

Med våra mått mätt

- värde tyngdsmätningar i Gävleborgs kommuner



Per Lundkvist

Handledare: Karin Tillberg Mattsson

Förord

Vilka olika instrument för vårdtyngdsmätningar använder kommunerna i Gävleborgs län? Vilka erfarenheter har man av instrumenten och i vilka syften används de? Skulle man kunna hitta något enhetligt mätsystem som möjliggör jämförelser över kommungränserna? Dessa är några av de frågor som väckts av X-Fokus ledningsgrupp samt länets socialchefer och som resulterat i föreliggande rapport.

Kartläggningen av vilka vårdtyngdsinstrument som används i länet har genomförts i form av intervjuer på plats i samtliga kommuner. Med utgångspunkt i resultaten av kartläggningen och litteraturstudier förs också en diskussion i rapporten om relationen mellan mått på vårdtyngd, funktion och kvalitet.

Per Lundkvist har på X-Fokus uppdrag genomfört kartläggningen, bearbetat materialet samt skrivit rapporten.

Karin Tillberg Mattsson
Forskningsledare, X-Fokus

Innehållsförteckning

Bakgrund	4
Syfte och metod	5
Resultat	5
1. Huvudresultat	5
2. Kort presentation av instrumenten	6
Hofors: Egentillverkat Hudiksvall, Nordanstig: Komrevs instrument Ljusdal: Reflector Ockelbo: Resursfördelningssystem Ovanåker: Äsim (Äldresimulering) Söderhamn: Egentillverkat samt Katz ADL och Bergerskalan	
3. Hur frekvent instrumenten används	7
4. Vad används mätvärdena till?	8
5. Praktiska frågor kring användandet av instrumenten	9
6. Får man fram de uppgifter som behövs?	9
7. Erfarenheter av RAI-instrumentet	9
8. Viktigast vid mätning av vårdbehov	9
9. Implementering av enhetligt mätsystem?	10
Diskussion	11
Litteraturlista	14
Bilaga 1: Frågemall	

Bakgrund

Förslaget, att X-Fokus skulle inventera vilka instrument som används för att mäta vårdtyngd i de tio kommunerna i Gävleborgs län, kom ursprungligen från Bollnäs. X-Fokus ledningsgrupp, liksom deltagarna i ett möte för länets socialchefer i december 2006, ställde sig positiva till förslaget.

Motiv till att mäta vårdtyngd finns dels från kommunernas sida, dels från Socialstyrelsen. Den senare är med sitt övergripande ansvar inriktad på att kunna göra jämförelser av äldreomsorgens kvalitet mellan kommuner och landsting i landet. Dessa jämförelser har bland annat motiverats av en ny EU-metod att mäta produktivitet inom offentlig verksamhet. Socialstyrelsen utvecklar dessutom ett nationellt system för öppna jämförelser där användandet av kvalitetsindikatorer ingår, liksom metoder för att kartlägga brukarnas behov. (Förutsättningar för öppna jämförelser, Socialstyrelsen 2007).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har publicerat en rapport ”Öppna jämförelser 2007” där befintligt datamaterial rörande äldreomsorg jämförts mellan kommunerna i riket. Fallskador, oplanerade besök och inläggningar på sjukhus samt olämplig läkemedelsanvändning har jämförts. Även bostadsstandard i särskilt boende, personalens utbildning, personalomsättningen och kostnader för äldreomsorg jämförs i rapporten. Två kommuner i länet, Sandviken och Bollnäs, är med bland de 28 kommuner som har sammantaget bästa resultat.

I skriften ”Förutsättningar för öppna jämförelser” (Socialstyrelsen 2007) definieras vårdtyngd som ett mått på brukarens behov, vilket kan uttryckas i tid och översättas till personalbehov. I en rapport från Blekinge FoU-enhet är definitionen annorlunda: ”Vårdbehovet är patientens och vårdtyngden vårdarens”, och vidare: ”vårdbehov och vårdtyngd är två sidor av samma sak”. (Andersson I, m fl, 1999). I båda sammanhangen blir begreppen (vårdtyngd och vårdbehov) utbytbara mot varandra i och med att de mynnar ut i *en* tidsangivelse.

I äldrevården finns tre tydliga intressenter. Först naturligtvis brukaren (pensionären, boenden, biståndsmottagaren, patienten m fl beteckningar som används) vars svaghet är att han eller hon inte är organiserad, vilket de andra båda intressenterna, personal och huvudman är. Brukarna kan därför behöva stöd för sin sak och frekvent gjorda kvalitetsmätningar med relevanta och känsliga indikatorer är viktiga för brukarna. Ur brukarens synvinkel är jämförelser bra då man därigenom kan få reda på om bättre kvalitet finns och är möjlig att få.

