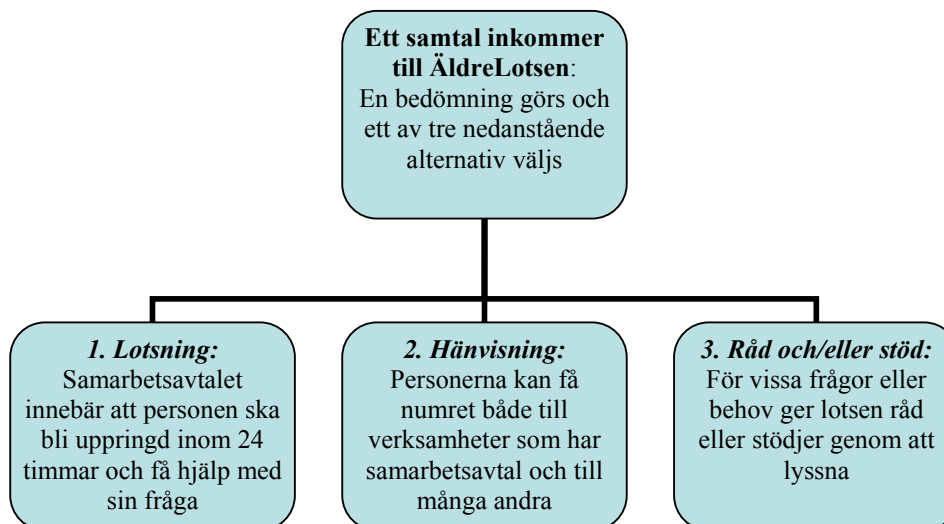
Lotsarna upplever att många äldre har svårt att bläddra och se i telefonkatalogen. Kommentarer har dock fällts om att ÄldreLotsen i dessa fall riskerar att fylla samma funktion som nummerupplysningen, men för en lägre kostnad för användaren.

Hur ÄldreLotsen arbetar

Förutom lotsningar arbetar ÄldreLotsens personal med att ge upplysningar, råd och stöd till dem som ringer. Upplysningarna och råden handlar ofta om att den äldre personen vill veta vart denne ska vända sig för att få hjälp. Ibland vet personen till vilken verksamhet frågan hör men har inte telefonnumret dit. Det kan röra sig om frågor som har med helt andra verksamheter eller organisationer än de som har samarbetsavtal med ÄldreLotsen.

Även i de fall där personen som ringer har ett behov som hör hemma hos någon av verksamheterna som har ingått samarbetsavtal med ÄldreLotsen är det inte alltid nödvändigt eller önskvärt att använda lotsningsprocessen. Personen vill ibland hellre själv ta kontakt med verksamheten i fråga. Frågan om huruvida den äldre ska *lotsas* eller istället *hänvisas* till nästa instans är något som personalen vid ÄldreLotsen själva tar ställning till, i varje enskilt fall. En bedömning görs, på basis av den information som lämnas och personalens utbildning och erfarenhet. Valet av vilken sorts hjälp den äldre ska få är beroende av personens fråga, behov och situation.

Figur 5 visar att när användaren lotsas vidare till en annan verksamhet blir denne uppringd av verksamheten i fråga. Detta gäller till exempel sjukvårdsupplysningen. De som hänvisas får istället ringa själva till den verksamhet som ÄldreLotsen rekommenderar. I vissa situationer kan ÄldreLotsens personal med sin kompetens själva ge det råd eller stöd som personen behöver.



Figur 5. Samtalen till ÄldreLotsen tas om hand genom lotsning, hänvisning eller råd och stöd.

Marknadsföringen och informationen

En avgörande faktor för ÄldreLotsen som projekt var att information om verksamheten nådde ut, både till målgruppen och andra verksamheter som kommer i kontakt med äldre. En projektledare anställdes med erfarenhet av att ha arbetat med marknadsföring och information. För en nystartad verksamhet som ÄldreLotsen var behovet stort att snabbt skapa kännedom och efterfrågan.

ÄldreLotsens slogan var ursprungligen ”för ökad trygghet”. I viss information som använts på senare tid används istället ”lite enklare – lite tryggare”. Logotypen med en fyr och diverse marknadsföringsmaterial togs fram. Exempel på marknadsföring är en egen webbplats, broschyrer, annonser i lokaltidningarna, en utställning med planscher som vandrade mellan biblioteken och träffpunkter i stadsdelarna, planscher, vykort- och visitkortstora lappar som delades ut och distribuerades via alla vårdcentraler i området, Apotek, jourmottagningar, sjukhuset, aktivitetshus, med flera.

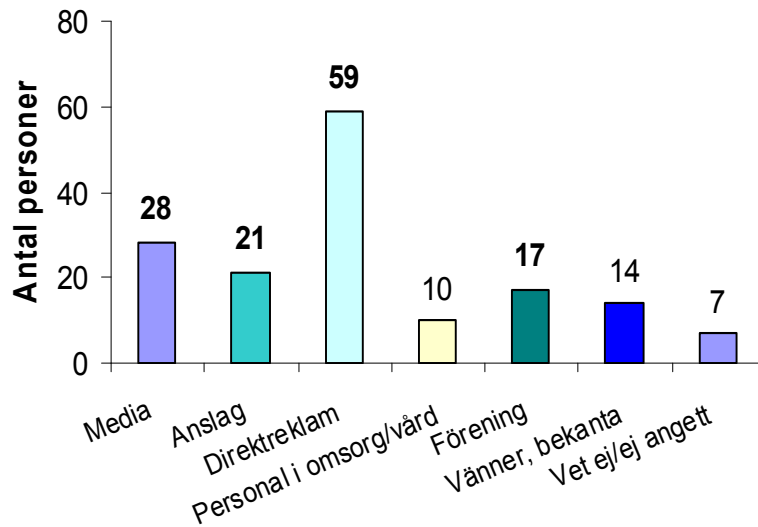
I informationen som bland annat skickades ut till målgruppen i september 2005 stod följande att läsa:

”Du som bor i stadsdelarna Centrum, Majorna eller Linnéstaden och är 75 år eller äldre har nu fått ytterligare ett telefonnummer för frågor som berör hemtjänst, sjukvård och rehabilitering, men också annat som Du funderar över. Du är välkommen att ringa dygnet runt.” (jmf ÄldreLotsen 2007)

Informationsarbetet påbörjades innan själva telefonjouren hade öppnats, i form av en informationskampanj (Ullaeus et al 2005). En viktig del av kampanjen var informationen som spreds internt till de olika verksamheter som skulle beröras och som deltog i samverkan inom ÄldreLotsen. Detta informationsarbete fick projekt- och styrgruppsmedlemmarna till viss del utföra själva. Projektledaren åkte till många olika arbetsplatser och verksamheter för att berätta och dela ut informationsmaterial. Totalt genomfördes cirka 70 presentationer av verksamheten i denna fas. Ett tjugotal av dessa var pensionärsråd och träffpunkter där äldre personer vistas.

När ÄldreLotsen öppnade sitt telefonnummer fortsatte informations- och marknadsföringsarbetet med hjälp av pressreleaser, intervjuer i radio, tv och tidningar. Intresset för verksamheten var och är stort bland både media, allmänheten och andra stadsdelar och kommuner (från olika delar av Sverige och regionen). Informationsarbetets resultat, i form av de äldres grad av kännedom om verksamheten, mättes vid två tillfällen inom ramen för studien. Detta skedde vid ett utskick av enkäter till ett slumpmässigt urval av de potentiella användarna våren 2005 och våren 2006. Vid bägge tillfällena kände ca en tredjedel av respondenterna till ÄldreLotsen (31 procent respektive 34 procent).

Efter resultatet av den första enkäten och för att öka kännedomen om ÄldreLotsen, skickades ett informationsblad hem till personer som var 75 år eller äldre i de berörda stadsdelarna. Detta skedde under hösten 2005 och ledde till en tillfällig kraftig ökning av samtalen. Enkäten som skickades ut 2006 visade att direktreklamen varit den mest framgångsrika formen av marknadsföring. Figur 6 visar hur personerna i målgruppen hade hört talas om ÄldreLotsen.



Figur 6. Hur målgruppen har fått information om ÄldreLotsen. (Enkät 2006)

110 personer svarade på frågan om hur de hade fått information om ÄldreLotsen. Det näst vanligaste sättet som personerna hade hört talas om ÄldreLotsen på var genom massmedias rapportering. Andra hade sett de anslag som finns uppsatta i många offentliga miljöer där äldre personer ibland vistas. Föreningar, vänner och bekanta eller personal i vården och äldreomsorgen var mindre vanliga informationskällor.

ÄldreLotsen mottog uppmärksamhet lokalt och nationellt både i massmedia och i offentliga sammanhang. Några exempel på detta är TV-reportage i ”Västnytt” och ”Fråga doktorn”, utmärkelsen för tredje bästa utvecklingsprojekt inom offentlig sektor, det så kallade Götapriset vid Kvalitetsmässan år 2005 - i tävlan mot drygt två hundra andra projekt ifrån hela landet - samt att ÄldreLotsen lyftes fram som ett gott exempel vid en nationell konferens för politiker och tjänstemän (Sveriges Kommuner och Landsting 2006).

De förändrade målsättningarna och utbredningen

Enligt planen för projektet handlade den andra fasen i arbetet om att fördjupa samverkan inom ÄldreLotsen. När tidpunkten nåddes för denna fas, bestämde projektgruppen sig för att omformulera beskrivningen till: ”förbättrat samarbete”. Arbetet under denna fas kom att handla om att framförallt fler verksamheter, till exempel privata läkare, anslöt sig till samarbetet genom avtal. Det krävdes inga förändringar av samverkansformerna för att arbetet med telefonjouren skulle fortlöpa.

De gamla samarbetsavtalen gällde i ett år och förnyades efter diskussioner om vilken position undertecknande chefer skulle ha. Ett förslag var att avtalen skulle skrivas på av personer som var så nära den operativa verksamheten som möjligt. Argumentet för detta var att personalen då skulle känna sig delaktig och ansvarig för att följa avtalet. Mot detta stod argumentet att de högre uppsatta cheferna var viktiga för att förankra ÄldreLotsens verksamhet och att de kunde ta ett större ansvar för samverkan. Slutligen lämnades detta beslut till varje enskild verksamhet att bestämma som de fann lämpligt.

Efter ett år med telefonjouren var det planerat att ÄldreLotsen skulle påbörja ett förebyggande arbete för äldres trygghet i de tre ursprungliga stadsdelarna. Denna nya fas i projektet sköts först upp ett halvår eftersom arbetet med spridningen av ÄldreLotsen till nya stadsdelar prioriterades och det hade funnits startsvårigheter med det nya IT-systemet på trygghetsjouren. Arbetsformerna i telefonjouren behövde stabiliseras och arbetet med att öka antalet inkommande samtal var ett prioriterat område.

Under våren 2006 diskuterades hur ett förebyggande arbete skulle kunna utformas. De första diskussionerna skedde i projektgruppen vid ett par möten och osäkerheten var stor. Projektledaren skrev följande minnesanteckning efter det första mötet:

Klart är dock att ÄldreLotsen inte skall ”starta” någon operativ verksamhet utan genom analys/återkoppling av erfarenheter från inkomna samtal och inventering av redan befintliga insatser, komma med förslag till nya eller förändrade insatser i befintliga strukturer. Dessa förslag kan vara förbättringar såväl som nya grepp men den viktiga slutsatsen är att i denna fas är ÄldreLotsen en idégenerator (Möte 2005-10-10).

Projektgruppen konstaterade att förebyggande arbete för äldre personer i Göteborg är ett eftersatt och viktigt område. Man hade dock svårt att se hur sådant arbete skulle bedrivas inom ramen för ÄldreLotsen. Efter ett andra möte och ett slutgiltigt ställningstagande från styrgruppen beslutades därför att ÄldreLotsen *inte* skulle kompletteras med en ny förebyggande verksamhet. Istället utarbetades en rutin för återkoppling av information från ÄldreLotsen till de andra verksamheterna som ingår i nätverket. Genom återföringen av kunskap ville de samverkande parterna få underlag för att kunna göra förbättringar av sina verksamheter. ÄldreLotsen kan ibland se mönster i de behov som samtalen speglar och som till exempel handlar om brister i tillgängligheten. De planerade återföringarna betecknades som ett ”erfarenhetsutbyte” och kom att ske i form av regelbundna möten mellan chefen för ÄldreLotsen/Trygghetsjouren och äldreomsorgens och sjukvårdens chefer.

En annan del av projekt- och styrgruppernas arbete har ägnats åt ÄldreLotsens geografiska utbredning som snabbt har ökat. Knappt ett och ett halvt år efter att ÄldreLotsen öppnade sin telefonjour anslöt sig ytterligare fem stadsdelar till verksamheten, i mars 2006. Därefter anslöt sig även en ny kommun utanför Göteborg. Flera andra stadsdelar och även andra kommuner i området kring Göteborg visade under 2006 ett stort intresse av att delta.

Under projekttiden har studiebesök från hela landet varit vanliga. Många kommuner har även uttalat ett intresse av att starta en egen ÄldreLots. Projektledaren undersökte därför möjligheten att skydda namnet ÄldreLotsen så att konceptet skulle fungera på samma sätt, även på andra platser. Detta visade sig dock vara omöjligt. Det datoriserade dokumentationssystemet och sökregistret som är anpassat till ÄldreLotsen kan däremot spridas till andra. Eftersom denna studie enbart handlar om ÄldreLotsen i de tre ursprungliga stadsdelarna lämnas ingen närmare beskrivning av arbetet med utvidgningen.

Från projekt till ordinarie verksamhet

Under samma tidsperiod som det fördjupade samverkans- och förebyggandearbetet omformulerades övergick ÄldreLotsen formellt från att vara ett projekt till att ingå i

den ordinarie verksamheten, men endast inom stadsdelarna. Beslutet om detta förankrades hos de politiska nämnderna i samband med att fortsatt finansiering diskuterades. ÄldreLotsen var från början ett ovanligt projekt eftersom inget slutdatum hade bestämts, trots att projektplanen sträckte sig över tre och ett halvt år (2003/09-2006/12). De enda tillfällen då det uppstod diskussioner om huruvida ÄldreLotsen skulle ses som ett projekt eller en ”ordinarie verksamhet” var när några av medlemmarna i styrgruppen byttes ut på grund av att nya chefer tillsattes. När diskussionen väcktes beskrevs den som redan avklarad av de representanter som varit med från början.

En annan faktor som visar att ÄldreLotsen inte organiserades som ett typiskt projekt är finansieringsformerna. ÄldreLotsens verksamhet hade ingen budget eller på förhand bestämda ekonomiska ramar. Istället behandlades varje kostnadspost för sig, allteftersom de uppkom. Kostnaderna godkändes av styrgruppen och fördelades sedan enligt en princip där stadsdelarnas äldreomsorg (det vill säga verksamheterna som tillhör kommunen, inklusive hemsjukvård och hemrehab) stod för ena hälften och primärvården tillsammans med geriatriska kliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset delade på den andra hälften (det vill säga verksamheterna som tillhör Västra Götalandsregionen). Detta fungerade bra under det första året av telefonjourens verksamhet. Ingen av personerna i projekt- eller styrgruppen som intervjuades ansåg att det hade funnits några problem för ÄldreLotsen att få tillgång till alla resurser som behövdes för att bygga upp verksamheten. Det gällde resurser i form av både direkt finansiering, engagemang och arbetstid.

Under hösten 2005 diskuteras finansieringsformerna på nytt i styrgruppen. Eftersom ÄldreLotsen syftar till att påverka äldres användning av all sjukvård, inte enbart den geriatriska, ansåg alla i styrgruppen att sjukvårdens kostnad borde betalas av en central instans inom Västra Götalandsregionen. Situationen blev mer akut när fler stadsdelar kom med i ÄldreLotsen och kostnaderna kunde tänkas öka. Genom detta blev samtidigt parterna fler som delade på kostnaderna i Göteborgs Stad medan de deltagande verksamheterna inom Västra Götaland förblev lika många.

Samtidigt som dessa diskussioner kulminerade i september 2006 sades projektledarens kontrakt upp. Därmed formaliserades även beslutet om att ÄldreLotsen nu var att

betrakta som en permanent verksamhet. Frågan om specialistsjukvårdens del av finansieringen var inte löst innan den empiriska studien slutfördes. Kostnaderna minskades genom att projektledaren avslutat sin anställning. Totalt uppgick ÄldreLotsens löpande kostnader för perioden då projektledaren var anställd till cirka 100.000 kronor per månad. En fast kostnadspost som inkluderades i detta är de 8.500 kr/månad som betalas för IT-systemet.

Sammanfattning - ÄldreLotsens framväxt och utveckling

Arbetet med att bygga upp ÄldreLotsens telefonjour kunde fortlöpa relativt obehindrat från det att styrgruppen lämnade uppdraget till projektgruppen och till det att en fungerande telefonjour hade upprättats. De tillfällen då diskussioner uppstod mellan samverkansparterna gällde bland annat valet av målgrupp och bedömningen av de behov som de äldre personerna hade. Upprättandet av ett nätverk som täckte in femton verksamheter, med hjälp av samarbetskontrakt för ett lotsningsförfarande, var en viktig förutsättning för ÄldreLotsen. Andra viktiga frågor var placeringen av telefonjouren och omformuleringen av de planerade faserna för projektet. Det planerade förebyggande arbetet genomfördes till exempel inte.

Efter att Trygghetsjouren valts som utgångspunkt för verksamheten utbildades personalen där för att kunna lotsa, hänvisa och ge råd till äldre personer. Ett IT-system med en specialanpassad sökmotor upphandlades och blev ett verktyg i lotsarnas arbete. Samtidigt organiserades en marknadsföringskampanj för att informera både potentiella användare och samverkansparternas personal om den nya verksamheten.

Finansieringsformerna kom att bli en avgörande fråga för sjukhusets deltagande i samverkan inom ÄldreLotsen. Denna fråga kunde inte lösas på ett enkelt sätt men situationen avhjälpes av att projektet formellt övergick till att betraktas som en permanent verksamhet. Kostnaderna för projektledning minskades då så att de fasta kostnaderna minskades betydligt.

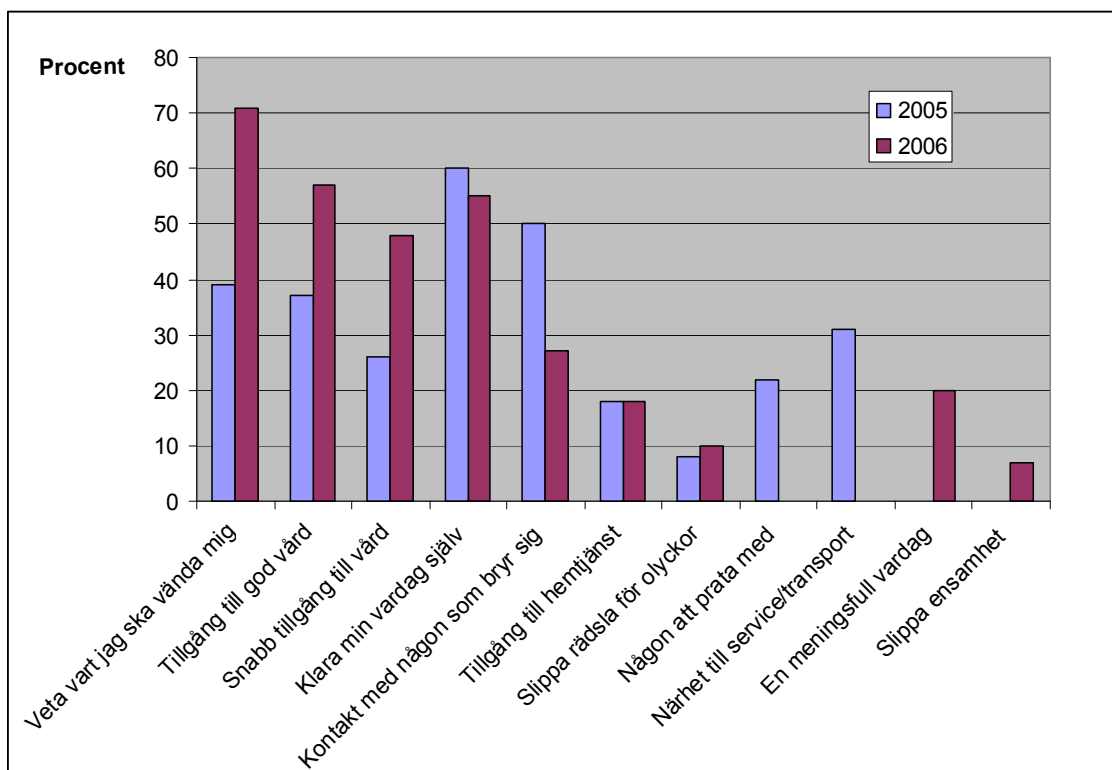
ÄldreLotsens funktion för de äldre

I detta avsnitt beskrivs målgruppens behov och upplevelser av trygghet, samtalen som inkom, intervjupersonernas behov och funktionen som ÄldreLotsen fyllde för dem samt eventuella kvarstående behov som fanns efteråt. ÄldreLotsens arbete med att möta äldre personer är kärnan i verksamheten. Därför är de äldres perspektiv ett centralt tema som beskrivs utförligt i detta avsnitt. Både de personer som ÄldreLotsen finns till för, men som ännu inte använt deras tjänster, och de som redan har vänt sig till ÄldreLotsen inkluderades i studien. I beskrivningen ingår nöjdhetsmätningar samt målgruppens upplevelse av ÄldreLotsens påverkan på deras trygghet.

Målgruppens behov och upplevelser av trygghet

Vad har personerna i ÄldreLotsens målgrupp för behov och syn på det som ÄldreLotsens skapare definierade som deras trygghet? Projektet saknade en systematisk behovsinventering men studiens enkätundersökningar ger svar på hur målgruppen tyckte att ÄldreLotsen bidrog till tre ledord som verksamheten hade som målsättning: trygghet, tillgänglighet och tillförlitlighet.

Ordet trygghet har många betydelser och kan ge olika associationer beroende på person och situation. Ibland sätts det i samband med ”säkerhet” och används av polisen i deras brottsförebyggande arbete och av Socialstyrelsen som arbetar med patientsäkerhet. ÄldreLotsen har i sina egna beskrivningar huvudsakligen använt begreppet trygghet i samband med äldres *tillgänglighet* till vård och omsorg men också med de besläktade begreppen *tillförlitlighet* och *tillit*. I denna studie har de äldres egna upplevelser och definition av begreppet trygghet varit utgångspunkten. Målgruppen för ÄldreLotsen fick därför svara på en fråga om vad de ansåg vara viktigast för deras upplevelse av trygghet. Personerna gjorde detta genom att välja tre faktorer från en lista. Några personer valde fler än tre alternativ. Figur 7 visar målgruppens svar.