I skriften ”Förutsättningar för öppna jämförelser” redovisas Socialstyrelsens inventering av kommunernas vårdtyngdsmätningar. Där framgår att sex av tio kommuner i landet gjorde årliga mätningar av vårdtyngd bland brukarna. Det vanligaste instrumentet är ett egenutvecklat sådant, följt av Komrevs, Katz ADL och Bergerskalan.

Det finns dock en del komplikationer i samband med vårdtyngdsmätningar. I Socialstyrelsens skrift från 2002, ”Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg” konstaterar författarna i förordet: ”Om läsaren får intryck av att det hela är komplicerat

och att det finns en djungel av instrument att försöka orientera rätt i, då har vi lyckats med vårt syfte” (a a sid 8). Författarna menar att val av mätinstrument kan vara kontroversiellt då utförare och forskare lagt sig till med favoriter. Olika instrument passar dessutom olika syften och om det bakomliggande syftet är oklart blir valet av instrument mycket svårare.

I en forskningscirkel i Jönköping, (Luppens kunskapscentrum, 2001), konstateras att ”efter .. sökande efter olika instrument för omvårdnads-mätning blev slutsatsen att det perfekta instrumentet för omvårdnads-mätning inte finns” (a a sid 4).

Kartläggningen i denna rapport startar alltså utan att någon allmänt accepterad definition finns på vad som är ett instrument för mätning av vårdtyngd. Eftersom det avspeglar verkligheten skulle, ute i kommunerna, den bristen kunna vara en god utgångspunkt för en grundligare analys av vad man vill ha och samtidigt skapa en öppenhet för de brister som alla instrument har.

Syfte och metod

Syftet med denna inventering är att få veta *om* och i så fall *hur* länets kommuner använder instrument för vårdtyngdsmätningar inom äldreomsorgen. Vilka instrument används idag och vilka har man tidigare erfarenhet av? I vilka syften används instrumenten? Finns behov och intresse av att försöka tillämpa ett enhetligt mätsystem i länet för att kunna göra jämförelser kommunerna emellan?

En frågemall upprättades (se bilaga 1). Den var underlaget för de intervjuer som gjordes på plats i var och en av de tio kommunerna i Gävleborgs län. De intervjuade hade utsetts av socialchefen eller dennes närmast underordnade på grund av att de ansågs vara insatta i frågan om mätinstrument för vårdtyngd/vårdbehov. Intervjuerna genomfördes av rapportförfattaren under maj-juli 2007. Dessutom har författaren samtalat på telefon med representanter från SKAF och med Tomas Junkka, konsult som ligger bakom Komrevs instrument.

Resultat

1. Huvudresultat

I Tabell 1 visas de tio kommunernas rapporterade användning av instrument för vårdtyngdsmätning (ingen har uttryckligen använt begreppet vårdbehov) samt inom vilka delar av äldreomsorgen de används. En intressant notering vid intervjuerna i kommunerna var att inget samarbete eller erfarenhetsöverföring tycks ha förekommit mellan de tio kommunerna. Var och en synes ha arbetat på egen hand, ibland med stöd av konsulter, som däremot haft gott om erfarenheter från andra kommuner. Hofors har fått sitt instrument via ett kommunnätverk i Bergslagen. Ockelbo har fått det via personal som arbetat i den kommun instrumentet kommer ifrån.

Biståndshandläggarens beviljade åtgärder och timmar har nämnts som ett sätt att mäta vårdtyngd av kommuner som inte har ett speciellt instrument som är avsett att användas vid vårdtyngdsmätning.

Tabell1. Förekomsten av instrument för vårdtyngdsmätning i kommunerna i Gävleborg.

Kommun	Instrument	Mätområde
Bollnäs	Nej	
Gävle	Nej	
Hofors	Ja. Egentillverkad vårdtyngdstrappa	Särskilda boenden
Hudiksvall	Ja. Komrev	Särskilda boenden
Ljusdal ¹	Nej	
Nordanstig	Ja. Komrev	Hemtjänst och Särskilda boenden
Ockelbo	Ja. Lånat instrument från annan kommun ----- Eget instrument	Hemtjänst Särskilda boenden
Ovanåker	Ja. Äsim	Hemtjänst
Sandviken	Nej	
Söderhamn	Ja. Egentillverkat +Katz+Berger	Särskilda boenden

¹ Har använt Reflector på 1 äldreboende.