Figur 7. Vad är viktigast för din trygghet? (Enkät 2005 och 2006)

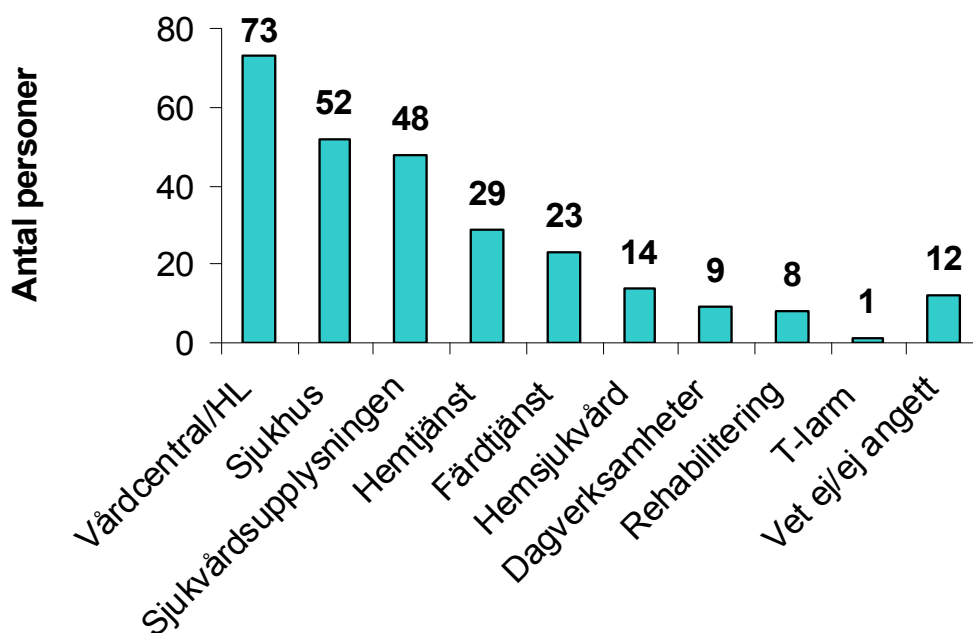
År 2005 svarade 150 personer på frågan och 2006 svarade 110 personer¹². ”Att klara min vardag själv” var en viktig faktor för personernas trygghet i bägge enkätundersökningarna. Tillgängligheten till vården, kontakt med någon som bryr sig och kunskapen om vart man ska vända sig när man har olika behov av hjälp var också viktiga faktorer. Här fanns dock skillnader mellan resultaten från 2005 och 2006. ”Kontakt med någon som bryr sig” var till exempel viktigare vid den första undersökningen medan ”veta vart jag ska vända mig” och ”tillgång till god”/”snabb vård” valdes av fler år 2006. Eftersom personerna ombads att bara välja tre av förhandsalternativen innebär det delvis att ett val utesluter möjligheten att välja ett annat. Om valen av alternativen i en stapel ökar måste därför en minskning av andra alternativ ske.

¹² Bara de som uppgav att de kände till ÄldreLotsen ombads att svara på frågan i den andra enkäten, år 2006.

Att slippa rädsla för olyckor eller våld och hot var inte något som var särskilt viktigt för de äldres trygghet i detta sammanhang. Det var inte heller tillgången till hemtjänst¹³. I detta sammanhang är det viktigt att komma ihåg att bara en mindre andel av personerna som svarade på dessa enkäter *hade* hemtjänst.

De fria kommentarer som lämnades till frågan handlade om de äldres behov av hjälp, både från vården och från det egna sociala nätverket. Några oroade sig för framtiden och bristen på platser på äldreboende medan andra skrev att de för närvarande klarar sig utan hjälp. Svartpersonerna tog även ställning till andra faktorer som skulle kunna tänkas påverka upplevelsen av trygghet, se bilaga 1.

När det gäller tillgänglighet och tillförlitlighet svarade många att de upplevde svårigheter med att få kontakt med vården, både vid vårdcentralen och sjukhusets specialist- och akutmottagningar. En fråga om tillgänglighet formulerades såhär i enkäten: *Vilka instanser är viktigast för dig att snabbt kunna få hjälp från, när du behöver det (tillgänglighet)?* Figur 8 redovisar svaren.



Figur 8. De instanser som är viktigast att ha tillgång till för målgruppen (2006)¹⁴.

¹³ Några faktorer som fanns med i den första enkäten byttes ut i den uppföljande. Dessa utgörs av de fyra sista staplarna i diagrammet.

¹⁴ Endast 110 personer svarade på denna fråga eftersom även denna fråga riktade sig till de personer som kände till ÄldreLotsen. Personerna ombads att välja de tre viktigaste instanserna.

En kartläggning av alla personer 75 år och äldre som kom till akutmottagningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset genomfördes. Undersökningsperioden varade i två veckor under september 2005. Knappt 200 personer i åldersgruppen från Centrum, Majorna eller Linnéstaden besökte akutmottagningen (totalt 184 personer). Av dessa blev drygt hälften inlagda vid någon avdelning på sjukhuset. Resterande skrevs ut från akutmottagningen direkt till sitt hem.

Av personerna i målgruppen som svarade på enkäten 2006 var det 14 procent som hade legat inne på sjukhus under de senaste tre månaderna. En majoritet (60 procent) hade varit i kontakt med sin vårdcentral eller husläkare under samma tid. Båda dessa undersökningar ger en bakgrund till hur stora behoven av sjukvård normalt sett är i målgruppen (cirka 8 700 personer).

Personerna tillfrågades även om vilket förtroende de upplevde för olika instanser som hjälper äldre personer, detta för att ge svar på frågan om vilken *tillit* de hade till dessa. Förtroendet var störst för sjukvårdens verksamheter och därefter hemtjänsten. Den var mindre för hemsjukvården och för de särskilda boendena var det en stor grupp som inte hade något förtroende alls. I bägge enkäterna lämnade svarspersonerna många kommentarer som vittnar om bristande förtroende för sjukvården, hemsjukvården och äldreomsorgen. Många av dem handlade om deras önskan att bo kvar i sitt eget hem men också om oron för att det inte kommer att finnas tillräckligt med vård och omsorg om behovet uppstår i framtiden, varken i hemmet eller på särskilt boende. Dessa var några typiska kommentarer:

Tillgång till god vård vid behov är viktigast. Gärna bra äldreboende innan man blir för gammal, för att få gemenskap och slippa ensamhet.

För mycket ansvar ligger på anhöriga. Tillgängligheten i sjukvården är botten. Det är svårt att få läkartid och besöken får inte ta tid. Anhöriga måste hela tiden ringa runt i vårdkarusellen, bevaka remisser och se till att man får hjälp. Utan någon anhörig är man chanslös- och hjälplös i dagens vårdsystem i Sverige.

Personer som uppnått 75 år, kanske till och med färre år, bör uppsökas av kommunens personal, som då skall granska vederbörandes boende – bra eller dåligt – och personliga status: efterhöra önskemål, som väntas underlätta boendet och tillvaron. Dylika besök borde kunna verkställas var nionde månad, så att både kontinuitet och variabilitet uppnås.

I den sista enkäten ställdes en fråga till de personer i ÄldreLotsens målgrupp som inte kände till verksamheten där de fick ta ställning till en hypotetisk situation: *Om du visste att det fanns ett telefonnummer för personer i din ålder dit du kunde ringa dygnet runt med frågor om vad som helst: Vad skulle du tycka om det?* Cirka nittio personer (40 procent) trodde att det skulle öka deras känsla av trygghet och tillit, samt att det skulle underlätta möjligheten att snabbt få hjälp om det behövs. Nästan lika många svarade: ”Jag har inget behov just nu men skulle notera numret för framtiden” (se även uppsatsens bilaga).

Samtalen till ÄldreLotsen

Utöver äldre personer ringer även deras anhöriga, närstående och vård- eller omsorgsgivare. Dessa personer ställer vanligtvis frågor som rör en viss äldre person och ringer i dennes ställe. Även personal från olika verksamheter använder ibland ÄldreLotsen för att få hjälp att hitta rätt instans i frågor som rör äldre personer i dessa stadsdelar.

Tabell 5 redovisar samtalen som kom till ÄldreLotsen under åtta månader (mars-oktober 2006). Tabellen visar vilken typ av fråga som samtalet handlade om baserat på vilken verksamhet som personen lotsades eller hänvisades vidare till, eller om ÄldreLotsen själva hanterade ärendet. Det senare gäller rubriker som ”förfrågan utan åtgärd”, ”nummerförfrågan” och ”socialt samtal” i tabell 5.

Tabell 5. Typ av fråga som inkom till ÄldreLotsen under månaderna mars-oktober 2006.

Typ av fråga	Totalt antal	Procent
Sjukvårdsupplysning	237	18
Vårdcentral	235	18
Biståndshandläggare	184	14
Förfrågan utan åtgärd	143	11
Nummerförfrågan	140	11
Hemtjänstlag, dag	117	9
Primärvårdsrehabilitering	50	3
Socialt samtal	47	3
Sjukhus	35	2
Färdtjänst	33	2
Trygghetsjouren	27	2
Hemsjukvård	27	2
Hushållsnära tjänster*	15	1
Hjälpmedel	11	1
Övrigt	43	3
Totalt	1344	100

* Privat städning och skötsel av hemmet.

Ytterligare samtal inkom som registrerades under rubriker så som hör- och syncentralen, fotvård, fastighetsskötare, hårfrisör, församlingar, volontärer, privatläkare, tandläkare, sjukresor, äldreboende, Vårdslussen, samhällsinformation och information om ÄldreLotsen. Inom varje kategori var dessa samtal endast ett fåtal. Sammanlagt utgör det 124 samtal, utöver dem som redovisas i tabellen.

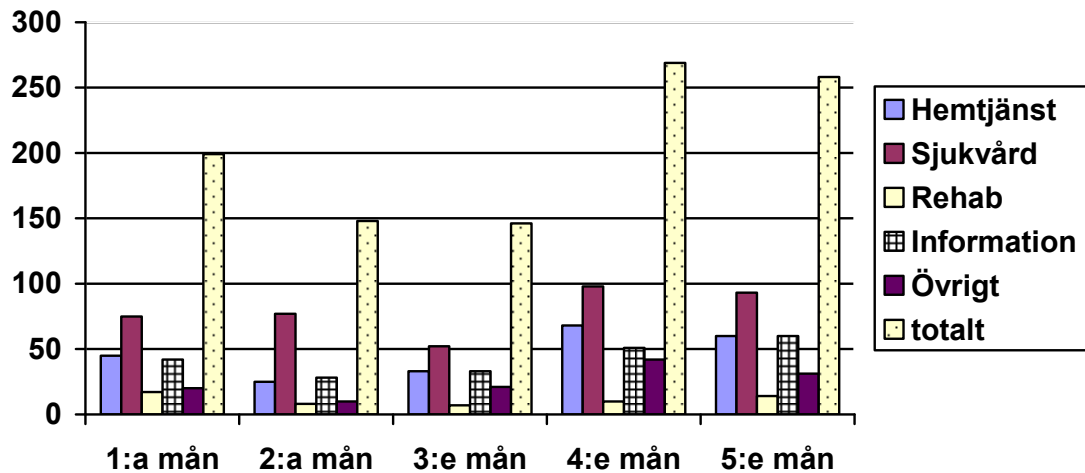
Lotsning eller hänvisning är den dominerande typen av hjälp som ÄldreLotsen ger. Totalt gick 86 % av samtalen vidare till någon annan verksamhet, Trygghetsjouren inberäknat. Förfrågningar utan åtgärd och sociala samtal utgör 14 procent av den totala mängden samtal. Det går däremot inte att avgöra på basis av statistikrapporteringen hur många av samtalen som lotsas vidare kontra de som istället hänvisas, då personen

ringer vidare själv. Endast kategorierna Nummerförfrågan, Färdtjänst och Hushållsnära tjänster innebär säkert hänvisningar eftersom samarbetsavtal inte används i dessa fall.

Vissa av samtalen handlar enbart om en nummerförfrågan som kan gälla allmänna samhällsinstanser såsom försäkringskassan eller specifika tjänster såsom närmaste blomsteraffär. Det händer också att ÄldreLotsens personal kommer överens med en verksamhet som *inte* har samarbetsavtal att dessa ska ringa upp en äldre person. I dessa fall gäller överenskommelsen enbart för det enskilda fallet. Genom att lotsarna som ringer kan återropa ÄldreLotsens goda namn vill andra verksamheter ofta hjälpa till för att lösa de äldres frågor. ÄldreLotsen hjälper då en annan verksamhet att uppmärksamma den äldre personens behov. Det kan gälla allt från sjukvårdinstanser till tjänsteföretag. På så sätt verkar ÄldreLotsen ibland som ett sorts ombud för den äldre personen.

Samtalens fördelning mellan de tre stadsdelarna har inte kunnat jämföras. Ett systemfel fanns vid dokumentationen av ärendena eftersom alla de personer som registreras som anonyma har lagts in på en adress i stadsdelen Centrum, oavsett var de i själva verket bor.

Sammanfattningsvis tog ÄldreLotsen i genomsnitt emot cirka sex samtal per dygn från de tre centrala stadsdelarna under perioden som tabell 5 beskriver. Detta var en liten ökning jämfört med mängden samtal under den första tiden efter att ÄldreLotsen hade startat. Flödet under de första 150 dagarna redovisas i figur 9. Totalt 966 samtal kom från Centrum, Majorna och Linnéstaden under denna period. Stapeln ”övrigt” och ”information” innehåller bland annat de samtal som inte lotsades utan som kategoriserades som ”förfrågan utan åtgärd” eller ”nummerförfrågan”. Samtal som handlat om sjukvård, hemtjänst eller rehabilitering *kan* återfinnas i dessa staplar men enbart när personerna själva har hanterat sin fråga, utan att ha lotsats.



Figur 9. ÄldreLotsens samtal under de 150 första dagarna (Ullaeus et al 2005).

Samtalsmängden har varierat kraftigt mellan olika dagar i veckan, tider på dygnet och även beroende på marknadsföringsinsatser. Den största mängden samtal kom oftast på måndagsförmiddagar eller efter att ÄldreLotsen omnämns i media samt efter direktreklam till målgruppen. Som mest togs 390 samtal emot under en månad, vilket är cirka tretton samtal per dag. Minst antal samtal inkom under helgerna och nätterna. Det varierade mycket. Under några dagar inkom upp till ett 30-tal samtal och under vissa dygn ringde enstaka personer.

Äldres behov av hjälp och stöd från andra än ÄldreLotsen

I detta avsnitt följer en närmare genomgång av anledningarna till varför äldre personer vänder sig till ÄldreLotsen och vilka typer av behov som ligger till grund för de inkommande samtalen. För att svara på dessa frågor har information sammanställts från de personliga intervjuerna med de äldre, uppföljningstelefontalerna och de bägge enkäter som skickades ut till målgruppen. Sammanlagt rör det sig om 95 personer som på något sätt har lämnat uppgifter om sig själva och hur de har upplevt kontakten med ÄldreLotsen. De som svarade på enkäten var mellan 75 och 94 år (se kapitel 3 för en närmare beskrivning av grupperna).

En viktig fråga för ÄldreLotsen var huruvida målgruppen och användarna hade någon annan person som hjälpte dem i vardagen. Delar av styr- och projektgrupperna ansåg

att personer som redan hade hjälp och ”var inne i systemet” inte var i lika stort behov av ÄldreLotsen. Därför undersöktes om målgruppen hade hjälp eller stöd i vardagen, antingen från anhöriga eller från samhället.

Det visade sig att sju procent av målgruppen i enkätundersökningen inte hade någon person som de fick hjälp eller stöd av. Ingen av dessa personer fanns dock med i den grupp som själva hade vänt sig till ÄldreLotsen. Av dem som deltog i telefonuppföljningarna, och alltså hade använt ÄldreLotsen, uppgav en ganska stor andel (20 procent) att de *inte* fick hjälp eller stöd från någon annan person i sin vardag. Vad gällde stöd från anhöriga uppgav endast ett fåtal av ÄldreLotsens användare att de fick hjälp eller stöd av make/maka eller annan person som de bor tillsammans med. Delvis beror detta på att många levde ensamma. Många hade istället eller samtidigt hjälp från sina barn (48 procent). Andra anhöriga såsom syskonbarn eller barnbarn gav också relativt ofta hjälp och stöd.

Även professionella former av hjälp i vardagen var relativt vanliga hos dem som ringt till ÄldreLotsen. En stor andel av dem som svarade på enkäterna hade hemtjänst och/eller trygghetslarm (39 procent). Detta är mer än vad som är genomsnittet för motsvarande åldersgrupp i befolkningen (Göteborgs Stad 2006). Ytterligare några av personerna anlitate dessutom privat städhjälp. Bland användarna som intervjuades (personligen eller i telefon) var det en ännu större andel som hade någon form av hemtjänst eller trygghetslarm än bland dem som svarade på enkäterna.

Personerna som deltog i telefonuppföljningen svarade på frågan om de tyckte att de fick den hjälp och det stöd som de behövde. Tio av 47 personer önskade mer hjälp och stöd än vad de för tillfället hade tillgång till. I vissa fall var detta anledningen till att personen ringde till ÄldreLotsen. Många av personerna som blivit tillfrågade om vilken sorts hjälp eller stöd de får påpekade dock att de klarar sig helt själva och inte behövde någon hjälp överhuvudtaget. Sammantaget visar detta att det finns en stor variation bland användarna när det gäller deras möjligheter att få hjälp av någon annan än ÄldreLotsen.

Vilka behov hade de som vände sig till ÄldreLotsen?

ÄldreLotsen-samtalen kan delas in i fem övergripande kategorier: sjukvård, hemtjänst, rehabilitering, information och övrigt. Denna indelning används i detta avsnitt för att sammanfatta resultatet av intervjuerna med ÄldreLotsens användare.

De två första kategorierna är de största. Kategorin sjukvård har sedan starten legat relativt stabilt runt cirka 40 procent av samtalen. Till kategorin räknas frågor som rör både kommunal och regional hälso- och sjukvård. En annan stor grupp av frågor eller behov är de som rör hemtjänst, trygghetslarm eller särskilt boende, det vill säga den kommunala äldreomsorgen. Frågor som rör rehabilitering är relativt få, jämfört med de andra tre kategorierna. Därför kommer denna kategori att beskrivas tillsammans med frågorna som rör sjukvård. Behovet av information kan inte härledas till någon speciell verksamhet men är en vanlig kategori. De återstående frågorna och behoven är mycket varierade och beskrivs nedan under rubriken ”övriga behov”.

Behovet av hälso- och sjukvård

Många som ringde till ÄldreLotsen beskrev i intervjuerna att samtalet dit föranleddes av ett medicinskt behov eller något som rörde deras kontakter med sjukvården. Några av fallen visade på medicinska behov som inte var utredda som personen behövde hjälp att hantera, kanske för första gången. Det gällde personer som hade sjukdomssymtom eller skador och som ville veta vad dessa berodde på och hur detta skulle tas om hand. Dessa frågor och behov var av relativt akut karaktär. Ett exempel på detta var en kvinna som hade ramlat i hemmet och hade fått ett sår på armen. Hon ville ha kontakt med sjukvårdsupplysningen. Om inte ÄldreLotsen hade funnits var hon rädd att hon, som hon sa: *”hade blivit liggande med telefonen kanske i flera timmar i väntan på att komma fram.”*

Men flera av frågorna till ÄldreLotsen rörde sig istället om sjukvårdsbehov som hade funnits under en längre tid och där personen hade en pågående behandling eller kontakt. En 79-årig man som levde ensam beskrev hur hans situation varit när han drabbats av magsmärtor. När han ringde till ÄldreLotsen hade han redan sökt hjälp vid sjukhusets akutmottagning, två gånger. Där hade han placerats i kö för en operation och

fick sedan åka hem igen. När magsmärtorna blev värre visste han inte vad han skulle göra. Han beskrev hur han hade tänkt när han ringde till ÄldreLotsen: ”*Vad har jag att göra, jag måste ju ringa någon som hjälper mig, för jag var ju ganska illa ute.*” ÄldreLotsen hjälpte honom genom att ringa till sjukhuset för att få uppgifter om köplatsen till operationen. ÄldreLotsens personal uppmuntrade honom sedan att åka in till sjukhusets akutmottagning igen eftersom det skulle dröja innan han kallades. Denna uppmuntran behövdes efter hans tidigare erfarenheter av att ha skickats hem från sjukhuset:

Sahlgrenska ville jag inte åka till och jag ville inte åka till ett sjukhus som inte tog emot mig. Utan då tog jag Mölndal. (-Hade hon [ÄldreLotsen] talat om att du skulle komma?) Jag tror det, för de tog hand om mig med detsamma när jag kom.

En kvinna som intervjuades hade också behövt komma i kontakt med sjukvården. Detta skedde i samband med vården av hennes sjuka man:

Jag var väldigt beroende av läkare ett tag. /.../ När han blev riktigt dålig så behövde jag veta om vi skulle åka direkt till akuten eller inte. Det blev många gånger innan man lärde sig rutinerna.

För många personer berodde samtalet till ÄldreLotsen på att de ville *slippa* behöva åka till akutmottagningen. Sjukvårdsupplysningens lugnande ord och medicinska bedömning per telefon kunde ibland räcka. För andra personer har ÄldreLotsen inneburit att de fick tillfällig medicinsk hjälp i hemmet av hemsjukvården, utan att vara inskriven som patient. På så sätt behövde de inte heller åka till akutmottagningen. En 89-årig man berättade om ett exempel på detta. Han hade sedan en längre tid en kateter. På dagtid under vardagar kunde han få hjälp med denna av sin vårdcentral. Vid två tillfällen blev det dock stopp i katetern på helgdagar vilket gjorde att han var i akut behov av medicinsk omvårdnad. Genom ÄldreLotsens samarbetsavtal blev han lotsad först till sjukvårdsupplysningen och därifrån till hemsjukvården som kom hem och hjälpte honom.

Ett annat exempel på behov som kan uppkomma även när personen redan har kontakt med sjukvården gäller de äldres mediciner. En 87-årig kvinna hade varit hos sin läkare på vårdcentralen och fått en ny smärtmedicin utskriven. Hon led av smärtor efter en

bilolycka. Kvinnan hade hemtjänst och hjälp med sina tabletter som levererades hem till henne. När medicinerna inte kom inom den tid som hon hade förväntat sig blev hon orolig att de hade kommit bort. Kvinnans dotter försökte hjälpa henne utan framgång. ÄldreLotsen kunde genom kontakt med vårdcentralen ta reda på hur det låg till och när tabletterna skulle levereras.

En annan kvinna hade på liknande sätt blivit lovad av sin vårdcentral att få en leverans med inkontinenshjälpmedel. När dessa inte kom på utsatt tid hjälpte ÄldreLotsen till att höra sig för när hemleveransen skulle komma. Kvinnan berättade hur det hade gått till:

De sa att jag kunde få blöjor. Det fick jag gratis och de kom hem med dem. Först kom de inte, de skulle komma en onsdag. Då ringde jag [till ÄldreLotsen] och sa att de inte hade kommit, så då kom de samma dag.

Vissa kontakter som förmedlas direkt från ÄldreLotsen till vårdcentralerna gäller behov där sjukvårdsupplysningen inte behöver göra någon bedömning. Många av samtalen som går vidare till vårdcentralerna går via ÄldreLotsen eftersom det är lättare för användarna att komma fram där. Ett exempel är en person som redan hade en läkartid inbokad men som behövde träffa läkaren innan den planerade tiden. ÄldreLotsen hjälpte till genom att ta kontakt med läkaren och bad denne ringa upp användaren för att boka om tiden. Ett annat exempel gällde en man som hade ont i sin axel. ÄldreLotsen lotsade honom till en läkare på vårdcentralen där han fick en remiss till en specialistläkare på sjukhuset.

Ett annat behov som ÄldreLotsen ibland svarar emot gäller de tillfällen då användarnas kontakter med sjukvården fungerat dåligt. En av intervjupersonerna berättade om detta. Denna 76-åriga kvinna väntade på en ögonoperation och hade därför kallats till Borås sjukhus. Eftersom hon upplevde resan dit som alltför lång ville hon istället få sin operation gjord på ett sjukhus i Göteborg. Hennes önskan bemöttes av en tillrättavisning, berättade hon:

Förresten är ju du rena ungdomen, sa hon till mig. *Tänk* dom då som är äldre och som får vänta i årtal på dom här operationerna. Jaa, sa jag, jag förstår att det är väldigt hemskt, sa jag. Men nu är det väl kanske så att dom som är kanske en åttio-åttiofem, dom kanske har färdtjänst och sånt dit, och har eskort. Ja, vi får se hur det blir, sa hon. /.../ Hon läxade upp mig, helt enkelt.

Kvinnan ville inte ringa tillbaka till samma person för att få reda på hur det skulle bli med operationen. ÄldreLotsen skötte kontakten åt henne tills relationen hade förbättrats mellan vårdgivaren och kvinnan.

Behovet av hjälp med rehabilitering tillhörde inte de vanligaste frågorna men de förekom också. Ett exempel var en kvinna som hade en rollator i hemmet med krånglande bromsar. Genom ÄldreLotsen fick hon kontakt med primärvårdens rehabilitering som ordnade med ett hembesök för att laga rollatorn.

Behovet av äldreomsorg

Tillgängligheten till äldreomsorgen har inte beskrivits som något större problem i intervjuerna. En av intervjupersonerna hade dock ringt till ÄldreLotsen för att få hjälp att komma i kontakt med hemtjänsten. Det berodde på att han på grund av en hjärnskada hade svårigheter med att veta vilken tid på dygnet det var. Han tyckte att ÄldreLotsen var bra eftersom de hade öppet dygnet runt. *Hos hemtjänsten kommer man inte fram på natten.* Frågan han ville ställa gällde när hans matleveranser skulle komma.

En vanligare fråga som intervjupersonerna beskrev var behovet av att få reda på vart man ska vända sig första gången när det gäller äldreomsorg. En 87-årig kvinna som levde ensam utan någon hjälp hade börjat fundera på att skaffa hjälp med matinköpen. Hon gick ostadigt och var rädd för att gå ut när det var halt ute. Hon beskrev att det var tungt att bära hem varorna. Men eftersom hon inte hade haft kontakt med hemtjänsten tidigare visste hon inte vilken sorts hjälp man kunde få. När informationslappen om ÄldreLotsen kom i brevlådan såg hon en möjlighet att få mer information. Genom ÄldreLotsen fick hon kontakt med en biståndshandläggare som kom på hembesök och upprättade en egen kontakt med kvinnan. Kvinnan fick genom hemtjänsten hjälp med att handla mat och betala räkningar på banken.

En annan kvinna som hade ett liknande behov av att veta vart hon skulle vända sig beskrev processen på följande sätt:

Det var när jag skulle skaffa mig trygghetslarm. Då visste jag liksom inte riktigt vart jag skulle vända mig och jag hade för mig att det var till distriktssköterskan

eller nåt sånt. Men då hade jag precis fått det här pappret om ÄldreLotsen och då tänkte jag, jag kan lika gärna ringa dit. Och det var väldigt bra för den som svarade frågade mig vart jag bodde och sedan så fick jag ett telefonnummer och ett namn och då ringde jag det och det var precis rätt.

Andra personer ringer till ÄldreLotsen innan något specifikt behov har uppstått. Det gällde en av intervjupersonerna som ringde för att få reda på mer om vilken sorts hjälp det finns att få. I andra fall kan behovet av omsorg däremot vara akut. En kvinna ringde eftersom hon snart skulle opereras. Eftersom hon var anhängvårdare åt sin dementa make behövde hon ordna hans situation under tiden. Hon visste att han inte kunde klara sig själv hemma. Via ÄldreLotsen fick hon kontakt med en biståndshandläggare samma dag och ett besök en vecka senare. På samma sätt fick en av intervjupersonerna hjälp när han kom hem från sjukhuset efter en operation och upptäckte att han hade svårt att klara att laga sin egen mat. Han behövde tillfällig hjälp, helst samma dag, men hade inte någon kontakt med hemtjänsten eller biståndshandläggare sedan tidigare.

Ett helt annat sorts behov av hjälp gäller de personer som redan är inne i systemet och som egentligen har ordinarie kontakter inom hemtjänsten att vända sig till. Flera av intervjupersonerna har beskrivit sitt behov av ÄldreLotsen i termer av ett alternativ till sin ordinarie kontakt. Ett exempel på detta är en 87-årig kvinna med dagliga hemtjänstinsatser. Hon ville inte ringa sin kontaktperson ”i onödan” eftersom hon upplevde att personalen hade mycket att göra: *De står ju på huvudet av arbete.*

Ett angränsande behov gäller personer som har prövat sin ordinarie kontakt och inte är nöjda med den hjälp som de har fått. En av intervjupersonernas situation vittnade om det. Det handlar om en 82-årig kvinna som levde självständigt och till exempel körde bil. Hennes man hade däremot nyligen fått flytta till ett särskilt boende. Kvinnan önskade hjälp i hemmet enbart under de helger då mannen skulle komma hem. Detta var dock inte möjligt eftersom mannen redan hade beviljats en insats på heltid. Sådär beskrev hon det:

Jag hade velat haft hemhjälp här, från kommunen, men det gick inte. Så det är svårt att ta hem honom för jag är alldeles slut då när han har kommit hem. Men så tycker jag att det är så synd, för han ligger alldeles ensam på det hemmet.

Eftersom ÄldreLotsen inte kan ingripa och förändra biståndshandläggarnas beslut och riktlinjer fick denna kvinna inte hjälp med det som hon önskade. Hon uppmuntrades att ta kontakt med sin biståndshandläggare igen.

De personer som ringer till ÄldreLotsen för att de inte är nöjda med hjälpen de fått från andra verksamheter upplever att ÄldreLotsen kan fylla en viktig funktion för dem. Det handlar om medling, konflikthantering eller en sorts ombudsfunktion. Flera utav intervjupersonerna beskrev att de uppfattar ÄldreLotsen som en sorts ”högre instans” som de kan vända sig till när något inte fungerar som det ska:

Om det är så att jag vill säga någonting som jag inte tycker att de gör, som de ska. /.../ Det var viktigt för den är ju om man säger sista instansen inom hemtjänsten. Det tror jag.

ÄldreLotsen har dock inga befogenheter att styra över andra verksamheters arbete. De kan endast framföra användarnas frågor eller synpunkter till rätt instans. Denna kategori av behov visar att medlingen är just vad vissa personer vill ha hjälp med.

Behovet av information

ÄldreLotsens viktigaste erbjudande är att det bara är *ett* nummer att ringa. Detta nummer räcker för att få hjälp med det mesta en person kan behöva. Personen kan på detta sätt *få reda på vart man ska vända sig*:

När det är någonting så vet man inte riktigt vart man ska vända sig. Det är lättare att ha ett telefonnummer som man ringer när det är någonting.

En 79-årig kvinna beskrev också betydelsen av att få reda på vart hon skulle vända sig:

När jag satt och funderade på det tänkte jag på ÄldreLotsen. Då ringde jag upp det telefonnumret och det gick ju jättesmidigt. /.../Är det någon annan gång jag kommer fundera på saker jag ska göra så kommer jag nog ringa dom först, så jag slipper kanske åka runt i olika myndigheter. Det känns ganska skönt att det finns något sånt.

ÄldreLotsen verkar fylla en funktion för de äldre genom sin blotta existens, både innan och efter att personerna har använt numret. Intervjupersonerna upplever att hjälpen

finns tillgänglig, om behovet skulle uppstå. De vet inte på förhand exakt vad behovet skulle kunna bestå av, men ÄldreLotsen ses ofta som en enkel instans att vända sig till:

Jag har alltid känt mig trygg eftersom jag alltid varit frisk. Men sen när man blir så här så är den enda trygghet jag kan tänka mig att man kan ringa till ÄldreLotsen, i fall det händer något här. Sen har jag vänner som ringer mig, men det är en eller två gånger i veckan. Det kan ju hända något emellan där. Men ÄldreLotsen har jag ju varje dag.

På detta sätt beskriver intervjupersonerna hur ÄldreLotsen kan vara en central punkt för hjälpen som man kan komma att behöva, utan att personerna själva behöver veta exakt vilken verksamhet det är som utför hjälpen.

När det gäller behovet av information handlade detta för vissa personer om *att få telefonnumret till den instans som man söker kontakt med*. Det var dock få av intervjupersonerna som beskrev ÄldreLotsen som en nummerupplysningscentral. Det framgår ändå av ÄldreLotsens egen statistik att den här typen av samtal förekommer (se tabell 5). Några av personerna som intervjuades via telefon hade använt ÄldreLotsen på detta sätt. De flesta av dessa personer upplevde hjälpen som mycket viktig och betydelsefull, trots att insatsen för ÄldreLotsens del varit liten.

Råd eller stöd om annat än ett telefonnummer kan ibland ges av ÄldreLotsen eftersom lotsarna har kunskap, kompetens och tid att svara på den äldre personens frågor. Äldre som lever ensamma med litet eller inget socialt nätverk har ibland behov av någon att rådgöra med. Detta gäller även i många fall när personen samtidigt lotsas eller hänvisas. Ett exempel gällde en av användarna som efter samtalet till ÄldreLotsen åkte med ambulans till sjukhuset. Den största hjälpen för honom var den medicinska. Ändå tyckte han att ÄldreLotsen hade fyllt en viktig funktion genom att uppmuntra honom att söka hjälp:

(-Hjälpte ÄldreLotsen dig, tyckte du?) Definitivt, de fick mig i alla fall att agera, jag tyckte det var väldigt bra. /.../ (- Tror du att andra personer i din ålder behöver en sådan här verksamhet?) Jag tror faktiskt det, så att man kan ringa direkt. Och få hjälp direkt, för det är jobbigt att slå numret till hemtjänst och vete sjutton allting. När man är så omtöcknad, vad kan man göra? Har man ett papper med Äldrelotsen och de kan ge en råd. Jag tror absolut att de behövs.

De övriga behoven

För många handlade behovet framförallt om *hjälp att komma fram*. För de personer som vet vart de ska vända sig och som också har telefonnumret kan ÄldreLotsen ibland ändå fylla en viktig funktion. Många upplevde att det ibland var svårt att komma fram till sin ordinarie kontakt:

[Om vårdcentralen:] Det är vissa gånger som de har en viss telefontid, som läkaren, och det har hänt att jag ringt och ringt och i slutet av tiden är det fortfarande upptaget. Så är tiden slut och man har inte kommit fram. Då har man kanske suttit en väldigt lång stund utan att det mynnar ut i något! /.../ Om personen inte kan nås så kopplar de [ÄldreLotsen] en till rätt ställe och så kan de tala om vad jag ska göra istället.

Vissa intervjupersoner beskriver svårigheterna att komma fram som framförallt ett tekniskt problem. Två av intervjupersonerna beskriver ÄldreLotsens betydelse i sammanhanget:

Det fungerar inte på samma sätt som det gjorde förr. Det är likadant med telefonsvarare som säger ”vill du fråga det, tryck ett” och så vidare. Det fattar inte tanten på 80 år. /.../ För mina kompisar runt omkring mig är allt det där problem. /.../ Det är en helt ny värld för många. /.../ Den direkta kontakten är viktig. Det är ju det som är det välsignade med att ni hittade på det här [ÄldreLotsen].

(- Vilket syfte tjänar ÄldreLotsen, tycker du?) Jo, det tjänar syftet att slippa det som jag brukar kalla för ”telefontyranniet”. (- Vad är det?) Det är en opersonlig röst som svarar att man får vänta i kö och sånt.

En av användarna tyckte att ÄldreLotsen framförallt hade betydelse för personer som hon kallade ”oföretagsamma”. De funktionshinder som ofta medföljer åldern kan dock göra det svårt även för ”företagsamma” personer att ta sig fram i telefonsystemen. Detta illustreras av en av personerna som deltog i enkätundersökningen som kommenterade att eftersom hon var synskadad hade lotsfunktionen en stor betydelse:

Som synskadad är det svårt att leta efter information. Då är det bra, tryggt och tillgängligt med endast ett nummer att komma ihåg.

Av svaren från intervjupersonerna framgår det att nästan alla frågor till ÄldreLotsen rörde sig om behov av sjukvård eller äldreomsorg. Detta kan bero på att de personer som har ringt samtal som enbart rörde nummerförfrågan eller samtal utan åtgärd är underrepresenterade bland de intervjuade. Statistiken (se tabell 5) visar dock att övriga behov är relativt ovanliga. Fyra av samtalen som följdes upp med en telefonintervju handlade om nummerförfrågningar. En person ville ha hjälp att boka av sin beställning hos Flexlinjen och en annan behövde telefonnumret till Svensk Kassaservice. De andra samtalen handlade om att få telefonnumret till Halmstads sjukhus och numret till ”någon verksamhet som kan hjälpa till med hörseln”¹⁵.

Ett behov som omnämndes i intervjuerna och som lotsarna möter, är de äldre personer som vill ha någon att prata med. Ett av samtalen som följdes upp i telefonintervjuerna handlade om oro och ensamhet. Kvinnan hänvisades till en frivilligorganisation som organiserar en väntjänst. En 76-årig kvinna berättade vid intervjun om den oro som ofta drabbat henne, sedan hennes man hade gått bort. Hon såg ÄldreLotsen som en möjlighet att få någon att prata med för att lindra ångesten:

Ja, [läser från informationslappen:] ”...för frågor som berör hemtjänst, sjukvård och rehabilitering, men också annat...”. Då tänkte jag även att man kunde ringa och samtala, om man är ensam och så. Om man har sin egen fantasi och kan ta till sig vad som står så tror jag att vem som helst och någon som var ensam kanske ringer.

Ett annat behov som återkom gällde de personer som ringer för att få veta mera om ÄldreLotsen. Några av dessa samtal bedömdes av lotsarna som ett sätt att söka kontakt och att få en pratstund.

Uppföljningen av användarnas nöjdhet

Arbetet med att följa upp ÄldreLotsens förtroende hos sina användare har ingått som en del i den externa utvärdering som denna uppsats bygger på. De intervjuer och enkätutskick som genomfördes gav några av användarna ett tillfälle att beskriva sin

¹⁵ ”Vårdslussen” hjälpte till med detta. Verksamheten slussar till den instans i sjukvården som har kortast kö.

upplevelse av ÄldreLotsen. Av intervjupersonerna var nästan alla väldigt nöjda och beskrev ÄldreLotsen i närmast lyriska ordalag:

(-Hur upplevde du kontakten med ÄldreLotsen?) Jo, det var helt fantastiskt att jag kunde ringa till dem. Jag har aldrig haft kontakt med dem innan. /.../ Detta var ju det bästa av allt. Jag kände mig så trygg med ÄldreLotsen.

(-Vad väcker det för känslor hos dig när du vet att det här numret finns?) Det är en trygghet. Det är en oerhörd trygghet. För mig är det här rena medicinen.

Egentligen vad jag fastnade för, det var att det var så trevligt upplagt med den fyren och det. /.../ Hon var så vänlig, det vände hela min situation.

Andra användare var lite mer återhållsamma med sitt beröm men var ändå nöjda:

(-Vad tycker du om ÄldreLotsen?) Jag vet bara att de gånger som jag har ringt så har de hjälpt mig. Det är bra. Om personen inte kan nås så kopplar de en till rätt ställe och så kan de tala om vad jag ska göra istället. De är alltid vänliga och trevliga, så det tycker jag om. /.../ Där får man alltid hjälp.

(-Om du skulle försöka uppskatta hur viktig den här hjälpen som du fick från Äldrelotsen var?) Ja, det är lite svårt att säga, det va ju väldigt praktiskt och bra. Nej det är nog väldigt svårt att säga. Har du en sån där skala 1 till 10? Ja, fem sex kanske. Jag tyckte det var härligt liksom att det gick att greja så pass fort och bra.

Det fanns även några personer som inte berömde ÄldreLotsen eller som gav uttryck för ett visst missnöje:

Det var som vanligt. Jag tycker inte det var något märkvärdigt. Men det kanske är det att jag är blasé på telefonsamtal.

Men jag tycker inte att jag fick någon vidare hjälp. /.../ Jag ringde dit men det hände ingenting. /.../ Jag vet inte om dom kan hjälpa mig.

I telefonuppföljningarna och enkäterna gavs en genomgående mycket positiv bild av förtroendet för ÄldreLotsen. Följande tabell sammanfattar svaren från de olika undersökningarna.

Tabell 6. ÄldreLotsens bemötande.

	Enkäterna ¹⁶		Telefon- uppföljningarna
	2005	2006	
Väldigt nöjd	8	21	35
Ganska nöjd	3	6	9
Inte särskilt nöjd	2	1	-
Inte alls nöjd	1	-	-
Vet ej/ej angett	-	1	3
Totalt	14	29	47

ÄldreLotsen fick ett mycket gott betyg av användarna där de allra flesta var väldigt eller ganska nöjda, vilket framgår av tabell 6. Ett fåtal personer var inte helt nöjda eller har avstått från att svara. Telefonuppföljningarna genomfördes av personal ifrån ÄldreLotsen vilket kan ha gjort det svårt att uppge missnöje. Enkäterna besvarades anonymt vilket gör resultaten mer säkra.

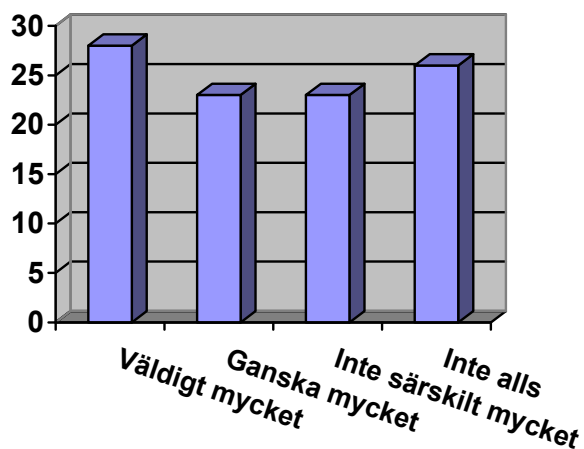
ÄldreLotsens påverkan på tryggheten

I enkäten som skickades ut år 2006 ombads de svarande att värdera i vilken utsträckning de upplevde att verksamheten påverkade deras känslor av trygghet, tillgänglighet, tillförlitlighet och tillit. Frågan riktade sig till alla som kände till ÄldreLotsen, eftersom även potentiella användare kan uppleva att det faktum att verksamheten finns påverkar deras upplevelser.

Uppfattningen var delad bland personerna i målgruppen som kände till ÄldreLotsen, huruvida de tyckte att verksamheten påverkade deras känsla av trygghet. Den ena hälften (51 %) angav att ÄldreLotsen bidrog ganska eller väldigt mycket till denna känsla medan den andra hälften (49 %) angav att ÄldreLotsen inte bidrog särskilt mycket eller ingenting alls. Många personer valde ett mellanalternativ på skalan, istället för att ta tydlig ställning för eller emot. Endast två procentenheter skiljer mellan dem

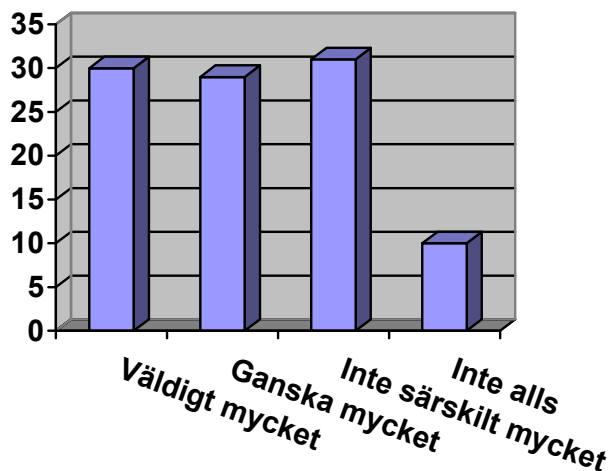
¹⁶ Denna fråga ställdes bara till de personer som hade varit i kontakt med ÄldreLotsen vilket var en knapp tredjedel av deltagarna som svarade.

som tyckte att ÄldreLotsen bidrog väldigt mycket till deras upplevelse av trygghet jämfört med dem som tyckte att det inte bidragit alls. Detta kallas för ett ”balansmått”. 110 personer tillfrågades varav 86 svarade. Svarens procentuella fördelning redovisas i figur 10.



Figur 10. Hur mycket ÄldreLotsen bidrar till upplevelsen av trygghet (2006).

När det gäller frågan om ÄldreLotsen bidragit till en ökad tilltro till det samhälleliga stödet var det en större andel som upplevde att ÄldreLotsen bidrog ganska eller väldigt mycket, jämfört med dem som angav att verksamheten inte gjorde det. Balansmättet för svaren på denna fråga utgörs av en skillnad på 19 procentenheter (30 procent väldigt mycket, 11 procent inte alls). Detta mått jämför de personer som tydligast tagit ställning till frågan. 110 personer tillfrågades varav 87 personer svarade. Deras svar anges i procent i figur 11.



Figur 11. ÄldreLotsens påverkan på tilltron till det samhälleliga stödet (2006).

Många av personerna i målgruppen som kände till ÄldreLotsen tyckte att telefonjouren bidrog till tillgängligheten till de instanser som de ville kunna nå (se figur 8). En knapp majoritet (54 procent) upplevde att ÄldreLotsen bidrog väldigt eller ganska mycket till tillgängligheten, även om en fjärdedel upplevde att det inte bidrog särskilt mycket. Ett balansmått på 13 procentenheter visar hur mycket de som var mest positiva dominerade över dem som var mest negativt inställda. Många personer svarade inte på frågan (31 personer) utan kommenterade att de ännu inte hade varit i behov av ÄldreLotsens tjänster och därför inte visste. Andra svarade trots detta och kommenterade till exempel: *"Detta är vad jag önskade om jag behövde hjälp. Än klarar jag mig helt själv."*

Sammanfattningsvis har ÄldreLotsen en viss effekt på målgruppens upplevelser av trygghet, både direkt och indirekt i form av påverkan på tillgänglighet och tillit eller tilltro till att det samhälleliga stödet finns där när personen behöver det. När det gällde den direkta frågan om trygghet var gruppen som tyckte att ÄldreLotsen påverkat mycket nästan lika stor som den som inte alls upplevde det så. Personerna var mer benägna att ta ställning för en positiv upplevelse av ÄldreLotsens påverkan när det gällde tillgängligheten och tilltron. Detta kan bero på att ordet "trygghet" är bredare och innehåller fler aspekter som ÄldreLotsen troligen inte kan påverka. Därför är det

positivt att ÄldreLotsen har specificerat sin målsättning noggrannare genom ett försök att definiera vilken sorts trygghet man vill skapa för äldre.

Behoven efter ÄldreLotsens insatser

När brukarna hade varit i kontakt med ÄldreLotsen och blivit lotsade, hänvisade eller fått råd hade de relativt ofta ytterligare behov som kvarstod efteråt. Av de 47 personer som intervjuades i telefon angav 17 personer (36 procent) att de hade något problem som kvarstod. Dessa handlade främst om behov av utökad hemtjänst eller äldreomsorg såsom hjälp med promenader och att komma ut på meningsfulla aktiviteter:

Det som man skulle vilja, om man ska prata om det, är att man skulle vilja ha lite mer sällskap. Om jag ska köpa gardiner eller så.

Det fanns också exempel på medicinska behov som till exempel att komma förbi en vårdkö för att få behandling eller hjälpmedel. Många gånger handlade det som intervjupersonerna upplevde som kvarstående behov om sådant som ÄldreLotsen inte hade mandat eller möjlighet att hjälpa till med.

Sammanfattning av ÄldreLotsens betydelse ur de äldres perspektiv

Enkätundersökningen visade att äldre personer i ÄldreLotsens målgrupp tyckte att tillgänglighet och att veta vart man ska vända sig var viktigt för deras upplevelse av trygghet. Att klara sin vardag självständig och att ha kontakt med någon som bryr sig om hur man har det var andra viktiga faktorer.