Liksom i Socialstyrelsens rapport (Förutsättningar för öppna jämförelser) för hela riket har i Gävleborgs län 6 av 10 kommuner nyligen använt instrument för vårdtyngdsmätning. En annan likhet är att Komrevs metod är vanligast bland de namngivna.

De fyra kommuner som inte har något instrument för mätning av vårdtyngd söker ett sådant men hade inte funnit något som motsvarar de krav man har. Kvalitetsmätning-instrument och instrument som mäter funktion används dock.

2. Kort presentation av instrumenten

Hofors: Egentillverkat

Grunden är en omfattande kartläggning av kvalitet (t ex förekomst av sår, fall, infektioner, och nattfastans längd), säkerhet (avvikelse rapportering, lex Sara, personalens ansvar och utbildning mm) och vårdtyngd (sex vårdtyngdsnivåer från ”enbart tillsyn” till ”hjälp med allt” och faktorer som ingår är användning av lyft, antal demenssjuka, antal i behov av hygienhjälp på olika nivåer och inkontinenta). Vårdtyngdstrappan poängsätts från 1 till 6 och vårdtyngden relateras till gruppboendet och beskrivs per anställd.

Hudiksvall och Nordanstig: Komrevs instrument

Utarbetat av Tomas Junkka från Gällivare. Komrev ingår nu i Öhrlings som administrerar konsultarbetet kring instrumenten.

Brukaren placeras i en av fem vårdtyngdsnivåer, som är poängsatta från 1 till 10.

Nivåerna utgör en trappa som blandar ADL som helhet med olika angivna delar i ADL kombinerat med behov av psykologiskt stöd. Serviceinsatser, så som handling och

städning ingår inte. En summering av poängen för alla brukare på arbetsstället görs, och relateras till dels årsarbetsbudget (vilket ger vårdtyngd per anställd), dels en riktkvot (vilken modifierar vårdtyngd/anställd) som Tomas Junkka eller annan bestämt. På så sätt anpassas personaltätheten till vårdtyngden.

Ljusdal: Reflector (testat på ett boende)

Lanserad som en intuitiv metod. Varje medarbetare gör sin egen skattning av varje brukares insatsbehov inom sex områden (sjukvård, beteende, ADL, socialt liv och serviceinsatser). Poängsättningen går från -5 poäng (inget insatsbehov) till + 10 poäng (max insatsbehov). 0 innebär genomsnittligt insatsbehov. Ett medelvärde räknas ut för en enskild brukare eller för en större enhet.

Ockelbo: Resursfördelningssystem

Är inriktat på hemtjänst och mäter poäng i en 7 klasser hög trappa från 1 poäng till 16 poäng. Service och omsorgsinsatser ingår i växande grad för varje trappsteg. Liksom i Komrevs modell (som den har gemensam grund med) relateras gruppoängen till antalet årsarbetare och till en kvot som här heter effektivitetstal och som beslutas av socialnämnden.

Ovanåker: Äsim (Äldresimulering)

Ett instrument utvecklat för vårdtyngdsmätning. I Ovanåker har man sökt via internet och funnit det hos Socialstyrelsen. Instrumentet är testat beträffande validitet och reliabilitet. Brukarens vårdberoende mäts enligt fem faktorer: funktionsnedsättning, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet och dement beteende. Poängen därifrån placerar brukaren i en av fyra vårdberoendeklasser, dvs ett mått på vårdtyngd. Denna relateras till den schablon i tid som individens biståndsbeslut översatts till. Man kan då se om de med störst vårdbehov får de flesta timmarna.

Söderhamn: Egentillverkat samt Katz ADL och Bergerskalan.

Den egentillverkade delen är en relativt omfattande tidsstudie av insatserna i omsorgen indelat i direkt och indirekt vårdtid. Dessutom bedöms fysisk förmåga, medicinska insatser, rehabinsatser och psykisk förmåga. Katz ADL-index består av sex områden som poängsätts i en tregradig skala. Bergerskalan speglar de behov som skapas av demenssymtom, observationen måste ske under längre tid.

3. Hur frekvent instrumenten används

Hofors: Rapportering sker varje kvartal i samband med verksamhetsuppföljning till nämnden.

Hudiksvall: Instrumentet är nytt i kommunen, det har använts en gång hittills. Tanken är att det ska användas minst en gång per kvartal framåt.

Nordanstig: Mätning görs i början av varje månad.

Ockelbo: I hemtjänsten görs mätning 2 ggr per år eller när det blir mycket extrapersonal.