Sedan ÄldreLotsen öppnade telefonjouren har cirka sex personer ringt varje dag. De vanligaste frågorna handlade om sjukvårdsfrågor som lotsades antingen till sjukvårdsupplysningen eller till en vårdcentral. Frågor som rörde äldreomsorgens verksamheter var näst vanligast. Många frågor ledde till att personen fick ett råd eller ett telefonnummer.

Intervjupersonerna beskrev de situationer då behovet av ÄldreLotsen hade uppstått. Behoven som ligger till grund för att personerna kontaktar ÄldreLotsen handlar både om sjukvård, rehabilitering och sociala behov i form av biståndshandläggning, hemtjänst eller andra samhällsliga instanser. Behoven verkar relativt sällan röra sig om sådant som privata företag kan möta utan ÄldreLotsen ses i huvudsak som ett komplement till den lokala äldresjukvården och omsorgen.

De behov som ÄldreLotsens användare ger uttryck för i intervjuerna kan beskrivas som varierade. ÄldreLotsen fyller flera olika funktioner för de äldre: att få svar på vart man själv ska vända sig, att få telefonnumret till den instans som man söker kontakt med (hänvisning), att få hjälp att komma fram (lotsning), att få hjälp att sköta kontakten med de ordinarie verksamheterna (medling) och att få råd eller stöd.

Sammanfattningsvis var de personer som använt ÄldreLotsen var generellt sett mycket nöjda med hjälpen som de hade fått. Personerna som kände till ÄldreLotsen men som ännu inte hade ringt tyckte ändå i ganska hög utsträckning att verksamheten påverkade deras känsla av trygghet, tilltro och även tillgängligheten till de instanser som de ansåg viktiga för sin trygghet.

ÄldreLotsens funktion för samverkansparterna

I följande avsnitt sker ett perspektivbyte, från de äldres perspektiv på ÄldreLotsen till ett fokus på samverkansparterna. Hur fungerar ÄldreLotsens nätverk? Eftersom ÄldreLotsen är en ny verksamhet är det viktigt att veta vilka organisatoriska problem ÄldreLotsen löser och/eller skapar. Detta avsnitt innehåller redogörelser för ÄldreLotsens förtroendekapital, alternativen som intervjupersonerna såg till ÄldreLotsen, vad som händer med frågorna efter att personerna lotsats och effekter på samverkansparternas arbete.

ÄldreLotsens förtroendekapital

En avgörande faktor för alla serviceverksamheter är användarnas och samarbetspartnernas upplevelse av verksamheten och dess bemötande. Vid sidan om

marknadsföring och informationsåtgärder är ett gott rykte som sprids av personer som har egna erfarenheter av verksamheten det mest effektiva sättet att värva nya användare.

Avvikelse rapporterna och kvalitetssäkringen

ÄldreLotsen har inte själva organiserat någon aktiv och långsiktig form av kvalitets- eller nöjdhetsmätningar bland sina användare för att få återkoppling till verksamheten. Återkopplingar sker istället i passiv form, det vill säga genom att ÄldreLotsen litar på att användarna som vill berätta om de är nöjda eller missnöjda självmant återkommer. Denna självrapportering registreras inte på ett systematiskt sätt. Den formaliserade rapporteringen av ”avvikelse” som har organiserats inom ÄldreLotsen ger framförallt de samverkande organisationerna en möjlighet att påpeka felaktigheter. Under ÄldreLotsens första år rapporterades totalt 19 avvikelser. Dessa delades in i fyra grupper: Fel lotsning, Ej kontaktade i tid, Fel uppgifter och Övrigt.

Tabell 7. ÄldreLotsens avvikelse rapporter.

	Fel lotsning	Ej kontaktade i tid	Fel uppgifter	Övrigt
Antal	10 st.	5 st.	2 st.	2 st.
Typ av verksamhet	Rehab 5 st. HSV 3 st. Vårdcentral 1 st.	Rehab. 3 st. Vårdcentral 1 st. Biståndshandl. 1 st.	Vårdcentral 2 st.	”Socialtjänsten” HSV
Anledningar	Gränsdragning mellan specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Vårdcentralernas upptagningsområde.	Ej kontaktat den äldre inom 24 tim.	Fel telefonnummer till den äldre, fel telefonnummer till en vårdcentral.	Individ och familjeomsorgen kände inte till ÄldreLotsen och ville inte ta ärendet. Misslyckad utskrivning ifrån sjukhuset.

Tabell 7 redovisar vilken typ av verksamhet som avvikelse rapporterna gällde och orsakerna. Den vanligaste formen av rapportering handlar om att en verksamhet eller vårdtagare kontaktade ÄldreLotsen för att de upplevde att lotsningen inte fungerade som den skulle. Det fanns till exempel en oklarhet om vilka ärenden som skulle lotsas till primärvårdens respektive hemsjukvårdens rehabilitering. Några vårdcentraler rapporterade även att ÄldreLotsen lotsat personer som inte tillhörde deras

upptagningsområde. Ibland hänvisade vårdcentralen då personen att ringa vidare, istället för att hjälpa personen så som samarbetsavtalet föreskriver. Flera rapporter handlade om att hemsjukvården fått lotsningar som inte stämde med de överenskommelser som fanns om vilka tider på dygnet lotsningar kunde ske och vilken typ av ärende det skulle gälla.

Alternativen till ÄldreLotsen

När användarna intervjuades ställdes frågor om vad de hade gjort om inte ÄldreLotsen funnits. Svaren visar vilka alternativa lösningar som kanske funnits på de problem som personerna vände sig till ÄldreLotsen med. ÄldreLotsen är en ny verksamhet med målsättningen att vara en instans att vända sig till vid alla tillfällen. Frågan om huruvida användarna såg alternativa lösningar visar om ÄldreLotsen tillgodoser ett behov som tidigare var svårt att få hjälp med eller om verksamheten snarare ersätter likvärdiga alternativ.

Tabell 8 redovisar vilka alternativ till ÄldreLotsen som användarna såg. Många personer hade svårt att se något alternativ och visste inte vem de skulle ha vänt sig till istället. Ganska många hade löst detta genom att leta efter ett nummer på egen hand i telefonkatalogen eller via nummerupplysningstjänster medan andra istället angav att de hade fått hjälp av sina anhöriga.

Tabell 8. Användarnas upplevelse av alternativ till ÄldreLotsen (telefonuppföljningarna).

Typ av alternativ	Antal	Exempel på citat från telefonuppföljningarna
Vet ej	10 pers.	Vet ej - givit upp?
Försökt nå Sjukvårdsupplysningen	7 pers.	Blivit liggande med telefonen kanske flera timmar i väntan på att komma fram till sjukvårdsupplysningen. Kan ringa sjukvårdsupplysningen själv men känner trygghet med ÄldreLotsen.
Vänt sig till en ordinarie kontakt	7 pers.	Hade ringt biståndsbedömare själv men hon är mycket svår att få tag i. Ringt sjukvårdsupplysningen eller husläkare. Men det är skönt att kunna ringa när som helst. Bett om hjälp på dagcentralen. Ringa och ringa och ringa eller åkt till VC direkt.
Letat efter ett nummer själv	6 pers.	Hade använt telefonkatalogen. Chansat på nummer eller letat på Internet. Ringt nummerupplysningen.
Fått hjälp av anhöriga	5 pers.	Ringt min syster som hjälpt till med numret. Min dotter hade hittat på något annat. Bett barnbarnet om hjälp. Jag skulle ha bett min väninna om hjälp
Trygghetslarm eller hemtjänsten	5 pers.	Jag hade ringt Trygghetsjouren.
Vänt sig till akutmottagningen	4 pers.	Försökt ringa sjukvårdsupplysningen själv eller tagit en taxi till akuten.
Ingenting	3 pers.	Jag hade inte fått någon annan hjälp. Det hade varit svårt att klara sig utan den hjälpen.
Totalt	47 pers.	

Personerna som intervjuades gav likaså varierande svar på frågan. För de flesta var ÄldreLotsen framförallt en ersättning för kontakter med sjukvården:

Jag kunde ju inte titta i telefonboken så jag tror att jag hade ringt 112. Det är ju lite dumt, men vad skulle jag ha gjort? Så detta var ju mycket bättre, man känner sig trygg. Även nu när jag känner mig bättre så kan det ju hända något. Då vet jag om ÄldreLotsen och där får jag all information. (-Gäller det hälsan framför allt då? Eller finns det andra saker du behöver ställa frågor om?) Nej, jag tycker det är hälsan, i fall man blir dålig eller sjuk. Jag har ju numret överallt annars.

Några av personerna var redan inne i systemet och såg sina ordinarie kontakter som alternativ till ÄldreLotsen, till exempel hemtjänsten eller primärvårdsläkaren. Det är dock inte alltid så enkelt som det kan verka att hålla reda på vart man ska vända sig. En av personerna som hade vänt sig till ÄldreLotsen med en sjukvårdsfråga berättade om hur svårt det hade varit att göra rätt bedömning, i synnerhet eftersom det akuta behovet påverkade hur han mådde. Detta visar hur smärta eller övergående sjukdomstillstånd kan påverka förmågan att hantera en situation som personen under normala omständigheter skulle klara av.

Alla personer som intervjuades ansåg inte att ÄldreLotsen var en nödvändig verksamhet. En av användarna menade att hon egentligen hade kunnat klara sig utan ÄldreLotsen. ÄldreLotsen var dock ett smidigt alternativ:

(-Hade du löst det annars?) Ja, det hade jag säkert gjort. Med lite runtvalsning. Ja, det hade jag gjort fast det hade kanske tagit lite längre tid.

Beskrivningarna av vad användarna ser som alternativ till att ringa ÄldreLotsen visar sammantaget att ÄldreLotsen avlastar anhöriga och flera andra verksamheter. Det beror bland annat på hur tillgängligheten är bland övriga verksamheter men även på att personen inte vet vart denne ska vända sig med sin fråga. Kunskapen om och förmågan att välja mellan de alternativ som finns att tillgå varierar hos målgruppen beroende på situationen. Eftersom flera personer inte visste vad de skulle gjort om inte ÄldreLotsen hade funnits fyller verksamheten delvis en ny funktion som det inte finns likvärdiga alternativ till.

Vad händer med frågorna efter lotsningen?

En del av studien har bestått i att kartlägga och göra en sammanställning av vad som händer med de personer som lotsats vidare. I ÄldreLotsens egen statistik går det inte att urskilja vilka personer som lotsats kontra hänvisats till en annan verksamhet. Därför har en kartläggning genomförts som bygger på den dokumentation som de mottagande verksamheterna själva har samlat in, var och en för sig. Eftersom omfattningen av denna dokumentation varierar blev kartläggningen inte heller fullständig. Den ger ändå en inblick i hur frågorna förs vidare mellan olika verksamheter i ÄldreLotsens nätverk av samverkan.

Uppgifter har kunnat sammanställas från sjukvårdsupplysningen, de offentliga vårdcentralerna i området och biståndshandläggningen i Centrum och Linnéstaden. Varje verksamhet redovisas var för sig följt av en sammanfattande illustration.

Sjukvårdsupplysningen

Sjukvårdsupplysningen är den verksamhet som har samlat den mest fullständiga dokumentationen av de ärenden som de tagit emot från ÄldreLotsen. En analys gjordes av samtalen som kom in under ett halvår, år 2005. Samtalsmängden under denna period uppgick till 249 stycken, enligt verksamhetens egen dokumentation. En kortfattad anteckning hade skrivits för var och en av dessa. Anteckningarna granskades med avseende på personernas ålder, kön och om frågan hänvisats eller lotsats vidare.

Medelåldern för de personer som lotsades till sjukvårdsupplysningen var 84 år och den absolut största gruppen var kvinnor (80 procent). Tabell 9 redovisar vad som hände med samtalen och hur sjukvårdsupplysningen hanterade sina ÄldreLotsen-ärenden.

Tabell 9. Sjukvårdsupplysningens hantering av ÄldreLotsen-samtal under ett halvår (2005).

Sjukvårdsupplysningens åtgärd	Procent
Enbart rådgivning	44
Till vårdcentral eller husläkare (lotsning/hänvisning)	23
Lotsning till Hemsjukvården	12
Rekommenderas till sjukhus omgående (akutmottagning)	11
Till sjukhus med ambulans (beställer själv eller får hjälp)	8
Hänvisas till mottagning/specialist vid sjukhuset	2
Totalt	100

Tabell 9 visar att den vanligaste åtgärden för sjukvårdsupplysningen var rådgivning när det gällde ÄldreLotsen-ärendena. Exempel på detta var personer som beskrev symtom som liknade maginfluensa som fick rådgivning om lämplig mat och dryck. En annan vanlig fråga rörde personernas läkemedel. Många personer rekommenderades att ta kontakt med sin vårdcentral eller husläkare och de flesta av dessa fick också hjälp att ta kontakterna. Några lotsades till hemsjukvården för att få akut hjälp i hemmet. Totalt lotsades en ungefär en tredjedel av alla samtal vidare till en annan verksamhet. En tredjedel hänvisades istället. Några hänvisades eller råddes istället att åka till sjukhusets

akutmottagning, antingen själva eller med ambulans. I sjukvårdsupplysningens dokumentation av frågorna framgår det att några av dessa personer behövde övertalas att åka till sjukhuset.

Som en del av studien gjordes en analys av alla sjukvårdsupplysningens ÄldreLotsen-ärenden med avseende på hur akuta de var. Denna analys baserades på författarens utbildning och erfarenhet som sjuksköterska. Genomgången visade att cirka hälften av alla samtal var av *akut eller brådskande* natur.

De frågor som räknades till denna kategori var akut uppkomna, det vill säga nya symtom där personen behöver snabba besked om hur vederbörande ska hantera det. Till samma kategori räknades de personer som hade akut behov av sjukvård med mycket allvarliga symtom, oavsett om de var nyuppkomna eller inte. Exempel på dessa var andningssvårigheter, bröstsmärtor och de mest uppenbart akuta frågorna. Alla personerna var inte nödvändigtvis i akut behov av just sjukhusvård. Personerna kunde istället vara i behov av att träffa en primärvårdsläkare eller distriktssköterska. I vissa fall kunde detta besök ske påföljande dag. I något fall räckte även råd om egenvård och rådet att avvakta med att kontakta sjukvården. Exempel på denna typ av brådskande frågor gällde magsjuka som personen inte visste hur den skulle hanteras, ont i en fot och som inte gick att stödja på, en kateter som läckte, svår hosta med försämrat allmäntillstånd och förvirring, samt urinvägsinfektion.

En dryg tredjedel av alla ärendena tillhörde en kategori som gällde frågor om hälsan som inte var lika brådskande. Till denna kategori hörde samtal där personen fick råd om hur de skulle bedöma när det var lämpligt att ta kontakt med sjukvården igen, om inte symtomen hade gått över av sig själva. Det kunde till exempel gälla övre luftvägsinfektioner. Bara sju procent av alla sjukvårdsupplysningens ÄldreLotsen-ärenden kunde i genomgången kategoriseras som *inte alls akuta*. Dessa frågor gällde allmän undervisning om egenvård eller upplysningar.

Sammanfattningsvis visar kartläggningen av sjukvårdsupplysningens ÄldreLotsen-ärenden att hälften av dessa kan bedömas som akuta eller brådskande. Lite drygt hälften hänvisades eller lotsades mycket riktigt vidare till en vårdgivare där en kontakt kunde skapas omgående eller inom det närmsta dygnet.

Vårdcentralerna

För alla de offentliga vårdcentralerna har de frågor som de tog emot från ÄldreLotsen registrerats under två månader. Perioden var april-maj år 2006. Tabell 10 visar antal frågor och vad personerna som ringde fick för typ av hjälp.

Tabell 10. Vårdcentralernas frågor från ÄldreLotsen under två månader (2006).

Vårdcentral	Antal ärenden (kön och ålder)	Vad frågan resulterade i
Gibraltargatan	31 ärenden, varav 81% kvinnor, i genomsnitt 84 år	Läkartider (inklusive telefontider) Kontakter med dsk/ssk ¹⁷ (varav ett hembesök) Recept Inkontinensskydd Avbokad tid Ville ha telefonnumret till rehab Provsvär En ambulans beställdes hem till personen Hänvisas till sin husläkare
Rehab, Gibraltargatan	3 ärenden varav 2 kvinnor, 86-88 år	Sjukgymnastik i hemmet Hjälp med gånghjälpmedel.
Kungshöjd	4 ärenden, varav 3 kvinnor, 79-90 år	Läkartider, inklusive hjälp att skaffa inkontinenshjälpmedel Kontakt med dsk och diabetes-ssk
Slottsskogen	3 ärenden, alla kvinnor, 78-87 år	Receptförfrågningar Förkylning som hänvisades till akut drop-in mottagning
Karl Johan	2 ärenden, kvinnor 80 och 90 år	Läkartid (hade ej nått sin läkare) Hemsjukvårdspatient som ringde och behövde akut remiss för såromläggning
Masthugget	1 ärende, kvinna 75 år	Fick akut läkartid

Gibraltargatans vårdcentral har sedan ÄldreLotsens start tagit emot en stor andel av lotsningarna, jämfört med de andra vårdcentralerna. Under den första halvan av 2005 tog till exempel vårdcentralen emot 120 stycken lotsningar från ÄldreLotsen. Tabell 10 visar att några av frågorna rör sig om hjälp med rehabilitering. Gibraltargatan är den

¹⁷ Dsk står för distriktssköterska och ssk för sjuksköterska utan vidareutbildning.

enda vårdcentralen i området som har denna kompetens. Rehab vid Gibraltargatan svarar för rehabilitering för personer i alla tre stadsdelarna. I övrigt har det inte gått att finna någon förklaring till varför en så stor andel av frågorna via ÄldreLotsen kommer till Gibraltargatan.

Kartläggningen illustrerar att de personer som lotsats via ÄldreLotsen får samma typ av hjälp som andra patienter vid vårdcentralerna. Frågorna är av varierande slag men de flesta resulterar i en besökstid.

Hemsjukvården och hemrehabiliteringen

Totalt registrerade Hemsjukvården Centrum 44 frågor från ÄldreLotsen under ett år (2005). En närmare beskrivning görs här av två månader under våren 2006. Detta kan jämföras med vårdcentralernas flöden av ÄldreLotsen-ärenden, som också gällde för två månader 2006¹⁸.

Tabell 11. Frågorna som lotsades till hemsjukvården under två månader (2006).

Antal frågor (kön och ålder)	Typ av ärende	Vad frågan resulterade i
Totalt 7 frågor (varav två män, 76-94 år)	Ramlat i hemmet, på natten	Hembesök och frågan överlämnas till VC respektive till sjukhuset för röntgen
	Fråga om läkemedel	Telefonrådgivning
	Ångestattack (helgen)	Samtal (i hemmet)
	Svårt att tömma blåsan	Hembesök och tappning
	Blod i urinen, ny kateter	Hembesök och spolning
	Tagit för mycket medicin	Kontroller enligt ordination från läkare på Gibraltargatans VC
Fråga för hemrehab	Hjälp att få en toastol	

Tabell 11 visar att de flesta av samtalen som lotsades till hemsjukvården resulterade i ett hembesök. Ett fåtal ärenden kunde skötas via telefon. Åtgärderna tog vanligtvis cirka 20 minuter. Det längsta hembesöket tog 30 minuter. Det framgår att antalet

¹⁸ Det var tyvärr inte möjligt att få heltäckande information om samma två månader.

ärenden är begränsat och därför upplevs dessa oftast inte som en alltför stor belastning av personalen.

Biståndshandläggningen

Stadsdelen Centrum registrerade frågorna som kom via ÄldreLotsen så att dessa kunde följas upp. För biståndshandläggarna och kommunens äldreomsorg är det av intresse att kunna se hur stor andel av de äldre som ringer till ÄldreLotsen som redan ”är inne i systemet” och hade en biståndshandläggare som de kunnat kontakta direkt. Från starten till och med mars 2006 (sammanlagt 16 månader) kan ärendena summeras på följande sätt:

Tabell 12. Biståndshandläggarnas ÄldreLotsen-ärenden i Centrum.

Personer som var inne i systemet	26
För handläggarna tidigare okända personer	50
Totalt antal personer	76
Antal av de okända som erbjöds en åtgärd	30
-”- enbart fick information	20

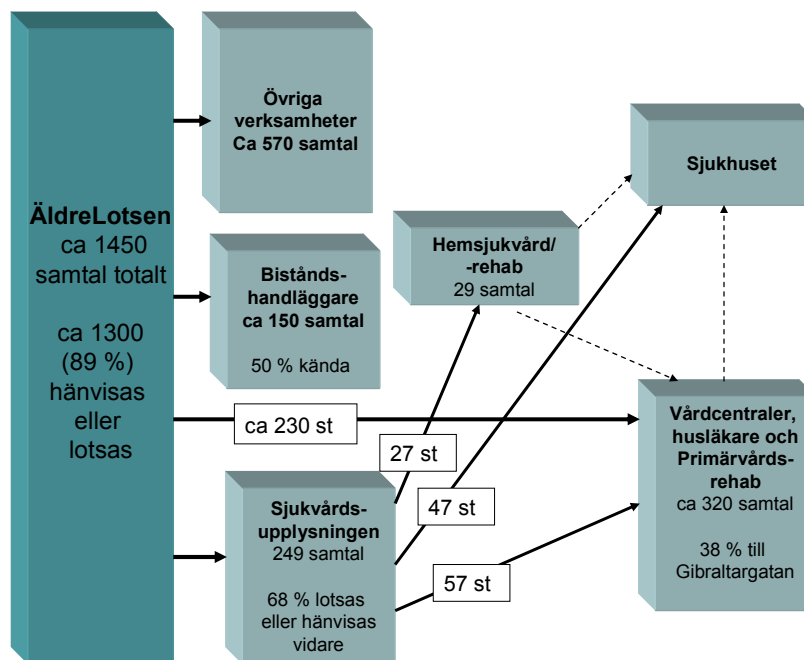
De personer som inte sedan tidigare hade haft kontakt med äldreomsorgen fick olika sorters insatser. Hemtjänst var den vanligaste formen av hjälp. Den näst vanligaste formen var installation av ett trygghetslarm. Två personer hade frågor om att flytta till särskilt boende och en person fick en plats på ett korttidsboende.

Varför ringde de som sedan tidigare hade en egen handläggare? Anledningen för de flesta var att de hade ett behov av utökad hemtjänst. Flera sökte kontakt med sin handläggare och för några berodde detta på att de tappat bort det vanliga numret. ÄldreLotsens nummer var det första som man hittade. Andra behövde hjälp att fylla i blanketter eller kände inte till att biståndshandläggarna även tar hand om ansökningar om larm. En blind kvinna behövde ledsagning till sjukhuset och trodde att ÄldreLotsen hjälpte till själva (genom att ”lotsa”). Några personer behövde allmän information om vad hemtjänsten kan utföra och en fråga kom från en hyresvärd som ville ha ett tillfälligt boende för en äldre hyresgäst under tiden som lägenheten renoverades.

En snarlik bild framkom vid genomgången av de frågor som Linnéstadens enhetschefer (biståndsbedömare) fick via ÄldreLotsen. Där redovisades även flera samtal från personer som har haft svårt att komma fram på telefontiden eller som har klagomål på grund av fel på deras räkningar för hemtjänstinsatser. Dokumentationen från Majorna var alltför sparsam för att det ska vara möjligt att dra några slutsatser om deras ärenden.

Ärendenas väg

De verksamheter som har kunnat granskas i kartläggningen utgör en illustration över de flöden som sker när personer som ringer till ÄldreLotsen blir lotsade eller hänvisade till andra verksamheter. Efter att ett ärende har lotsats eller hänvisats till en annan verksamhet betraktas det inte längre som något annat än ett vanligt ärende, hos samverkansparterna. Det behandlas troligen inte på något annat sätt än andra ärenden. Frågornas karaktär varierar och därmed prioriteringen av dessa, sett ur de samverkande organisationernas perspektiv. Den noggranna analysen av sjukvårdsupplysningens ÄldreLotsen-ärenden pekar dock på att personer som kontaktar ÄldreLotsen har brådskande eller akuta behov. För att sammanfatta bilden av ÄldreLotsen-ärendenas flöden till andra verksamheter finns ett halvårs samtal beskrivna i figur 12.