Ovanåker: Initialt gjordes mätning 2004 och därefter löpande vid ändring, dvs nya insatser.

Söderhamn: Det är ett nytt instrument, där man ännu inte vet inte hur det ska användas.

Större erfarenhet av instrumenten och växande insikt om vad måtten kan användas till skulle kunna möjliggöra reflektion kring sambandet mellan instrumentets ”smidighet” respektive ”klumpighet”. Med större smidighet menas här att mätförfarandet inte är så omfattande, därigenom ges möjlighet till tätare mätning. Med hänsyn till den omsättning på brukare som är och den förändring i funktionsförmåga som kontinuerligt sker kanske mätningen i allmänhet bör ske oftare.

4. Vad används mätvärdena till?

Hofors:

Kvartalsrapporten är ett levande dokument där förutom vårdtyngdsmätningen olika kvalitetsindikatorer ingår. Kvalitetsmätningarna kan avse sår, kateteranvändning, urinvägsinfektioner, hur många som läggs in på sjukhus. Man kan föreslå läkemedelsrevideringar. Rapporten används även för planering av **personalbemanningen**. Enhetscheferna tar med utgångspunkt från kvartalsrapporten upp **diskussion** på personalmöten. Där är även paramedicinsk personal med och ger synpunkter på rapporten.

Hudiksvall:

Mätningen kan användas i **budgetarbetet**. Genom att den kan ge argument för att flytta om folk så att man kan hjälpa varandra skapas större flexibilitet. Hur det blir med **feedback** och lärande beror på hur enhetschefen sätter sig in och förstår problematiken.

Nordanstig:

Antalet **årsarbetare** kan budgeteras. Mätningen visar den tyngd som varje enhet har. I mätprotokollet finns en ruta för kommentarer, där ej mätta faktorer kan noteras, t ex psykiska faktorer som att någon ringer mycket.

Ockelbo:

Mätvärdena används till att planera vårdinsatserna och till en plan för **personalbemannning**, vilken redovisas för socialnämnden. Mätvärdena används i en **dialog** med personalen. Det räcker inte med att säga ”det är tungt”, man kan bidra till förbättring genom att själv ”hitta tid”.

Ovanåker:

Mätvärdena som framräknats via Äsim ger ett mått på vårdtyngd och relateras till den schablon i tid som brukarens biståndsbeslut översatts till. Utifrån dessa mätvärden ser man om de med störst vårdbehov får de flesta timmarna och man kan även planera **personalbemanningen**. Jämställdheten har studerats genom könsvisa jämförelser och man fann då att männen fick mer hjälp i förhållande till funktionsnedsättning. I framtiden kommer andra korrelationer att studeras t ex tätort - glesbygd.

Söderhamn:

Mätningarna är till hjälp vid **vårdplaneringen**. Har man tillräckliga resurser i förhållande till vad som är beviljat? Nya sätt att arbeta utvecklas. Stor tidsåtgång visades vid stående i matkö, då byttes till matvagn i stället. Man **provar och byter** arbetsplats.

5. Praktiska frågor kring användandet av instrumenten.

Alla kommuner, utom Söderhamn, anger att instrumentet är **lätt att fylla i**. Söderhamn säger att det är krångligt i början, men man lär sig.

Något svävande är svaren på frågan **hur lång tid** det tar att fylla i instrumenten. Från att man poängsätter 40 boenden på en timme till uppskattningen att det tar några timmar för 30 boenden. Det kan nämnas att i RAI (se nedan) tog mätning av en enda person mer än en timme.

Vem fyller då i instrumenten? Enhetschefen är alltid med, dessutom personalrepresentant och på något ställe paramedicinare och brukarens kontaktperson. I Reflector är avsikten att var och en i personalen gör en vårdtyngdsvärdering.

6. Får man fram de uppgifter som behövs?

Hofors: De viktigaste uppgifterna fås fram, men framför allt: Man följer upp resultatet – det är ett levande dokument. Kvalitetsmätning kompletterar alltså mättrappan.

Hudiksvall: Ekonomi, lokal, personal och extra personal får man koll på. Kvaliteten kommer att undersökas i enkät till brukare/anhörig och personal.

Nordanstig: Demens är inte med i den ursprungliga mätningen av vårdtyngdsnivå, men frågor kring demens är tillfört instrumentet nu.

Ockelbo: Hemtjänsten ändrar sig snabbt.

Ovanåker: Ja.

Söderhamn: Man får inte med speciella tider som högtider då det ska pyntas, eller trädgårdsarbete eller gångtid/förflyttning i tidsstudien.