Figur 12. Flödet av samtal som gick via ÄldreLotsen under sex månader (2005).

I figur 12 har alla samtal som inte handlar om sjukvård eller biståndshandläggning kategoriserats som ”övriga verksamheter”, det vill säga de som hänvisas eller lotsas direkt till hemtjänsten och de som får ett telefonnummer till en allmän samhällsinstans eller ett företag. Som tidigare nämnts finns det en mindre grupp (11 procent) som varken hänvisas eller lotsas vidare utan vars frågor stannar vid ÄldreLotsen, enligt dokumentationen. Bilden visar även att sjukvårdsupplysningen har en viktig roll i ÄldreLotsen för att hjälpa personer vidare med sin fråga till rätt instans. Sjukvårdsupplysningen fungerar som en mellanliggande länk för knappt en femtedel av samtalen som går vidare till vårdcentralerna.

Effekterna på samverkansparternas arbete

Inom ramarna för ÄldreLotsen är många aktörer inblandade i olika utsträckning. Vissa aktörer finns bara representerade i styr- eller projekt-/arbetsgruppen och deras verksamheter påverkas i väldigt liten utsträckning av ÄldreLotsen. Andra verksamheter påverkas mer. Denna påverkan kan vara både av belastande och underlättande natur. Nedanstående tabell försöker sammanfatta ÄldreLotsens effekter på de samverkande parternas arbetsbelastning på kort sikt. Den har inte som ambition att vara objektiv utan illustrerar snarare vad författaren uppfattat som de viktigaste effekterna.

Tabell 13. Analys av effekter av ÄldreLotsen när det gäller samverkansparternas arbete.

Samverkansparter	ÄldreLotsens effekter på arbetet	Belastning ¹⁹
Vårdcentralerna	- ÄldreLotsen sorterar bort vissa onödiga samtal - Tillgängligheten förbättras för dem som har ”legitima behov” vilket ökar belastningen på kort sikt - HSV gör vissa av ”deras” hembesök på jourtid	- + -
Sjukvårdsupplysningen	- Sorterar bort onödiga samtal - Förbättrar sin tillgänglighet för dem som behöver komma fram - Möjligheten att kunna ”göra om” egna samtal till ÄldreLotsen-samtal för att använda HSV-avtalet	- + +/-
Akutmottagningarna (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)	- Samverkar i mycket liten utsträckning med ÄldreLotsen - Optimerar besöken så att äldre inte söker i onödan eller för sent - Hjälper för akutens personal att hitta rätt i kommunens organisationer	0 - -
Geriatriska kliniken (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)	- Samverkar i liten utsträckning - Direktinläggningar i sällsynta fall (via HSV), patienten slipper gå via akuten	0 Kort sikt: + Lång sikt ev. -
Trygghetsjouren	- Nya arbetsuppgifter och fler anställda - Möjligheten att kunna ”göra om” egna larm till ÄldreLotsen-samtal för att använda avtalen med Sjukvårdsupplysningen och/eller HSV	+/- -
Biståndshandläggare	- Fånga upp vårdtagare som inte känner till vilken service som finns. - Sorterar bort onödiga samtal - Förbättrar sin tillgänglighet	+ - +
Hemtjänsten	- Förbättrar sin tillgänglighet - Ev. bättre tillgänglighet till sjukvårdsupplysningen när de ringer för sin vårdtagares räkning och därigenom även HSV på jourtid, vid behov	+/- -
Hemsjukvården (HSV)	- Akuta oplanerade hembesök eller telefonsamtal	+

Analysen som sammanfattas i tabell 13 visar att alla verksamheter utom en, hemsjukvården, får en åtminstone delvis minskad arbetsbörda tack vare ÄldreLotsens arbete.

¹⁹ Plustecknet innebär att ÄldreLotsen påverkar verksamhetens arbetsbelastning så att den blir större/ökar och vice versa. När +/- angivits innebär det en samtidig ökning och minskning där den samlade effekten kan variera i olika avseenden eller på kort och lång sikt.

Personalen vid vårdcentralerna var oroliga för införandet av ÄldreLotsen trots att ÄldreLotsen kan tänkas sortera bort en del onödiga samtal till dem. Detta berodde på att vårdcentralerna hade en pressad arbetssituation sedan tidigare. ÄldreLotsen öppnade sitt telefonnummer samma höst som flera vårdcentraler i Göteborg stängdes och deras patienter fördes över till de kvarvarande vårdcentralerna. Många av vårdcentralerna hade (och har) inte möjlighet att åka på hembesök till sina patienter som behöver vård i hemmet. En faktor som också påverkat situationen är den meningsskiljaktighet som funnits över det så kallade ”primärvårdsavtalet”. Avtalet reglerar gränsdragningen mellan vilka personer som ska vårdas av kommunen inom hemsjukvårdens regi och vilka som tillhör primärvårdens ansvar. Äldre är bara en av de många grupper som vårdcentralerna har ansvar för. Därför innebär en prioritering av äldres vård även en prioritering av resurser som verksamheterna inte kunnat frigöra. Eftersom ÄldreLotsen har tagit emot relativt få samtal, sett ur vårdcentralernas perspektiv, verkar deras oro ha minskat för att lotsningarna skulle kunna bli betungande.

Sjukvårdsupplysningen har genom ÄldreLotsen fått ökade möjligheter att hjälpa äldre personer i hemmet på jourtid, via hemsjukvården. Detta kan innebära extra arbete med att rapportera och lotsa personen, på kort sikt. Troligen avlastar detta ändå sjukvårdsupplysningen som annars kanske hade behövt beställa ambulans eller hantera frustrationer över att personen måste vänta och själv ta sig till vårdcentral eller dylikt.

Akutmottagningarna och den geriatriska kliniken vid sjukhuset påverkas troligen i mycket liten utsträckning. Detta beror dels på att antalet personer som ringt till ÄldreLotsen med frågor som berör dessa verksamheter är mycket litet, sett ur dessa verksamheters perspektiv. Sjukhusets kliniker har avsevärt större upptagningsområde än ÄldreLotsen och ibland helt andra målgrupper. Sjukhusets mottagningar och avdelningar arbetar inte genom att själva ta kontakt med de äldre, såsom de andra samverkansorganisationerna i ÄldreLotsen har kunnat göra.

Även biståndshandläggarna och hemtjänsten i stadsdelarna riskerade att få en ökad arbetsbelastning. I deras fall gällde det dock just den grupp av personer som är verksamheternas primära målgrupp. Inga extra arbetsuppgifter lades på personalen utöver de som de hade tidigare. Handläggarna har ett egenintresse av att fånga upp äldre personer som är i behov av äldreomsorg på ett så tidigt stadium som möjligt.

Detta eftersom det på så sätt blir möjligt att förebygga eller förskjuta behovet av större insatser i framtiden. Hemtjänstens personal står ofta ensam med att hjälpa sina vårdtagare när de behöver vård. Då kan ett rådgörande med ÄldreLotsen och den förbättrade tillgängligheten till sjukvårdsupplysningen vara till hjälp och stöd.

Hemsjukvården är den enda samverkande part som inte har något att tjäna på ÄldreLotsens existens, när det gäller den egna personalens arbetsbelastning. De har inte fått några extra resurser tillskjutna för att delta. Det är därför inte heller förvånande att det var inom denna verksamhet som den största oron för ÄldreLotsen fanns, innan telefonen öppnade. Eftersom så få samtal lotsades vidare till hemsjukvården försvann denna oro snabbt. Däremot finns en överenskommelse om att hemsjukvårdspersonalen får säga nej till en lotsning, om deras arbetsbelastning vid det aktuella tillfället gör det svårt att ta emot en lotsning.

Sammanfattning av ÄldreLotsen ur ett samverkansperspektiv

ÄldreLotsens förtroendekapital är stort, framförallt bland användare och personer i målgruppen som har hört talas om verksamheten. Det visade sig att ÄldreLotsen ofta kan ersättas med andra organisationers tjänster. Många användare svarade trots detta att de inte visste vad de skulle ha gjort om inte ÄldreLotsen funnits eller att de skulle ha varit beroende av hjälp från sina anhöriga.

När det gäller frågan om vart ÄldreLotsens ärenden tog vägen efter att de lotsats vidare i nätverket, visar kartläggningen på frågornas variation. Hälften av frågorna som lotsades till sjukvårdsupplysningen var till exempel av akut eller brådskande natur. När ärendet lotsats till en annan instans tas det troligen omhand som vilket annat ärende som helst. Hemsjukvården utgör ett undantag eftersom de personer som lotsats dit faller utanför verksamhetens normala arbetsområde. Därför har ÄldreLotsen troligen störst påverkan på hemsjukvårdens arbetsmängd, jämfört med de andra samverkansparterna. Alla de övriga verksamheterna kan även uppleva en minskad arbetsmängd, enligt författarens analys. Avvikelse rapporterna visar att samarbetet med samverkansparterna fungerade relativt obehindrat under det första året. Ett fåtal avvikelser om fellotsningar eller andra misstag rapporterades.

5. Samordning och arbetsfördelning i fallet ÄldreLotsen

I detta kapitel analyseras och diskuteras resultaten av den empiriska studien tillsammans med de tidigare beskrivna teoretiska begreppen och modellerna. Först diskuteras hur ÄldreLotsens tillblivelse organiserades, sedan följer en diskussion av de äldres perspektiv på ÄldreLotsens förmedlande funktion. Kapitlet avslutas med en diskussion av ÄldreLotsen sedd som en organisation som syftar till en integrerande samordning av vård och omsorg och hur detta påverkar de samverkande parterna samt vår förståelse för de tidigare beskrivna teoretiska modellerna.

Empirinära tolkning av fallet ÄldreLotsen

Organiseringen av tillblivelsen

ÄldreLotsen nådde sitt mål att starta en telefonjournsverksamhet för äldre personer i de tre stadsdelarna. Under uppbyggnaden av verksamheten har den samverkan som skett inom den egna organisationen och genom nätverket som etablerades med andra verksamheter varit avgörande. Den samordning av resurser som ÄldreLotsen utgör är ett resultat av det gemensamma arbetet och kan därför beskrivas som en form av integrerad vård (se definitionerna i kapitel 3). Visserligen har inte alla ÄldreLotsens användare komplexa behov som sträcker sig över flera sektorer och verksamheter, men flera av personerna faller inom denna kategori.

De mest avgörande faktorerna för integrerad vård har sammanfattats av Kodner och Spreuwenberg i fem punkter (2002, s. 4). Dessa används här som en utgångspunkt för en sammanfattning av ÄldreLotsens arbete med att bygga upp sin nya verksamhet.

Finansiella faktorer: verksamheters form och struktur anpassas ofta efter finansieringsformerna, genom den ekonomiska styrningens påverkan. Finansieringsformerna kan därför verka gynnande eller hindrande för genomförandet av integrerad vård (Kodner och Spreuwenberg 2002). Det faktum att ÄldreLotsens kostnader delades lika av samverkansparterna var både ett resultat av det förtroende som fanns mellan parterna och för idén som sådan. De verksamheter som hade svårare att förankra projektet lyckades ändå komma över dessa hinder under uppbyggnadsskedet. Så länge som finansieringen inte sågs som ett problem gynnades ÄldreLotsens verksamhet. Diskussionen om fördelningsprinciperna för kostnaderna

aktualiserades i synnerhet när projektet permanentades inom stadsdelarnas verksamheter.

Fallet ÄldreLotsen illustrerar ett ofta förekommande problem med samordning av verksamheter som fungerar enligt olika former av ekonomisk styrning eller samordning. Dessa problem påpekade även Leutz (1999) i formuleringen av den fjärde av sina integreringslagar. När logikerna skiljer sig åt finns det alltid en risk att de ransoneringsprinciper som råder i en viss organisation smittar av sig på den samordnade verksamheten. Sjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset styrs finansiellt som fristående resultatenheter, vilket innebär en standardisering av kraven på deras resultat. Äldreomsorgen i stadsdelarna arbetar däremot med en gemensam budget som utgångspunkt. Samordningen verkar där istället ske huvudsakligen genom andra mekanismer så som planering och eller/professionalism och standardisering av förmågor (jmf tabell 2 i kapitel 3).

Administrativa faktorer: regelverk och administrativa yttringar kan underlätta tillgången till och användningen av resurser (Kodner och Spreeuwenberg 2002). En avgörande faktor för ÄldreLotsens arbete var samarbetsavtalen. Dessa möjliggjorde lotsningarna av de äldres frågor vidare från ÄldreLotsen till andra samverkande verksamheter. På så sätt kan de medverkande verksamheternas resurser komma den lotsade personen till del. Både direkttelefonnumret till sjukvårdsupplysningen och möjligheten att lotsa till hemsjukvården är tydliga exempel på detta. Ett annat administrativt verktyg för lotsarna var det speciellt framtagna IT-stödet där de kontakter som ÄldreLotsen ofta hänvisade och lotsade till snabbt kunde hittas. På så sätt skapades nya standardiserade rutiner och verktyg för att svara på gamla frågor.

Organisatoriska faktorer: alla former av nätverk, både vertikala och horisontella, formella och informella, är viktiga för ökad samordning. Dessa är både en förutsättning för och ett resultat av integrerad vård (Kodner och Spreeuwenberg 2002). Utbildningen av lotsarna syftade till att stärka nätverket som ÄldreLotsen byggde upp genom samarbetsavtalen. När lotsarna besökte och såg hur de andra verksamheterna arbetade skapades informella kontakter samtidigt som formell kunskap om varandras arbete byggdes upp. Det lade grunden för den framtida ömsesidiga anpassningen och

kommunikationen som var nödvändig inom ramen för ÄldreLotsens arbete (jmf Thompson 1967).

Kontakterna mellan verksamheterna som formaliserades genom projektgruppens arbete har bidragit till ett nätverk som möjliggjorde tillblivelsen. Revir- och intressentaspekterna av samordningsarbetet hanterades i planeringsskedet genom att ÄldreLotsen investerade relativt lång tid för att låta samverkansparternas representanter lära känna varandra och kunna komma överens kring de frågor där det fanns olika intressen. Regelbundna möten som förlades hos de olika parterna och ”studiebesök” gav en utgångspunkt för diskussioner innan man gemensamt beslutade hur ÄldreLotsen skulle genomföras. Regelbundna kontakter mellan ÄldreLotsen och verksamheternas företrädare planeras även fortsättningsvis i form av återföringsmöten för erfarenhetsutbyte. ÄldreLotsen har samtidigt byggt upp ett nätverk med många verksamheter som inte har ingått samarbetsavtal men som lotsarna kan hänvisa användarna till. Detta stämmer med Axelsson och Bihari Axelssons (2006) erfarenheter att integrerad vård ofta sker genom frivilligt samordning eller ”samarbete” (se figur 2 i kapitel 3).

Samtidigt har ett viktigt förankringsarbete pågått i bakgrunden, inom samverkansparternas organisationer. Styrgruppen vittnade om att detta arbete var problemfritt, kanske delvis för att medlemmarna själva hade stora befogenheter att fatta beslut om ÄldreLotsen. Lättheten att förankra arbetet vittnar även om att idén om ÄldreLotsen passade väl i tiden. Därför accepterades de förändringar som det innebar av arbetsrutiner för personal och professionella i flera organisationer och idén väckte ofta engagemang. Engagemanget bland gräsrotspersonalen och deras chefer har visats ha en avgörande betydelse i tidigare forskning om integrerad vård (van Raak et al 1999).

Genomförandefaktorer: hur personal utför sina uppgifter, arbetar tillsammans och bemöter användare och deras anhöriga, är några av de mest avgörande faktorerna för integrerad vård (Kodner och Spreeuwenberg 2002). Valet av Trygghetsjouren som utgångspunkt för ÄldreLotsens telefonjour gav direkt tillgång till en arbetsgrupp som sedan tidigare arbetade med snarlika frågor. Personalens kompetens innebär att de kunnat hjälpa många av de äldre som ringt med råd och stöd. Lotsarnas dubbla roll

både som koordinatörer i Trygghetsjourens larmcentral och som äldrelotsar har inneburit att de oftast kunnat rådgöra med varandra om användarnas frågor.

Vårdfaktorer: det vill säga ett gemensamt professionellt språk och specifika standards för yrkesutövningen och förståelse för användarens behov genom upprätthållandet av kontinuerlig kommunikation mellan användare och verksamhet (Kodner och Spreuwenberg 2002).

Valet av en målgrupp som innefattar både de personer som sedan tidigare är inne i systemet och de som stått utanför innebär att många olika behov kan täckas in. Detta tillsammans med ÄldreLotsens länkande funktion (jmf tabell 3, kap. 3) lämnar ett stort utrymme för lotsarnas bedömningar av sättet att hjälpa den äldre. Denna bedömning har inte standardiserats eller dokumenterats till exempel i form av skriftliga riktlinjer eller arbetsbeskrivningar. Avvikelsesrapporteringen har dock stärkt samarbetsparternas kommunikation om de överenskommelser som funnits kring lotsningsarbetet. En systematisk insamling av de äldres åsikter saknades, både innan arbetet startades i form av behovsinventeringar och under verksamhetens gång. Brukarorganisationer deltog inte i planeringen eller genomförandet av ÄldreLotsen.

Behovsinteveringar eller ”screening” är den metod som Leutz (1999) anser vara användbar för att finna de personer som behöver länkas, i ett länkande system. ÄldreLotsen utförde en sorts screening genom att lotsarna avgjorde vem som enbart hänvisades och vem som fick tillgång till den mer aktiva hjälpen i form av lotsning. Detta resultat av studien stärker farhågorna som framförts att brukarnytan och klientfokuset i själva verket inte är det mest centrala i många försök att integrera vård. ”Brukarperspektivet” är i själva verket de professionellas tolkning av de äldres behov (jmf Howarth och Haigh 2007; Kodner och Spreuwenberg 2002).

I tillägg till Dennis L. Kodner och Cor Spreuwenbergs fem punkter har en sjätte punkt haft betydelse för tillblivelsen av ÄldreLotsen, nämligen: **information och marknadsföring**. Det svåraste informationsarbetet har varit att nå ut till de äldre personerna i den heterogena målgruppen. Detta har visat sig vara särskilt viktigt eftersom samtalsmängden varierade avsevärt och ofta låg under verksamhetens kapacitet. Kännedom om verksamheten nådde ut till en tredjedel av målgruppen, efter

två års informationssatsningar. Jämfört med andra liknande verksamheter, så som sjukvårdsupplysningen, var ÄldreLotsen vid tiden för studien en ny verksamhet.

Det externa arbetet med att bygga upp ett förtroendekapital och kännedomen om ÄldreLotsen har varit viktigt för organisationens legitimitet. Enkät- och telefonuppföljningssvaren visade att bland de personer i målgruppen som har nyttjat ÄldreLotsens tjänster var förtroendet stort. ÄldreLotsen har även förunnats mycket uppmärksamhet till exempel i media, både lokalt och nationellt, samt vid Kvalitetsmässan år 2005 med en tredjeplats i tävlingen om Götapriset. Idén paketerades och gjordes attraktiv med hjälp av en marknadsföringstaktik som tog fasta på en pågående diskussion i samhället om behovet av samverkan och samordning av äldres vård och omsorg. Till sin hjälp tog projektledaren och projektorganisationen starka symboler, till exempel fyren, och positivt värdeladdade ord såsom trygghet och effektivitet.

ÄldreLotsens förmedlande funktion för de äldre

Forskare som studerat framväxten av lösningar som syftar till integrerad vård hävdar att verksamheter som riktar in sig på den individuella mikronivån, som ÄldreLotsen, tidigare har visats ge organisatoriska vinster i form av förbättrat resursutnyttjande. Däremot är deras effektivitet när det gäller nyttan för användarna oklar. Frågan är vilken påverkan lösningarna har på användarnas preferenser för val av vård och omsorg (Reed et al 2005). Detta gäller även i fallet ÄldreLotsen och målgruppens val av kontaktvägar. Har äldre personer i Göteborg generellt så stora behov som man trott eller framställt det? Är bristerna i systemet så stora? Ett sätt att tolka de relativt få telefonsamtal som ÄldreLotsen tog emot är att behovet överskattades.

Eftersom flera personer inte såg något alternativ till ÄldreLotsen fyller verksamheten delvis en ny funktion vilket det saknas likvärdiga alternativ till, särskilt när det gäller informationsbehovet. Behovet av att få reda på vart man ska vända sig ligger väl i linje med ÄldreLotsens målsättning. De äldre verkar använda en liknande problembeskrivning som den som ÄldreLotsen hade som sin utgångspunkt: systemet är svåröverblickbart och därför är goda råd nödvändiga för att hitta rätt.

Målet för ÄldreLotsen var en förbättring av äldres *trygghet* som definierades med hjälp av tre ord: tillgänglighet, tillförlitlighet och tillit. Här sammanfattas intervju- och enkätsvaren om ÄldreLotsens betydelse för de äldre utifrån dessa tre begrepp.

Tillgänglighet: Att utveckla tillgängligheten till hjälpen var både målet och metoden som ÄldreLotsen valde för att öka äldre personers upplevelse av trygghet. Många av användarna beskrev tillgängligheten som en avgörande faktor för deras upplevelse av att ha blivit hjälpta av ÄldreLotsen. De beskrev särskilt vikten av att komma fram till en person som svarade direkt, utan att behöva lyssna på automatiserade talsvar, som kunde ge råd om vart de skulle vända sig och som svarade dygnet runt.

Tillförlitlighet: Projektet förklarar sin definition av tillförlitlighet med ”att veta att jag får hjälp när jag behöver det” (ÄldreLotsen 2007). Detta var en faktor som återkom i användarnas beskrivningar av sina upplevelser av ÄldreLotsen. De äldre upplevde att ÄldreLotsen alltid kunde lämna besked, ge ett bra svar eller tala om vart personen skulle vända sig. Personerna var inte alltid säkra på exakt vad ÄldreLotsen arbetade med, men sparade numret för de tillfällen då de skulle behöva hjälp i framtiden. Detta gällde även personer som inte hade varit i kontakt med ÄldreLotsen ännu. Även efter ÄldreLotsens hjälp kvarstod dock relativt ofta problem som den äldre personen upplevde.

Tillit: ÄldreLotsen definierade tillit med: ”full förtröstan, ingen oro” (ÄldreLotsen 2007). Några exempel i intervjupersonernas berättelser visar särskilt tydligt behovet av en verksamhet som de kan känna tillit till. Det gäller de personer som varit i kontakt med sjukvården eller äldreomsorgen och blivit besvikna. I dessa fall beskrevs ÄldreLotsen som ett sorts moraliskt stöd som fick personen att försöka på nytt. Flera personer såg ÄldreLotsen som en högre instans, dit man kunde ringa och få hjälp med att få sina behov framförda och lyssnade på. Tilliten som de äldre kände efter kontakterna med ÄldreLotsen avspeglade sig även i att de flesta var mycket nöjda med bemötandet och hjälpen som de hade fått. Alla intervjupersoner uppgav att de troligen skulle ringa tillbaka till ÄldreLotsen i framtiden.

Det är möjligt att efterfrågan på tjänster inom den offentliga sektorn inte styrs av befolkningens olika behov. Det finns istället en risk (eller en möjlighet) att nya behov

skapas hos befolkningen när nya serviceverksamheter tillkommer (Thorslund och Larsson 2002). Det är viktigt att fråga sig i vilken mån ”tillrättaläggande” aktiviteter eller uppkomsten av möjligen konstgjorda behov egentligen stärker äldre personer (jmf Hirdman 2000). Om ÄldreLotsen skapar ett lotsningsbehov kan äldre personer i värsta fall bli beroende av hjälpexperter i onödan. Därför är det viktigt att ÄldreLotsen inte tar kontrollen från de äldre och ”överhjälp” personer i en iver att stå till tjänst med lotsningar (jmf Leutz 1999). Det finns dock återhållande krafter som hindrar ett sådant scenario och som kommer sig av att de samverkande verksamheterna skulle bli överlastade med lotsningar samt genom att en lotsning ofta innebär ett visst merarbete även för ÄldreLotsen.

För de personer som har kapacitet att själva ta sig fram i vårdsystemet blir ÄldreLotsen de facto en omväg till hjälpen. Ett problem är då att de som lotsas får upprepa sin historia och förklaringarna av sitt behov flera gånger, eftersom informationen inte alltid kan över föras mellan enheterna. Många av de personer som ringer till ÄldreLotsen ges enbart ett nytt telefonnummer att ringa till. För dessa personer fungerar ÄldreLotsen som en billigare och kunnigare version av nummerupplysningen. En avgörande styrka för ÄldreLotsen är att personalen där har en bred kunskap om de lokala förutsättningarna.

Sammanfattning av den empirinära tolkningen

I vilken utsträckning har ÄldreLotsen uppfyllt sina mål att utveckla vården och omsorgen för äldre? Målet att få till stånd en fungerande telefonjour uppnåddes. Nyttorna som verksamheten har bidragit med, både de planerade och de oförutsedda har sammanfattats och diskuterats i ovanstående avsnitt.

ÄldreLotsens påverkan på äldres vård- och omsorgskonsumtion har inte kunnat studeras. ÄldreLotsen bedöms däremot ge en ökad trygghet för de äldre som använder tjänsterna genom att telefonjouren underlättar äldre personers kommunikation både i vardagen och vid särskilda eller brådskande tillfällen. ÄldreLotsen möter ett behov som finns hos vissa och bidrar troligen till att skapa ett nytt behov hos andra personer. ÄldreLotsen har fått god publicitet och ett rykte som troligen innebär goodwill för samverkansparterna.

En samordningsanalys av ÄldreLotsen

Även om ÄldreLotsen är uppskattad och har stor betydelse för sina användare är verksamheten alltid beroende av andra verksamheters funktioner. ÄldreLotsen ersätter inte någon annan verksamhet. Frågan är vilken karaktär ÄldreLotsens samordningslösning fick och vad konsekvenserna blev för alla inblandade parter? De valda teoretiska modellerna och begreppen från kapitel tre används här för att beskriva samordningens karaktär och att analysera konsekvenserna. Som utgångspunkt för diskussionen av resultaten från fallstudien används Leutz (1999) fem integreringslagar som utgör rubriker för de följande avsnitten.

”Det är inte möjligt att integrera alla tjänster för alla personer”

Integrering av *alla* tjänster är endast möjlig för *vissa* personer. *Vissa* tjänster kan däremot integreras för *alla* personer, enligt Leutz (1999). Leutz är alltså skeptisk till en fullständig integrering av ett helt system för alla utan tror på lösningar som inte försöker möta alla problem samtidigt. För att minska problemen med stuprör och brist på samordning erbjöd ÄldreLotsen tillgång till flera verksamheter via en central kontaktpunkt. ÄldreLotsen har genom uppbyggnaden av sitt nätverk och användandet av redan befintlig kompetens, skapat en service som hade som mål att anpassa sig till den äldre personens behov. På så sätt kan ambitionen beskrivas som att ÄldreLotsen ville bidra till att göra äldres vård och omsorg till ett mer ”komplext adaptivt system” som kunde anpassas vid behov efter de äldres behov (jmf Henriksen 2003). Det innebar även en viss typ av standardisering av arbetsprocessen (jmf Galbraith 1977). Men alla behov som en person över 75 år kan ha, kunde inte integreras eftersom denna grupp av personer innehåller många olika undergrupper, med skilda behov. Eftersom verksamheten trots allt försökte möta denna stora grupps vitt skilda behov skedde integreringen på ett relativt ytligt sätt.

Valet av målgrupp avspeglar en prioritering av verksamhetens *vidd* och att alla inkluderas, vilket skedde på bekostnad av det *djup* eller intensiteten i hjälpen som erbjöds. ÄldreLotsen utlovade ingen definitiv hjälp, bortom hjälpen att hitta rätt eller att komma fram. Detta stämmer överens med Leutz (1999) första lag för integrerad vård. Denna lag kan dock tänkas vara mer eller mindre giltig inom olika ekonomiska

system. Sveriges tradition av en organisering med planeekonomiska inslag innebär en relativt hög grad av integration av ett samlat välfärdssystem för hela befolkningen. Leutz studier har genomförts i länder med högre grad av fri marknadisering av välfärden: Storbritannien och USA. Kodner och Spreeuwenberg använder empiriska erfarenheter från Nederländerna (2002). Den enda modell som är delvis baserad på svenska erfarenheter är Axelsson och Bihari Axelssons (2006 och 2007).

ÄldreLotsens verksamhet rymmer olika sorters tjänster. Hur kan dessa definieras i termer av integreringsmekanismer? En fråga är om ÄldreLotsens arbete underlättar och bidrar till att göra kontakterna smidigare genom *koordinering*, eller om verksamheten huvudsakligen sköter en *länkning* som annars sker informellt och implicit mellan de övriga organisationerna? Den hjälp som ges i form av hänvisning kan ses ett bidrag till ett ”länkande” system. Enligt Leutz modell ingår uppföljning efter hänvisningen, vilket ÄldreLotsens verksamhet dock saknar en rutin för. ÄldreLotsens verksamhet handlar till stor del om att förstå och följa de regler och rättigheter som finns för sin målgrupp, vilket däremot stämmer med modellen. Behoven som länkningen kan möta är av låg till måttlig allvarlighetsgrad, mestadels rutin eller icke-akut och täckningsgraden sträcker sig från liten till måttlig (Leutz 1999). De flesta personer som lämpar sig för hjälp i form av ”länkning” har egna resurser att klara av samordningen själv eller med hjälp av sina närstående. Det är därför inte förvånande om behovet av denna typ av hjälp inte är så stort i befolkningen.

Till skillnad från de länkande hänvisningarna som ÄldreLotsen genomför liknar lotsningarna det som Leutz (1999) kallar för ”*koordinering*”. ÄldreLotsen är i denna funktion ett filter som upptäcker personer med behov av denna service, bland dem som ringer. Även i denna situation handlar arbetet om att känna till och kunna länka samman den äldre med nyckelpersoner men framförallt genom att underlätta personens övergång från ÄldreLotsen till den ”rätta” platsen. Det aktiva arbete som lotsningen innebär är ett sätt att använda rättigheterna som målgruppen har för att maximera täckningen för den hjälp de kan få. Behoven som koordineringen kan möta är av större allvarlighetsgrad men ändå mestadels rutinartade. Behoven är ofta större på grund av att personen själv eller dennes närstående inte klarar av att själva ta sig fram till verksamheten där frågan kan besvaras (Leutz 1999).

Den tredje formen av integrering som Leutz (1999) beskriver, *fullständig integrering*, används inte av ÄldreLotsen. Leutz använder denna benämning för multidisciplinära team och liknande reformer. Det kan dock ifrågasättas om hans exempel verkligen representerar ”fullständig integrering” i någon vidare bemärkelse. Team innebär endast att en mindre del av ett system integreras och att det sker genom fortsatt horisontell specialisering och arbetsfördelning mellan enheter. Cacciatori och Jacobides (2007) beskrivning av ”reintegrering” liknar mer en process där hela system och sektorer integreras fullständigt, vilket saknas i Leutz modell.

Om Leutz (1999) definition ändå används och appliceras i fallet kan det konstateras att äldre personer med behov av fullständigt integrerad hjälp lotsas vidare till exempelvis hemsjukvården, Trygghetsjouren eller rehabiliteringsmottagningen. Där finns tillgång till multidisciplinära team som mer eller mindre tillfälligt kan ta över ansvaret för personens vård och/eller omsorg. Det är alltså på andra platser i vård- och omsorgssystemet för äldre som den här typen av ”fullständig integrering” sker. Möjligen kan ÄldreLotsens planering och tillblivelse ses som en process för sig vilken sköttes av ett tillfälligt multidisciplinärt team. Teamet var endast fullständigt integrerade under de möten som behövdes för att skapa ÄldreLotsens verksamhet och tack vare de gemensamma resurser som användes för att finansiera verksamheten. Det ”kliniska arbetet” eller ”kärnverksamheten” innebar inte denna grad av integrering eftersom den sköttes flera separata verksamheter.

”Integrering kostar innan det betalar sig”

ÄldreLotsens definition av målgruppen är generös och innebär en service både för personer med stora behov och andra med mindre behov. Flera personer hade kunnat hitta alternativa lösningar även om de föredrog ÄldreLotsen. Nyttan måste därför vägas mot resurserna som ÄldreLotsen förbrukar.

ÄldreLots-samtalen behandlas troligen inte på något annat sätt än andra ärenden, när de väl tagits över av en annan verksamhet. Många av personerna som ringer har redan andra kontakter som de skulle kunna vända sig till. Därför kan ÄldreLotsen ses som en extra kostnad, för alla parter. Uteblivna kostnader (besparingarna) är svåra att räkna hem som ”vinster”. Besparingarna som den ökade känslan av trygghet hos de äldre

personerna kan ge erhålls antagligen senare än kostnaderna för de samverkande parterna. Detta skulle kunna förklara att en utmaning för ÄldreLotsen som samordnande kraft har varit att hitta principer för finansieringen som alla parter kan godta. Kontrollen över de ekonomiska resurser som går till ÄldreLotsen är något som varje part ogärna släpper utan istället ser som ”sin”, i enlighet med Leutz forskning (1999).

En annan form av kostnad är när merarbete skapas. ÄldreLotsen både underlättade och skapade merarbete för andra. Endast en mindre del av samtalen till ÄldreLotsen kan tas om hand direkt av dem som svarar i telefonen, oftast hänvisas eller lotsas frågan vidare. Vissa av samverkansparterna inom ÄldreLotsen kan på detta sätt minska sin arbetsbelastning medan andra ökar den på kort sikt. Detta kan ha påverkat graden av engagemang och oro hos personalen i andra verksamheter. Ett exempel på att ÄldreLotsen ökar arbetsbelastningen för andra verksamheter är i de fall då oenighet uppstår mellan parterna om den äldre personens behov. En effekt kan vara att ÄldreLotsen gör en ”felbedömning” och lotsar personen till fel verksamhet. Genom samarbetsavtalen läggs ansvaret trots detta hos den mottagande verksamheten som då får extra arbete. De kan leda till onödigt dubbelarbete.

ÄldreLotsen kan även bli ett sätt för användarna att komma fram och få hjälp med behov som kanske inte skulle anses vara nödvändiga, om bedömningen gjordes av andra verksamheter. De ger i så fall stöd till de kritiker som ser ÄldreLotsen som en ”gräddfil”. Några avvikelserapporter vittnar om denna syn på lotsningarna. Ett sådant resonemang ställer dock olika gruppers behov mot varandra och frågan är i så fall vem som ska avgöra vilka behov som ska prioriteras och vilka som är onödig.

Det går lika bra att vända på resonemanget om huruvida ÄldreLotsen skapar merarbete och kostnader genom argumentet att ÄldreLotsen tvärtom optimerar bedömningarna av personens behov. ÄldreLotsens personal bidrar genom sin kompetens till att sortera och omdirigera samtalen. Det är dock viktigt att inte glömma risken med att sortering leder till en filtrering. Om arbetsbelastningen för de ordinarie verksamheterna prioriteras före de äldres tillgänglighet till vården och omsorgen blir effekten en sorts ransonering. Om ÄldreLotsen inte lotsar och samtidigt genom sin rådgivning påverkar och stoppar

personen från att själv ta kontakt skapas i så fall en buffert för de verksamheter som av en eller annan anledning inte vill ta emot fler äldre personer.

”Den som integrerar anger tonen för genomförandet”

Vem var det som genomförde integreringen som skedde inom ramen för ÄldreLotsen? Alla parter bidrog till att integreringen blev av men den som genomförde integreringen varje dag var den som angav *tonen* för de tjänster som nådde fram till målgruppen, enligt Leutz (1999). I detta fall var det personerna som svarade i telefonjouren och alltså Trygghetsjourens personal.

Det kan uppstå subtila skillnader mellan vad som planerades ”längre upp” i hierarkin och vad som faktiskt genomförs ”på golvet”. Därför är valet av den arbetsgrupp som ska genomföra den integrerade tjänsterna väsentligt. Bedömningarna av hur de äldre personernas frågor skulle tas om hand lämnades till Trygghetsjourens personal. Bedömningarna och tonen i svaren eller tjänsterna som erbjöds påverkas därför av denna personals profession, erfarenheter och den organisationsrationalitet som de verkade inom. Det ingår inte i syftet för denna uppsats att spekulera i hur tjänsten kunde ha utformats annorlunda om någon annan part ansvarat för telefonjouren. Det är dock troligt att ett sådant val hade resulterat i en annorlunda verksamhet. Ett alternativ hade också varit att skapa en helt ny och separat enhet. Då hade man kunnat rekrytera särskild personal som enbart arbetade med att svara i ÄldreLotsens telefon. Eventuellt hade denna typ av lösning kunnat kombineras med en mer ”fullständig integrering” inom ett eget multidisciplinärt team (enligt Leutz 1999).

Skapandet av ÄldreLotsen *hade* kunnat utgå från frågan: hur ska Trygghetsjouren utvecklas? Skapandet av ÄldreLotsen har inneburit en flexibilitet som visat sig vara användbar för Trygghetsjouren när flödet av telefonsamtal till ÄldreLotsen varierat. ”Slack” har tidvis funnits vilket skapat större möjligheter att klara av oväntade och oförutsägbara händelser (jmf kapitel 2). Eftersom Trygghetsjouren är en fristående resultatenhet är resurser av det här slaget ett viktigt tillskott. Samtidigt tog Trygghetsjouren risken att ÄldreLotsen skulle kräva resurser från resten av verksamheten som istället blev en belastning.

Om styrning genom standardisering, rutiner och regler används, minskar de professionellas möjlighet att ange tonen för den tjänst som samordnas. En fråga är därför om ÄldreLotsen bidrar till en ökad eller minskad standardisering, för systemet som helhet. En motivering för skapandet av ÄldreLotsen var behovet att dirigera personerna rätt, så att ”rätt vård” skulle ges ”vid rätt tillfälle” och ”rätt vårdnivå”. Dessa formuleringar talar för en strävan efter ökad standardisering. ÄldreLotsens metaforer liknar de som används för att beskriva logistikprocesser så som ”Just-In-Time”. Om metaforen fullföljs (jmf Ohlsson och Rombach 2006) kan frågan ställas huruvida förskjutningar av utbudet av ”tillgänglighet” till en central instans gör leveransvägarna kortare eller längre. Innebär skapandet av ÄldreLotsen en specialisering och standardisering som gör att andra verksamheter i framtiden kan dra ner på sin tillgänglighet och istället hänvisa till ÄldreLotsen?

”En fyrkantig bult kan inte integreras med ett runt hål”

Nya strukturer behövs för samordning inom vården och omsorgen för äldre personer, enligt den problembeskrivning som ligger till grund för ÄldreLotsen. Det finns dock motverkande krafter i offentlig sektor som gör det svårt att på ett enkelt sätt byta organisationsformer. Dessa utgörs till exempel av professionella strukturer, lagar och traditioner som lett till vanor som är svåra att bryta. Alla dessa krafter har lett till en arbetsfördelning som bygger på motsägelsefulla principer (jmf Gustafsson 1987).

En liknelse kan användas för att beskriva arbetsfördelningar som utgår från skilda logiker:

En verksamhet ämnar producera staket. Verksamheten arbetsfördelar sina uppgifter genom att en person eller grupp är specialiserad för att göra hål i marken för stolparna, en är specialkunnig om det väderbeständiga träslaget Malaysisk Keruing, en är specialiserad för konstruerandet av paketlösningar för företagskunder, en bygger grindar och en är slutligen specialiserad på design av gårdesgårdar.

En delning av den gemensamma uppgiften utgör inte grunden för denna arbetsfördelning. Istället delas den baserat på: arbetsprocessen (hål i marken), vissa typer av arbetsmaterial (träslag), typ av kund (företag), delar av den slutliga produkten (grindar) och särskilda produkter (gårdesgårdar). Genom denna blandning av

arbetsfördelningsprinciper blir det svårt för stakettillverkaren i liknelsen att tillverka några staket. Arbetsfördelningen leder till gap som inte kan överbryggas med nuvarande indelning och överlappningar mellan de olika delarnas arbete. Samordning mellan dessa personer eller grupper är omöjlig, oavsett vilken typ av samordningsmekanism som prövas

De verksamheter som samordnade sig inom ramen för ÄldreLotsen byggde på organisationslogiker med grundläggande skillnader. Dessa skulle kunna liknas vid skillnaderna mellan fyrkantiga bultar och runda hål (jmf Leutz 1999) eller stakettillverkaren i exemplet. Tabell 14 sammanfattar samverkansparternas arbetsfördelningsprinciper översiktligt.

Tabellen visar tre grundläggande typer av arbetsfördelning hos samverkansparterna som baseras på: ålder kombinerat med behov av social omsorg av olika slag, akuta eller icke akuta medicinska behov på olika platser och medicinsk specialistkompetens kombinerat med ålder. Frågan som kan ställas är vilken gemensam uppgift eller resultat dessa verksamheter är ämnade att uppnå. En överlappning finns mellan specialistvården och äldreomsorgen som båda delvis delar in sitt arbete baserat på ålder. En person kan alltså teoretiskt få relativt heltäckande tjänster från båda dessa verksamheter samtidigt. Andra överlappningar är till exempel de mellan sjukvårdsupplysningen, hemsjukvården, vårdcentralerna och akutmottagningarna som alla är specialiserade på att ge medicinsk vård för personer som inte är inlagda på sjukhus. Här finns alltså risker för dubbelarbete. Ett gap finns däremot mellan den akuta sociala omsorgen och den akuta medicinska vården eftersom akut social omsorg såsom trygghetsjourens service – åtminstone för förstagångsanvändaren - kräver ”omvägen” via en biståndsbedömning. Om en person är i behov av både akut sjukvård och akut social omsorg ter det sig därför troligen snabbast att uppsöka akutvårdsmottagningen.

Tabell 14. Samverkansparternas arbetsfördelningsprinciper.

Samverkansparter	Principer för arbetsfördelning
Trygghetsjouren	<i>Ålder:</i> enligt LSS för personer under 65 år och övriga enligt SoL. Akut social omsorg och biståndshandläggning i form av installation och skötsel av <i>trygghetslarm</i> samt hemtjänstpatrull. För personer med beviljat bistånd i form av larm. Endast i de stadsdelar som köper tjänsterna, enligt BUM. Tillhör Linnéstadens <i>äldreomsorg</i> .
Biståndshandläggare	<i>Ålder:</i> bedömer enligt LSS för personer under 65 år och övriga enligt SoL. En del av stadsdelens eller kommunens <i>äldreomsorg</i> .
Hemtjänsten	<i>Ålder:</i> LSS för personer under 65 år och övriga enligt SoL, biståndsbeslut krävs. En del av stadsdelens eller kommunens <i>äldreomsorg</i> . Oftast ansvariga för ett geografiskt område, i undantagsfall specialiserade grupper för vissa arbetsuppgifter. Utför medicinsk omvårdnad och rehabilitering med delegerat ansvar från hemsjukvården.
Hemsjukvården	<i>Medicinsk vård och rehabilitering i hemmet</i> för personer som inte kan ta sig till vårdcentralen och som inte vårdas på sjukhus eller liknande. Arbetar på remiss från vårdcentralens personal. Undersköterske- och sjuksköterskenivå: tillhör stadsdelen eller kommunens <i>äldreomsorg</i> . Läkarna anställda vid regionen, oftast <i>primärvården</i> .
Vårdcentralerna (regionens primärvård eller privat med avtal)	Första instans för all <i>hälso- och sjukvård för hela befolkningen</i> , ”långtidsvård” (d.v.s. även uppföljning efter annan vård). Bedömningar för remittering och lättare medicinsk vård och behandling.
Sjukvårdsupplysningen	Sjuksköterskor som hänvisar, ger råd om egenvård och upplysningar om hälso- och sjukvård för hela befolkningen. Tillhör <i>primärvården</i> .
Akutmottagningarna (Sahlgrenska Universitetssjukhuset och privata alternativ)	Första instans vid behov av <i>akut sjukvård vid sjukhus för hela befolkningen</i> . Specialiserad med undergrupper som motsvarar sjukhusets indelningar efter typ av behandling: medicinsk eller kirurgisk.
Geriatriska kliniken (Sahlgrenska Universitetssjukhuset)	Ålder och medicinskt relaterade problem. <i>Specialistvård av äldre</i> . Indelad i expertområden efter diagnoser och problemområden som de äldre söker för.

Att ändra dessa grundläggande arbetsfördelningslogiker innebär motsvarande förändringar av organisationsmedlemmarnas intressen, lojaliteter och ”identiteter” (jmf Lawrence och Lorsch 1967). Cacciatori och Jacobides (2007) visade hur specialiseringen av personers kunskap påverkar utvecklingen över tid så att arbetsfördelningens logik fortsätter att förstärkas. Sammantaget innebär detta att en reintegration är en radikal händelse för de inblandade personerna och verksamheterna. I byggbranschen var förändringstrycket stort och reintegrationen genomfördes när

verksamheterna hotades av utplåning (Cacciatori och Jacobides 2007). Frågan är om (eller när) trycket är lika starkt i hälso- och sjukvården och omsorgen för äldre.

Skillnaderna som fanns mellan de olika arbetsfördelningslogikerna hos samverkansparterna kan exempelvis förklara varför genomförandet av det förebyggande arbetet i ÄldreLotsens omdefinierades under arbetets gång. Ett aktivt förebyggande arbete hade troligen inneburit någon form av multidisciplinärt team och ”fullständig integrering”. Samverkansparterna ansåg inte att startandet av helt nya förebyggande verksamheter hade varit möjligt eller önskvärt, inom ramen för ÄldreLotsen. Rädslan för en alltför stor fragmentering eller omställning för personalen kan ha varit en drivande faktor till att samordningsproblemen som beskrevs som utgångspunkt för ÄldreLotsen hanterades relativt ytligt.

Frågan är om ÄldreLotsen innebär fortsatt specialisering, trots sina försök att samordna. Hur kan de skilda arbetsfördelningslogikerna mötas? ÄldreLotsen kan ses som en del i den tendens som Karin Svedberg Nilsson (2000) observerat i offentlig sektor och kallat för ”renodling”. De samverkande organisationernas tillgänglighet läggs ut till en verksamhet som renodlat sysslar med denna uppgift som huvuduppgift. ÄldreLotsens renodling av lösningen på tillgänglighetsproblemet var ett sätt att finna en minsta gemensamma nämnare, trots skilda logiker. Alla verksamheter måste trots allt vara tillgängliga för den äldre befolkningen i sin målgrupp. Denna typ av samordning och enande gör att fragmenten tillsammans bildar en delvis samordnad helhet, utan förändringar av de underliggande logikerna. Samordningen är begränsad, i enlighet med Leutz första lag: den gäller bara för en viss del av tjänsterna. Liknelsen om staketproduktion kan användas igen: även om ett staket inte kan byggas kan alla hjälpas åt att se till att grindarna kan bli sålda separat.

Lösningen på problemet med de skilda arbetsfördelningsprinciperna blev att förändra utan att förändra, det vill säga att förändra så lite som möjligt. De förändringar som ÄldreLotsen åstadkommit när det gäller samordning kan ses som en utveckling i form av en enkel dellösning på ett större problem. Denna reformering i det lilla skulle kunna förklara en del av ÄldreLotsens och andra liknande verksamheters tjusningskraft. Förändringarna sker relativt ”smärtfritt”. Kanske är det också det enda sättet att uppnå

förändring eftersom mer radikala former kan neutraliseras av ett kompakt motstånd på många platser i organisationerna.

”Din integrering är min fragmentering”

Olika typer av fragmentering finns, vilket diskuterades i uppsatsens tredje kapitel. Leutz (1999) diskuterar en fragmentering av de professionellas arbetsuppgifter som uppkommer när specialiseringen minskas, vilket sker vid flera typer av samordning. En besläktad men motsatt typ av fragmentering är den som skapas i det övergripande systemet när olika verksamheter specialiseras och ges skilda horisontella funktioner. I detta avsnitt diskuteras först den vertikala arbetsfördelningens påverkan på fragmenteringen av de professionellas arbete inom ÄldreLotsen och sedan ÄldreLotsens påverkan på den horisontella fragmenteringen av systemet.

Den vertikala arbetsfördelningen och hierarkierna i de samverkande organisationer lämnades oförändrad vid ÄldreLotsens tillblivelse. ÄldreLotsen fick inte möjlighet att styra över hur andra verksamheter genomför sina uppdrag och arbetsuppgifter. ÄldreLotsen fick enbart ansvaret för att förmedla personens fråga till rätt verksamhet, en form av horisontell arbetsfördelning. Kunskapen som ÄldreLotsen samlade om andra verksamheters tillgänglighetsbrister ansågs däremot värdefull av samverkansparterna, så länge som ansvaret och befogenheterna för åtgärdandet av dessa brister fanns kvar hos verksamheterna själva. En viss grad av ökad *fragmentering av arbetsuppgifter* skapades trots allt för samverkansparterna genom en ny och särskild rutin skapades för att hantera ÄldreLotsen-ärenden enligt avtalen (för att ringa upp personen inom 24 timmar). Detta väckte i början en viss oro hos samverkansparterna. Avvikelserna som rapporterades blev dock få vilket vittnade om en relativt smidigt fungerande process. En tolkning är att fragmenteringen blev överkomlig eftersom varje verksamhet som deltog i samverkan fick ett tämligen litet antal ärenden lotsade till sig.

Även ÄldreLotsens egen personal påverkades av den fragmentering av arbetsuppgifter som samordningen av tjänsterna innebar. Leutz tredje lag för integrerad vård illustreras: en integrering av en tjänst för alla äldre personer innebär en fragmentering av arbetet för personalen som ska tillhandahålla tjänsten. Lotsarnas kompetens och erfarenheter inom äldreområdet var omfattande. Många frågor till ÄldreLotsen handlade dock om

sjukvård, vilket de socionomutbildade lotsarna inte var behöriga att besvara. Frågor där personen behöver råd om hälso- och sjukvård måste därför lotsas till sjukvårdsupplysningen för att de äldre ska få kvalificerad hjälp. Det beror på att personalen på Trygghetsjouren är specialiserad enligt en arbetsfördelning som följer andra principer än en indelning enbart baserad på ålder. Alltför stor fragmentering undveks alltså tack vare lotsarnas möjlighet att lotsa och hänvisa till andra specialister och att deras tidigare ansvarsområde lämnade intakt (det vill säga koordinatorsrollen).

ÄldreLotsens personal var inte specialiserad för att bemöta målgruppens skilda behov. Ingen annan verksamhet var heller ensam tillräckligt kompetent för att svara på alla de olika frågor som äldre personer kan ha, vilket illustrerar problematiken som verksamheten ämnade lösa. Även om ÄldreLotsens telefon istället hade skötts exempelvis av sjukvårdsupplysningen hade gränsdragningar och bedömningar därför varit avgörande. En viktig funktion för ÄldreLotsen blev därför att samordna och utnyttja varje professions och verksamhets unika kompetens, allt efter den äldres behov. Upplägget kräver att personalen vid ÄldreLotsen inser och respekterar sitt eget kunskapsområdes begränsningar. Tydliga gränser för det egna och andras ansvar och befogenheter skulle enligt detta synsätt underlätta bedömningarna som lotsarna tvingades att göra. Detta är också en av hörnstenarna i ett fungerande ”länkande” system (Leutz 1999).

För att kunna diskutera ÄldreLotsens påverkan på *systemets fragmentering* krävs först att frågan om ÄldreLotsens samordnande funktion besvaras. ÄldreLotsens verksamhet verkar fylla parallella funktioner och flera tolkningar är möjliga. Förutom den länkande funktionen som rådgivningen och hänvisningarna innebär kan lotsningarna ses som en annan typ av funktion. Lotsningarna kan ses som en särskild form av *koordinering* som sker genom en form av ”kontraktstyrning” och avtal. Enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2007) innebär denna form den lägsta graden av integrering, både utifrån vertikala och horisontella principer. Fallet ÄldreLotsen visar att överensstämmelsen mellan deras och Leutz modell saknas på denna punkt. Bägge modellerna representerar skalor för integrering, men med skilda ändpunkter. Leutz ser koordinering som en form av integrering som är starkare än den lägsta punkten: enbart länkning. Detta kan tolkas som att ”länkning” är en ännu lägre ändpunkt på Axelsson och Bihari Axelssons skala, än den som återfinns i deras modell.

En anledning till att en fullständig form av integrering är omöjlig inom vård och omsorg är att organisationerna tillhör olika sektorer med åtskilda hierarkier, enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2006 och 2007). Ett beslut om samordning kan därför aldrig komma centralt eller ”uppifrån” för att förankras genom alla delar av systemet som ska samordnas, eftersom ingen hierarki styr gemensamt över alla ingående organisationer. Frågan om den vertikala hierarkin och maktprinciperna för integreringen saknas däremot i Leutz modell. Hierarki verkar vara ett ”fult ord” som helst undviks (jmf Ohlsson och Rombach 2006). Istället förs diskussionen enbart om den horisontella arbetsfördelningen. Omfördelningar av resurser och makt tas för given, utan att de hierarkiska sambanden klargörs. De tidigare beskrivna contingency-baserade modellerna och teorierna är här till större hjälp än de som används inom denna del av diskursen om integrerad vård.

Frågan är om ÄldreLotsen enbart är en horisontell utbrytning av en viss funktion - ”tillgänglighetsförmedling” - eftersom den vertikala arbetsfördelningen lämnats oförändrad och befogenheter att styra tillgänglighetsprocessen saknas. I så fall bidrar ÄldreLotsen till ytterligare fragmentering av det övergripande systemet genom skapandet av en ny separat funktion. Detta verkar dock inte vara hela sanningen. Lotsarna har trots allt försetts med vissa befogenheter och en vertikal arbetsfördelning av den horisontella samordningen skedde genom samarbetsavtalen. Dessa befogenheter är dock snävt kringskurna och mycket av arbetets anpassningar sköts informellt genom bedömningarna och speciallösningarna som lotsarna som professionella förväntas klara av.

6. Förstoringsglasets logik

I detta kapitel beskrivs studiens slutsatser. Slutsatserna är uppsatsens svar på de frågor som ställdes i syftet. Svaren som lämnas innebär även att studien har ett teoretiskt och praktiskt bidrag som beskrivs i kapitlet. Uppsatsen avslutas med förslag till en givande inriktning för fortsatt forskning.

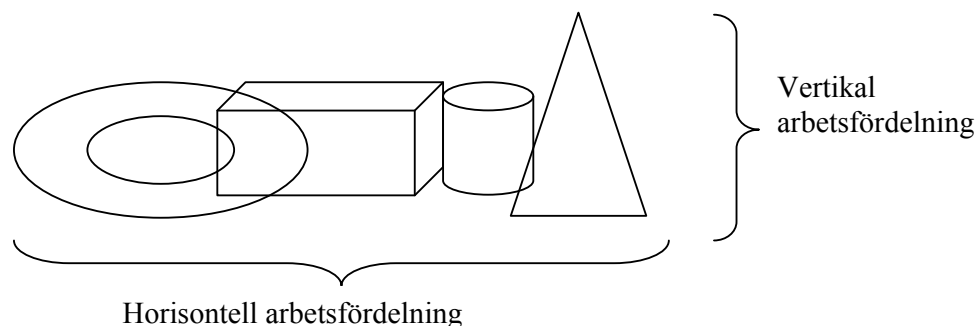
Vilka samordningsproblem var det som ÄldreLotsen avsåg att lösa?

Två huvudsakliga problem identifierades i studien av fallet: tillgänglighet och samordning. De är delvis, men inte fullständigt överlappande. Brukarna beskrev tillgänglighetsproblemet i termer av ”telefontyrranniet”, det vill säga telefonköer och automatiserade telefonsvarssystem. Detta handlar om organisationernas val att göra sina tjänster tillgängliga på olika sätt, inte om samordningsmekanismer. Ändå verkar ÄldreLotsen haft som ambition att avhjälpa problemet med tillgänglighet genom att låta verksamheten även svara upp emot samordningsbehovet. ÄldreLotsen använde samordning som en mekanism som skulle ”smörja maskineriet” för att kunna skapa en gemensam kontaktpunkt där tillgänglighet uppnåddes. Samordning är således både ett mål och en metod för att uppnå andra målsättningar – i detta fall tillgänglighet.

Problemen som beskrivs med metaforerna ”stuprör”, ”att falla mellan stolarna” och svårigheterna att ”hitta rätt” handlar alla om en horisontell arbetsfördelning där principerna inte matchar varandra. Glapp och överlappningar uppstår som leder till ineffektivitet och kvalitetsbrister. Målsättningen var att skapa trygghet för de äldre personerna och samtidigt att bidra till att rätt vård gavs vid rätt tillfälle och ”på rätt nivå” (det vill säga av rätt organisation). Det var dock oklart hur dessa målsättningar hängde samman med varandra. Antingen skulle tryggheten leda till färre onödiga inläggningar, besök och telefonsamtal till de ingående organisationerna. Alternativt skulle telefonkontakterna som ÄldreLotsen erbjöd skapa den trygghet som i så fall var slutmålet.

I problembeskrivningarna saknas ofta diskussioner om de vertikala arbetsfördelningsproblem som är kopplade till samordningsproblemen. Ansvar för arbetsfördelningsprinciperna, styrningen och övervakningen av den horisontella samordningen som krävs för att minska problemen med fragmenteringen mellan organisationerna lyfts inte fram. Istället beskrivs problemen i termer av bristen på ömsesidiga anpassningar såsom till exempel förståelse för varandras förutsättningar och att personalen själva inte kan överblicka och hänvisa i systemet. Bristen på rutiner, professionalism, fungerande former av standardisering och planering kan anas i de begrepp och metaforer som används. Frågan om den vertikala arbetsfördelningsprinciper uttrycktes dock inte i klarspråk. Hänvisningar till vilken nivå i hierarkierna som skulle kunna ansvara för samordningen saknades helt.

Slutsatsen av studien är därför att ÄldreLotsen avsåg att lösa samordningsproblem som orsakades av de skillnader mellan framförallt horisontella arbetsfördelningsprinciper som råder inom vården och omsorgen om äldre. ÄldreLotsen tar de horisontella arbetsfördelningsprinciperna för givna och ser det ordinarie systemet som (delvis) defekt. Det behöver ”lappas” eller ”överbryggas”. Det finns belägg för att de horisontella arbetsfördelningsproblemen både är fundamentala och utbredda. Problemen har utvecklats under lång tid och många organisationer ingår med ett stort antal anställda och klienter. Samtidigt visar tidigare forskning om arbetsfördelning och samordning att den horisontella arbetsfördelningen står i direkt och ofrånkomlig relation till den vertikala. ÄldreLotsen tvingades även lösa problem inom området för den vertikala arbetsfördelningen.



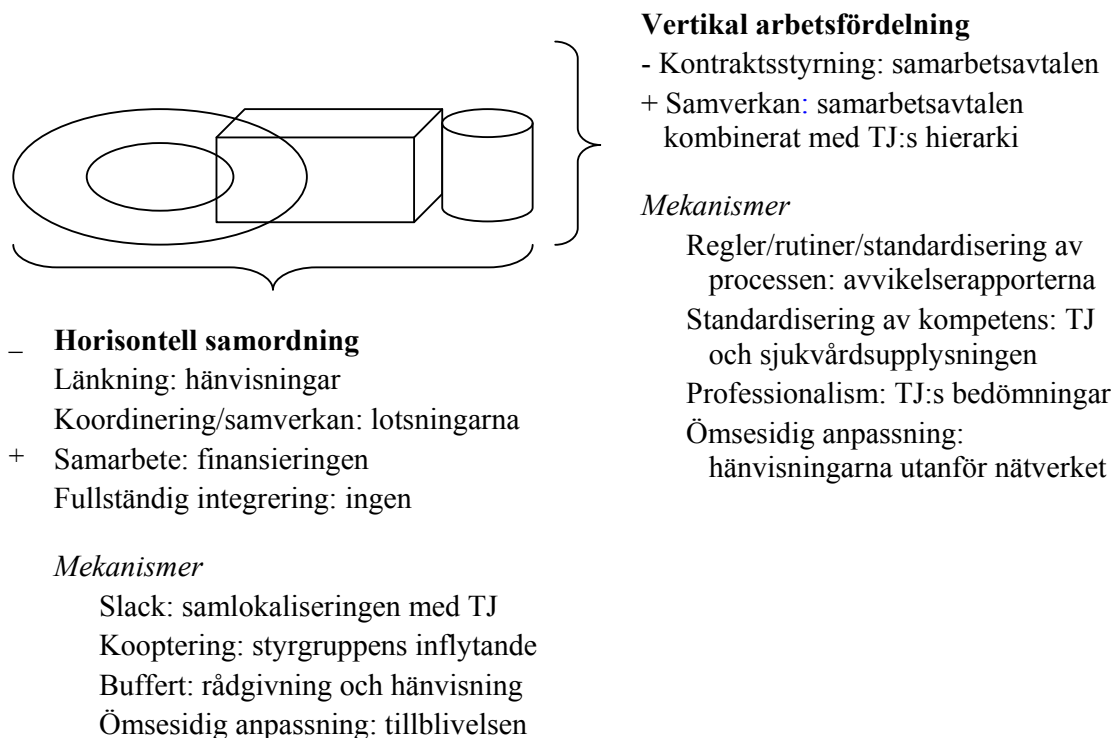
Figur 14. Horisontell och vertikal arbetsfördelning enligt olika principer.

Figur 14 illustrerar sambandet mellan skilda principer för horisontell arbetsfördelning som i denna uppsats har beskrivits som ett avgörande problem för ÄldreLotsen. De olika geometriska formerna är ämnade att visa att logikerna skiljer sig åt. De har dock valts på måfå och är inte ämnade att beskriva någon specifik organisationsstruktur hos de ingående parterna i fallet. Samordning av horisontellt arbetsfördelade organisationer påverkas även av tillika åtskilda vertikala arbetsfördelningar. Bilden sammanfattar på så vis studiens slutsatser om samordnings-problemens karaktär, vilket var den första frågan i syftet.

Vilken sorts samordning åstadkom ÄldreLotsen?

ÄldreLotsen är ett exempel på en enkel lösning på problemet med den horisontella arbetsfördelningens icke-komplementära principer inom vården och omsorgen av äldre. Till detta problem fanns två huvudsakliga lösningar som teoretiskt stod till buds. Den första var att direkt försöka förändra de principer som gjorde arbetsfördelningen oförenlig. Den andra möjliga lösningen hade varit att ändra ansvarsförhållandena och befogenheterna, det vill säga att anpassa den vertikala arbetsfördelningen så att makten förflyttades inom och mellan hierarkierna för att indirekt samordna de horisontellt uppdelade enheterna. Lösningen som valdes genom skapandet av telefonjouren innebar en blandning av förändrad vertikal och horisontell arbetsfördelning. Figur 15 sammanfattar de mekanismer som har studerats i fallet.

Figur 15 sammanfattar bilden av ÄldreLotsen betraktad med hjälp av modellerna för samordning hämtade från den contingency-teoretiska traditionen och diskursen om integrerad vård. På detta sätt besvaras den andra frågan i uppsatsens syfte samtidigt som det tredje syftet - att testa och diskutera teorier och modeller om arbetsfördelning och samordning - uppnås. Nedan följer en fördjupad förklaring av figuren.



Figur 15. Horisontella och vertikala mekanismer som användes för samordning i fallet ÄldreLotsen.

Både Leutz och Axelsson och Bihari Axelssons modell täcker flera typer av samordning som kan samexistera inom en verksamhet som ÄldreLotsen. Samordningen som skapades i fallet ÄldreLotsen gällde enbart samverkansparternas tillgänglighetsfunktioner. Dessutom skapades en ny instans för rådgivning angående ”sociala” frågor. Rådgivnings- och hänvisningsfunktionen fungerade som en länkande *buffert* för de övriga organisationerna vars arbete lades ut till en annan verksamhet. Icke önskvärd ”input” (brukare) till den egna verksamheten filtrerades därmed bort och ”behöriga” fördröjdes. Nya informationskanaler skapades däremot. Detta skedde framförallt med hjälp av samarbetsavtalen och genom lotsningarna. Tre typer av samordningsmekanismer användes simultant, enligt de bägge modellerna: *kontraktstyrning*, *samverkan* (jmf Axelsson och Bihari Axelsson 2006) och *koordinering* (jmf Leutz 1999).

Eftersom den typ av koordinering som ÄldreLotsen använde var kontraktstyrning representerar fallet en ovanlig samordningsmekanism inom folkhälsoområdet, enligt

Axelsson och Bihari Axelsson (2006). Kontraktstyrningen passar ihop med en eventuell marknadsiering och en konkurrenssituation mellan organisationerna. Kontrakten formaliserar den annars implicita, informella och ömsesidiga anpassningen. Eftersom det finns ett sekventiellt beroende mellan Trygghetsjouren och de andra parterna inom ÄldreLotsen, verkar avtalen även passa enligt Thompsons (1967) modell om sambandet mellan beroendeförhållanden och valet av samordningsmekanismer. Avtalen samordnar det sekventiella ansvaret för den äldres fråga och informationskanalen.

Ytterligare en slutsats av studien gäller professionalismens betydelse för den vertikala arbetsfördelningen och maktförhållandena i hierarkin. Lotsarna som arbetade med den integrerande verksamheten gavs befogenheten att definiera vilka samtal som kräver en lotsning och i vilka situationer en hänvisning eller ett råd är tillräcklig. Detta är en konsekvens av att processen varken har standardiserats eller övervakats direkt av en högre instans som tar ansvar för lotsarnas arbete. Avvikelsesrapporterna är den enda dokumenterade formen av kontroll som användes och ansvaret för dessa togs huvudsakligen inom ÄldreLotsens chefsnivå, en hierarkisk nivå högre än lotsarna själva.

När det gäller den vertikala arbetsfördelningens principer gavs den nya enheten inga mandat i förhållande till de samverkande organisationerna och därför omöjliggjordes en *fullständig integrering*. Lotsarna på Trygghetsjouren hamnade istället i en matrisstruktur under dubbla kommandon eftersom personalen både ingår i Trygghetsjourens hierarki och samtidigt utsätts för styrning från de krafter som verkar genom samverkan inom ramen för ÄldreLotsen. Flera verksamheter koopterades och gavs därmed inflytande över Trygghetsjourens personal och de avgränsade arbetsuppgifter som tillhörde ÄldreLotsen, men inte vice versa. Beroendeförhållandena verkade betraktas som ojämlika: ÄldreLotsen är beroende av de andra verksamheterna men detta är inte helt ömsesidigt. De samverkande parterna integrerades alltså inte med varandra, förutom när det gällde tillgänglighetsfunktionen. Visserligen uppstod informella kontakter bland representanterna för de samverkande organisationerna under tillblivelsen. Den gemensamma finansieringen representerade däremot en formell samordning mellan parterna som kan karaktäriseras som ett *samarbete*. Enligt modellen

innebär detta en hög grad av horisontell samordning kombinerat med en låg grad av vertikal styrning.

Figur 15 illustrerar det faktum att ÄldreLotsens samordnande funktion övervägande kom att handla om indirekta lösningar på arbetsfördelningsproblemen. Dessa skedde inom samverkansparternas befintliga strukturer. Inga förändringar av de grundläggande principerna för de horisontella arbetsfördelningsprinciperna skapades. De samordningsmekanismer som valdes var istället av det minst invasiva och radikala slaget, enligt de teorier och modeller som har redovisats.

Slutsatsen av bilden som visas i figur 15 är att integrering kan ske på ett relativt enkelt sätt när tjänsten som ska integreras är enkel. Mekanismerna som används handlar till stor del om standardisering genom utnyttjandet av sedan tidigare utvecklad kompetens och professionalism, med en låg grad av andra former av standardisering, direkt övervakning, planering eller ömsesidig anpassning. Alternativet hade inneburit att både den horisontella och vertikala arbetsfördelningen hade påverkats i större utsträckning. Figur 15 illustrerar återigen kopplingen mellan de horisontella samordningsprinciperna och de vertikalt hierarkiska. All den samordning i fallet ÄldreLotsen som inte kunde lösas genom ömsesidig anpassning var kopplad till någon form av hierarkiskt definierad mekanism. Därmed har slutsatserna dragits av prövningen av och diskussionen om modellerna. Ett möjligt svar har lämnats på frågan om vilken sorts samordningslösning ÄldreLotsen representerade som visar upp en komplex bild av fallet där modellernas begrepp kunnat kombineras.

Konsekvenser av förstoringsglasets logik

Om det hävdas att nya verksamheter som ÄldreLotsen och andra former av integrerad vård är *lösningen* på samordningsproblemen i äldrevården, finns risken att andra potentiella lösningar förbises. Behovet av integrerande verksamheter beskrivs ibland som ett bevis på brister i det ordinarie systemet. Frågan är i så fall vilket utrymme som ges för förändringar som löser problemen där bristerna uppkommer. Det hade till exempel varit möjligt att använda resurserna som gick ÄldreLotsen på annat sätt. Eftersom finansieringen av ÄldreLotsen togs ur budgeterna för de ordinarie verksamheterna förflyttades resurser som hade kunnat användas till exempel för

verksamheternas utveckling. Sett ur detta perspektiv skulle ÄldreLotsen alltså kunna beskrivas som ett byggande av *nya* institutioner, istället för genomförandet av en fungerande länkning eller fungerande arbetsfördelning och samordning mellan de befintliga verksamheterna. Utifrån detta perspektiv skulle verksamheten kunna beskrivas som ett ”plåster” som täcker över där det uppstår brister. Denna argumentationskedja kan även beskrivas med hjälp av metaforen ”förstoringsglaset”. Enligt denna analys har ÄldreLotsen i praktiken förstorat upp och fokuserat på en liten del av ett stort problem och därmed funnit en dellösning. Problemet är att alla dellösningar som följer förstoringsglasets logik i sig bidrar till en ökad fragmentisering. De verkar istället följa samma logik som bidragit till att det övergripande systemets arbetsfördelning utvecklats enligt skilda och icke-komplementära principer.

Ett sätt att ställa frågan om effekterna och konsekvenserna av den samordning som skapats är att begrunda vad som skulle hända om ÄldreLotsen försvann. Det är troligt att inga bestående förändringar av de ordinarie organisationerna skulle kvarstå, vid ett sådant scenario. Om de samordningsproblem som beskrivs togs på allvar och de befintliga organisationerna istället ”reparerades från grunden” skulle mer varaktiga lösningar kunna skapas. I så fall skulle även en bättre matchning uppstå mellan de problembeskrivningar som användes som argument för startandet av verksamheten och de lösningar som skapades.

Mot detta kanhända radikala eller idealistiska perspektiv står möjligheten att se ÄldreLotsen som en varaktig, ny del som bidrar direkt till en *integrering* i det befintliga systemet. Integreringen är av den svagaste sorten, men är ändå verksam för vissa typer av tjänster (jmf Leutz 1999). ÄldreLotsen är, sett ur detta perspektiv, ett sätt för de samverkande verksamheterna att ”framgångsrikt” ta itu med sina svårigheter att åstadkomma tillgänglighet för äldre personer. I den äldres ände av telefonlinjen skapas de facto en viss samordning genom råden, lotsningarna och hänvisningarna. ÄldreLotsen kan i så fall beskrivas som en förstärkning eller renovering, snarare än ett plåster.

Förstoringsglasets logik innebär även en fokusering på ett avgränsat område av synfältet. Samordningen av tillgängligheten genomfördes i form av ett projekt och en separat verksamhet. På så sätt har verksamheterna relativt snabbt och effektivt

åstadkommit handling, baserat i stor utsträckning på befintliga resurser. Utvecklingen koncentrerades och avgränsades. Konflikter och gränstvister som finns mellan till exempel vårdideologier, huvudmän och olika professionella gruppers intressen minimerades av allt att döma. De ingående verksamheterna hotades eller påverkades inte i någon större utsträckning. Alla parter kunde i stort sett arbeta vidare som tidigare eller till och med fokusera mer på sin kärnverksamhet, istället för att lägga tid på att hänvisa personer till andra instanser. Detta kan även ses som ett exempel på hur organisationer allt oftare väljer att förlägga sin utveckling till avknoppade projekt. Risken är att de eventuella förbättringar som utvecklingsprojekten och försöksverksamheterna uppnår aldrig kommer de ordinarie organisationerna till del (jmf Johansson, Löfström och Ohlsson 2007). På så sätt kapslas lösningen in och ”oskadliggörs”. I ÄldreLotsens fall är det osäkert hur den kunskap som verksamheten samlar om systemets brister kommer att användas till att genomföra förbättringar.

Den strävan efter integrering som finns inom diskursen om integrerad vård kan även ses som ett uttryck för en löskoppling eller myt (jmf Borgert 1992; Brunson 2006) och det som Mats Alvesson (2006) kallar för gradiositet eller illusionsnummer. ”Hoppets mekanismer” är tydliga i många omorganiseringar, kanske särskilt i vården och omsorgen. Visserligen är ÄldreLotsen ett litet steg, men man klär det i ”grandiosa” termer som riskerar att leda till ett nollsummespel. Nästa steg som tas måste i så fall förstöras upp lika mycket eller mer för att väcka samma uppmärksamhet. Processen verkar ske utan att vi är medvetna om det. Vi påverkas alla av myterna och hoppas att utveckling kan ske utan att vi förändras. Kanske är sagans klagande ögonblick omöjlig, när en person med opåverkad ögon kan ställa sig utanför spelet och tala om att kejsaren är naken. Genom valet av den ”minst farofyllda” formen av integrering säkerställer ÄldreLotsen samtidigt att de mest betydande effekterna av verksamheten uteblir. Trots detta betraktas verksamheten som en framgång och får mycket uppmärksamhet. Visar detta att den försiktiga vägen är den enda möjliga till förändring? Sker all förändring i små inkrementella steg, genom revisioner istället för revolutioner? ÄldreLotsen är i så fall ett utmärkt exempel.

Slutsatsen av studien är således att ÄldreLotsen är en lösning av en mindre del av det utbredda problemet med samordning orsakat av oförenliga arbetsfördelningsprinciper i vården och omsorgen om de äldre. ÄldreLotsen har dock fått uppmärksamhet och

satsningen har varit relativt omfattande med tanke på de många samarbetsparterna. Lösningen följer en logik som liknar förstoringsglasets: en liten del av problemet uppmärksammas och behandlas noga medan resten faller utanför och riskerar att bli en otydlig massa som negligeras. Förhoppningsvis riktas andra förstoringsglas mot andra delar av problemet men frågan kvarstår om en mer revolutionerande granskning och förändring av ”helheten” någonsin kommer att göras. Flera forskare som citerats i studien är skeptiska till denna möjlighet (t.ex. Kodner 2006; Leutz 1999). Ändå menar Leutz (1999) att arbetet med systemets övriga delar aldrig får glömmas bort eller nedprioriteras på grund av de integrerade lösningarna. I så fall bidrar dessa till att vissa personer fortsätter att hamna ”utanför”.

Studiens bidrag

Studien av ÄldreLotsen representerar ett unikt fall som har undersökts empiriskt genom detaljrika och ”tjocka” beskrivningar av händelseförlopp och framförallt målgruppens upplevelser. Fallbeskrivningen skapar på detta sätt ett empiriskt grundat bidrag till kunskapen om en samtida samordningsverksamhet inom vården och omsorgen för äldre personer. Samtidigt innehåller studien ett analytiskt och teoretiskt bidrag tack vare användandet av de utvalda teoretiska modellerna och begreppen. Bidraget handlar om arbetsfördelningen och samordningen och utvecklingen av en begreppsapparat som hämtades dels från organisationsforskning med ett contingency-teoretiskt perspektiv och från modeller som utvecklats nära praktiken inom området som studerades, här kallad integrerad vård. Denna uppsats har fört samman de bägge diskurserna, som delvis har visats överlappa varandra.

En viktig slutsats och ett bidrag av studien är att modellerna hämtade från diskursen om integrerad vård utvecklar nya taxonomier och begrepp för att beskriva det som organisationsforskare tidigare samlat under begreppet ”samordning”. Inom integrerad vård används istället begreppet ”integrering” som huvudrubrik. I denna uppsats har organisationsforskningens begrepp använts för att komplettera beskrivningarna som finns av integrering. Med de organisationsteoretiska begreppen har mekanismerna som används kunnat specificeras i högre utsträckning. Framförallt visade sig det handla om återinförandet av kopplingen till den vertikala samordningen och en medvetenhet om

hierarkiernas betydelse. Insikten att arbetsfördelningar påverkar människors intressen och hur dessa utvecklas, som en del av det som kallas för ”specialisering” även är väsentlig att ta med i beräkningen.

När teknologierna för vård och omsorg utvecklas påverkas även arbetsfördelningen. För att kunskapen och förståelsen skall vara aktuell behövs samtidigt uppdaterade begreppsapparater med räckvidd och skärpa som matchar dessa förändringar. Modellerna som använts i uppsatsen leder lätt till en semantisk diskussion om kategoriseringen av olika former av samordning. Den mix som ÄldreLotsen representerar visar att kategorierna kan blandas i en och samma verksamhet. Begreppen beskriver samordningens karaktär men de är mest användbara om de samtidigt leder till en ökad förståelse för de komplexa konsekvenser som användningen av mekanismerna leder till. Studier av dessa konsekvenser kan bidra till utvecklingen av modellerna. Denna studie har tagit ett steg i denna riktning.

Flera författare inom integrerad vård har påpekat att det numera finns erfarenheter som kan ha praktiska implikationer för framtidens organisering. Utvecklingen hitintills har beskrivits som tämligen experimentell. Samtidigt kan just experimenterandet, som i fallet ÄldreLotsen, leda till viktiga *nya* kunskaper. Dessa kan upptäckas när fallen studeras och analyseras. Erfarenheterna som finns används inte alltid. Därför är det värdefullt att de fortsätter att kommuniceras på ett sätt som intresserar praktikens företrädare. Användandet av praktikens egen diskurs och andra begreppsapparater som ansluter till denna innebär förhoppningsvis att denna uppsats kan bidra till att underlätta sådan kommunikation.

Makt och gränser - förslag till fortsatt forskning

Denna studie av ÄldreLotsens principer för arbetsfördelning och samordning illustrerade betydelsen av kopplingarna mellan de horisontella och vertikala strukturerna inom och mellan organisationer. Forskning och teorier om makt och dess mekanismer har utvecklats i flera egna spår, separerat från contingency-teorin. Exempelvis handlar dessa om kunskap och intresse som en form av makt samt dess koppling till objekt som skapas gemensamt i asymmetriska relationer. Dessa aspekter

av makt har troligen även betydelse för arbetsfördelning och samordning. Nya typer av frågor väcks vid användandet av maktforskningens perspektiv, som inte nyttjades i denna studie. Maktanalyser verkar sällsynta inom forskningen om integrerad vård. Sådana skulle dock troligen kunna visa sig ha betydelse för praktikens arbete och den teoretiska tolkningen av denna.

Ett sätt att diskutera det ibland tabubelagda begreppet ”makt” är att istället utgå från idén om ”gränser”. Här finns lovande exempel som inte verkar ha applicerats i någon större utsträckning inom sjukvården och omsorgen (jmf Hernes 2004; Löfström 2001). Diskursen kring integrerad vård handlar implicit om överskridandet och konstruktionen av diverse gränser. Att tydliggöra dessa gränsers karaktär, processerna för hur de skapas samt deras konsekvenser kan troligen generera nya givande forskningsfrågor.

Referenser

- Aftonbladet (2004). Nuder kallade 40-talister för ”köttberg”. Karin Fyrlund, 12:e februari.
- Alvesson, M. och Deetz, S. (1996). Critical Theory and Postmodernism Approaches to Organizational Studies i Clegg, S. & Hardy, C. [red.] *Studying Organization: Theory and Method (Handbook of Organization Studies, Vol. 1)*. Sage Publications.
- Alvesson, M. (2006). *Tomhetens Triumf: Om grandiositet, illusionsnummer & nollsummespel*. Stockholm: Atlas i samarbete med Liber.
- Anell, A. (2005). *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Arman, R. (2005). *Aktivitet och självständighet. Ett studiematerial om vardagsrehabilitering*. Göteborg: FoU i Väst, Göteborgsregionens kommunalförbund.
- Axelsson, R. och Bihari Axelsson S. (2006). Integration och collaboration in public health – a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21 (1) s. 75.
- Axelsson, R. och Bihari Axelsson, S. (red.) (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, E. (1994). *Det ojämlika mötet. En studie av samverkan i hemvården mellan kommunens hemtjänst och landstingets primärvård*. Tekniska högskolan i Luleå, 148 D.
- Berger, P.L. och Luckmann, T. (1998). [Andra upplagan] *Kunskapssociologi : hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Stockholm: Wahlström och Widstrand.
- Björkemarken, M. (1995). *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering – en fråga om perspektiv och förklaring*. Göteborg: Sociologiska institutionen.
- Borgert, L. (1992). *Organiserandet som mode. Perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: N & S Förlag.
- Cacciatori, E. och Jacobides, M. G. (2007) The Dynamic Limits of Specialization: Vertical Integration Reconsidered. *Organization Studies*, 26(12) s. 1851-1883.
- Danermark, B. (2004). *Samverkan - en fråga om makt*. Örebro: Läromedia.
- Donaldson, L. (2001). *The Contingency Theory of Organizations*. London: Sage, Foundations for Organizational Science.
- Ellström, E., Ekholm, B., och Ellström, P.-E. (2003). *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making Social Science Matter*. Cambridge University Press.
- Foote, C. och Stanners, C. (2002). *Integrating Care for Older People. New Care for Old – A Systems Approach*. London och Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Galbraith, J. R. (1977). *Organization design*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Gaunt, D. *Ivar Lo och striden mot ålderdomshemmen 1949*, Ivar-Lo Sällskapet. Hämtad 2006-11-26 via: <http://goto.glocalnet.net/ivarlo/artikel3.htm> .
- Gurner, U. och Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Gustafsson, G. (1999). *En omsorgstriad. Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, skriftserien 1999:2.
- Gustafsson, R. Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Solna: Esselte Studium.
- Gustavsson, A. (2004) På spaning efter det levda medborgarskapet i Tøssebro *Integrering och inkludering* (red.). Lund: Studentlitteratur
- Göteborgs Stad (2006). Göteborgsbladet. Befolkningsstatistik, juniversionen. Göteborgs stadskansli. Hämtad 2006-12-27 via: www.goteborg.se
- Göteborgs Stad (2001). *Göteborgs Stads äldrevård och omsorgsplan 2002-2010*.
- Göteborgsposten (2007). *Fler än någonsin klagar på vården*. Nyheter, 31 januari s. 4.
- Henriksen, E. (2003). *Understanding in Health Care Organizations – a Prerequisite for Development*. Uppsala: Medicinska fakultetets avhandlingar 1214.
- Hernes, T. (2003). Enabling and Constraining Properties of Organizational Boundaries i Paulsen, N. och Hernes, T. (red.). *Managing Boundaries in Organizations. Multiple Perspectives*. USA, New York: Palgrave Macmillan.
- Hirdman, Y. (2000). *Att lägga livet till rätta*. Stockholm: Carlssons förlag.
- Howarth, M. L. och Haigh, C.(2007). The myth of patient centrality in integrated care: the case of back pain services. *International Journal of Integrated Care*, 7, juli.
- Huxham, C. (2000). The challenge of collaborative governance. *Public Management*, 2(3) s. 337-357.
- Jackson, N. och Carter, P. (2000). *Rethinking organisational behaviour*. U.K.: Prentice Hall.
- Johansson, S. (2001). *Den sociala omsorgens akademisering*. Stockholm: Liber.
- Johansson, S., Löfström, M. och Ohlsson, Ö. (2007). Separation or integration? A dilemma when organizing development projects. *International Journal of Project Management*, 25(5) s. 457-464.
- Karlsson, H., Henriksen, E. och Selander, G. (2003). *Utvärdering av Söderhöjdens Äldrecentrum. En försöksverksamhet med förbättrad service till äldre i personer i kommundelen Söderhöjden i Järfälla*. Äldreforskning Nordväst.
- Kodner (2006). Whole-system approaches to health and social care. *Health and Social Care in the Community*, 14(5) s. 384-390.
- Kodner, D. L. och Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, oktober-december.
- Kodner, D. L. och Spreuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, november.
- Lawrence, P. och Lorsch, J. (1967). *Organisation and Environment. Managing Differentiation and Integration*. Boston: Harvard Business School Press.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4 July-September.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1) s. 77-110.

- Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft: om organisering mellan organisationer*. Göteborg: BAS förlag.
- Lynn, J., Straube, B., Bell, K. M., Jencks, S. F., och Kambic, R. (2007). Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The "bridges to Health" Model. *The Milbank Quarterly*, 85(2) s. 185-208.
- Löfström, M. (2001). Samverkan mellan offentliga organisationer – att konstruera gränser. *Kommunal ekonomi och politik*, 5(2) s. 69-90. Kommunforskning i Västsverige.
- Michaeli, I. (2006). *Närsjukvård – att tänka utan gränser och att forma nya. En studie av tre projekt i Skåne*. Lund: FoU Skåne Skriftserie 2006:1.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- Moscovice, I., Wellever, A., Christainson, J., Casey, M., Yawn, B., och Hartley, D. (1997). Understanding Integrated Rural Health Networks. *The Milbank Quarterly*, 75(4) s. 563-588.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in Community*, 14(5) s. 391-399.
- Nordström, M. (2000). *Hemtjänsten. Organisering, myndighetsutövning, möten och arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Ohlsson, Ö. och Rombach, B. (2006). *Metaforernas tyranni – en avslöjande bok för chefer, medarbetare och oss andra*. Stockholm: Svenska förlaget.
- Oldshammer, B. (2006). Pensionärer som surfar på nätet. *Dalademokraten*, 26 januari.
- van Raak, A., Mur-Veeman, I., och Paulus, A. (1999). Understanding the feasibility of integrated care: a rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 235-248.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. och McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 5, januari.
- Rom, M. (2006). *Närvård i Sverige – 2005*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.
- SBU (2003). Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: *SBU-rapport nr 163*.
- Silverman, D. (2001). [Andra upplagan] *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.
- Socialstyrelsen (2003). *Kartläggning av närsjukvård - en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Socialstyrelsen (2002). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport*.
- Socialstyrelsen (2001). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Lägesrapport år 2001*.
- Springett, J., Blomqvist, K., Nilsson, M., Höglund, B., och Sätersten Haraldsson, S. (2006). *Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie*. Kristianstad: Forskningsplattformen för utveckling av närsjukvård.
- Stens, A-M, Henriksen, E. och Karlsson, H. (2003). *Lägesbeskrivning av de lokala EPICS-projekten, Söderhöjdens Äldrecentrum och Äldreupplysningen*. Rapport vid Äldreforskning NordVäst.

- Svedberg Nilsson, K. (2000). Marknadens decennium – gränsomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet, i *Statens offentliga utredningar, 2000:38*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006). *Tänk nytt – gör nytt!* Dokumentation ifrån en konferens om närvård, hösten 2006.
- Sveriges Kommer och Landsting (2002). *Samsynt och framsynt. Framgångsfaktorer för samverkan*. Programberedningen för vård och omsorg 2000-2002.
- Szebehely, M. (2000). Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer, i *Statens offentliga utredningar, 2000:38*.
- Thompson, J.D. (1967). *Hur organisationer fungerar*. Stockholm: Prisma i samarbete med Svenska civilekonomföreningen.
- Thorslund, M. och Larsson, K. (2002). *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum.
- Trydegård, G.-B. (2007). Den svenska äldreomsorgen – välfärd eller ofärd? *Socionomen*, 4.
- Trägårdh, B. och Lindberg, K. (2002). Vårdkedjor – processorganisering i vården. I [red.] Ekman Philips, M. *Dialog över etablerade gränser. Om organisationsutveckling i sjukvården*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsliv i omvandling 2002:9.
- Tullberg, M. (2006). *Med ljuset på. Ledare och leda i äldreomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Ullaeus, C.G., Wallén, T., Hermansson-Jellbin, E., Angervall, L. & Johansson, I. (2005). *ÄldreLotsen – för ökad trygghet*. [Uppsats i Kvalitetsmässans uppsatstävling för ”Götapriset”]. Göteborg: ÄldreLotsen.
- Westlund, P. och Sjöberg, A. (2005). *Antonovskij inte Maslow för en salutogen omsorg och vård*. Solna: Fortbildningsförlaget.
- Wikström, E. (2005). Inflytandets paradoxer – möjligheter och hinder för självbestämmande i hemtjänsten. Växsjö: Växsjö universitet, Samhällsvetenskapliga institutionen.
- Åhgren, B. och Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated healthcare development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, februari (22) s. 145-157.
- ÄldreLotsen (2003). *Projektbeskrivning av ÄldreLotsen, Göteborg*. Uppdragsbeskrivning för Västsam.
- ÄldreLotsen (2007). ÄldreLotsens hemsida: www.aldrelotsen-goteborg.se

Bilaga: Ytterligare resultat från enkäterna till målgruppen

Här redovisas ytterligare information från de båda enkäter som skickades ut till ett urval ur ÄldreLotsens målgrupp.

Tabell 15. Påståenden om trygghet (enkät 2005). 151 svarande.

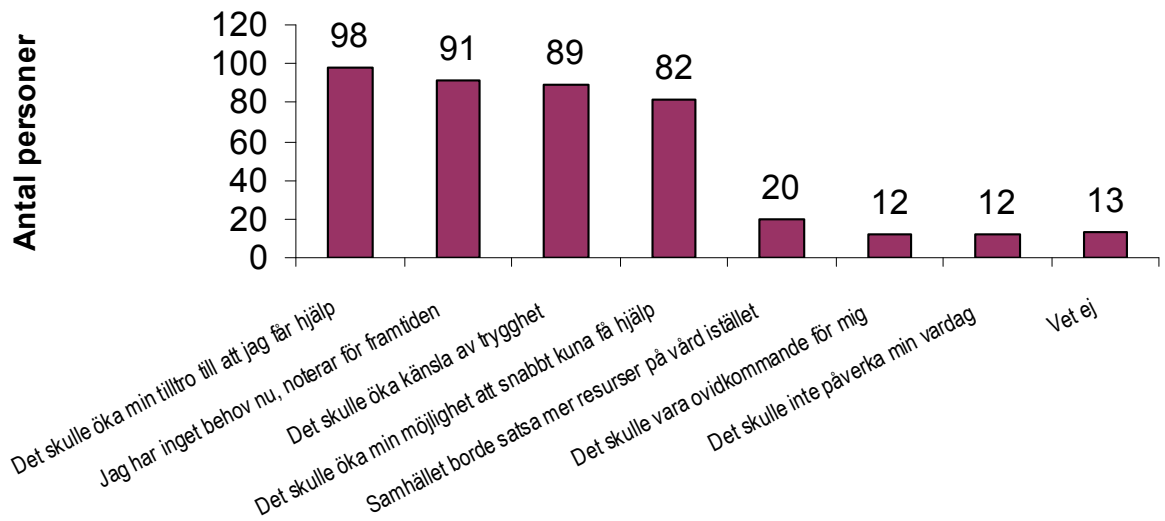
Påståenden om Trygghet	Stämmer inte alls	Inte särskilt mycket	Ganska mycket	Stämmer helt	Ej svarat (antal)
1. Jag har daglig kontakt med någon som bryr sig	4 %	12 %	24 %	60 %	4
2. Jag har någon att prata med	3 %	16 %	22 %	60 %	4
3. Jag vet vart jag ska vända mig för att få den vård eller omsorg jag behöver	9 %	9 %	23 %	59 %	6
4. Jag har nära till butik, transporter och service	10 %	15 %	18 %	56 %	5
5. Jag har det sociala nätverk jag behöver (anhöriga/vänner)	3 %	11 %	33 %	54 %	7
6. Jag är sällan rädd för hot och våld	6 %	25 %	19 %	50 %	5
7. Jag klarar mig själv i min vardag (kan handla, städa, promenera m.m.)	13 %	9 %	23 %	55 %	2
8. Jag har bra grannar	8 %	23 %	21 %	48 %	15
9. Jag har tillgång till snabb vård (vårdcentral, ”akuten”)	5 %	19 %	30 %	46 %	15
10. Jag kan få god vård med kvalitet	4 %	13 %	37 %	46 %	17
11. Jag är sällan rädd för olyckor (t ex att falla eller trafikolyckor)	10 %	27 %	27 %	36 %	5
12. Jag har möjlighet att få hjälp från hemtjänsten ²⁰	40 %	11 %	16 %	30 %	48

²⁰ Av dem som hade svarat att det inte stämmer alls eller inte stämde särskilt mycket var det bara tre personer som hade hemtjänst. Frågan har alltså besvarats huvudsakligen av personer som inte hade tillgång till hemtjänst.

Följande fråga ställdes i enkäten som skickades ut 2005 för att ta reda på om personerna visste vart de skulle vända sig i några olika situationer.

Vart skulle du vända dig i följande situationer (flera svarsalternativ var möjliga):

<u>Vid en långsam försämring av hälsan:</u>	
Anhöriga el. vänner hjälper:	52 %
Vårdcentral (husläkare):	46 %
Privatläkare:	29 %
”Tar mig till akutmottagningen”:	27 %
<u>Vid akut sjukdom:</u>	
Tar sig till akuten:	66 %
Anhöriga el. vänner hjälper:	49 %
Använder Trygghetslarmet:	24 %
<u>Vid behov av hemtjänst:</u>	
”Ringer hemtjänsten”:	40 %
Hjälp av vänner/anhöriga:	32 %
Kontakta BB/enhetschef:	15 %
<u>Vid behov av plats på boende:</u>	
Hjälp av vänner/anhöriga:	42 %
Ringa ÄldreLotsen:	35 %
Kontakta BB/enhetschef:	24 %



Figur 16. Potentiella användares behov av en verksamhet som ÄldreLotsen. (Enkät 2006).

Frågan löd: Om du visste att det fanns ett telenummer för personer i din ålder dit du kunde ringa dygnet runt med frågor om vad som helst: vad skulle du tycka om det? Personerna kunde lämna flera svar på frågan. 214 personer svarade.