7. Erfarenheter av RAI-instrumentet

I X-Fokus rapport (Mamhidir A-G, 2003) om RAI-bedömningar (Resident Assessment Instrument), står följande i förordet: ”Rapporten bör därför kunna bidra både till bättre omsorgsinsatser för våra gamla och till goda arbetsförhållanden för personalen.”

Intervjupersonerna i denna kartläggning är eniga: Inget finns kvar av RAI. Två citat: ”RAI tog musten ur personalen”; ”Ett jättearbete lades ner”. I en kommun där en läkare var med i projektet har man haft glädje av föreläsningar som han haft för personalen.

8. Viktigast vid mätning av vårdbehov

Alla ansåg att medicinska, psykologiska och sociala frågor var lika viktiga.

9. Implementering av enhetligt mätsystem?

Det finns ett stort intresse att diskutera frågor kring mätinstrument, men tveksamhet till att ha ett gemensamt instrument, annat än det man själv valt. Två av kommunerna har bara gjort en enda mätning hittills med sitt instrument, varför man kan anta att dessa kommuner tycker sig ha mycket utforskat med sitt instrument.

Diskussion

Det viktigaste syftet med vårdtyngdsmätningar i Gävleborgs län är att ha underlag för personalbemanningen. Instrumenten som används ger dock inga objektiva mått på hur tungt arbetet är och därför behövs någon sorts dialog eller förhandling för att komma fram till en vårdtyngd som är acceptabel för båda parter, dvs både vårdpersonal och arbetsgivare.

I en kommun (Bollnäs) hade man tidigare installerat Junkkas modell (Komrev) men Kommunal (SKAF) ansåg att instrumentet gick arbetsgivarens ärenden. Instrumentet används inte idag.

Ju trubbigare och därigenom otydligare ett instrument är desto mer krävs av resonemang och feedback för att tolka resultatet. Å andra sidan: Om ett instrument är spetsigt ökar visserligen tydligheten men för att täcka in en stor del av verkligheten bakom vårdtyngden krävs många mätningar av olika företeelser.

Det är alltså personalens situation som står i fokus i detta sammanhang då det gäller vårdtyngdsmätningar. Några kommuner har på grund av det velat mäta kvaliteten ur **brukarens** synpunkt. Kvalitetsindikatorer är viktiga att mäta för att ha kontroll över omvårdnadens nivå. I rapporten "Förutsättningar för öppna jämförelser" framgår att det finns olika värderingar av vilka kvalitetsaspekter som är viktiga. Det finns också olika sätt att mäta en kvalitetsaspekt. För jämförbarhetens skull finns alltså ett behov av att kommunerna samordnar sitt mätande.

Vad är nyttan med att använda funktionsmått?

De flesta brukare inom äldreomsorgen befinner sig i en situation där livsfunktioner avtar i en allt snabbare takt. Omsättningen på äldreboendena är hög på grund av dödsfall. Vad är nyttan med att mäta denna försämring? Erfarenheter finns bland länets kommuner att mäta funktionstillstånd (t ex ADL-trappa, grad av demens, förmåga att kommunicera). Sådana mått är användbara för att mäta resultat av insatser i till exempel rehabilitering, vilket är viktigt att ha för att motivera till den ansträngning som rehabilitering kan innebära. Jämförelser som bygger på dessa mått kan avslöja brister som annars inte skulle ha upptäckts. Dessutom är för den individuella vårdplaneringen olika funktionsmått ett status att utgå ifrån.

Eftersom rehabilitering kan vara mera tidsödande än ren omvårdnad, t ex om matning sker som en träning att återfå funktion så tar den längre tid än att bara mata en brukare. Det finns behov av instrument som tar hänsyn till den karaktär av investering som rehabiliteringen har, det vill säga ett instrument som lyfter fram rehatänkandet.

Är vårdtyngd och vårdbehov två sidor av samma sak?

I den litteratur som denna kartläggning refererar till tycks en gemensam standpunkt råda beträffande möjligheten att såväl vårdbehov som vårdtyngd kan uttryckas i tid – samma tid. Är det dessutom så att brukarens **behov** är samma sak som vårdarens **tyngd**? Ja, det kan handla om samma åtgärd men orden "behov" respektive "tyngd" illustrerar skillnaden sett ur den hjälpsökandes respektive den hjälpandes perspektiv.

Skulle det faktum att man uttrycker både behov och tyngd i **tid** betyda att vårdbehov och vårdtyngd är två sidor av samma sak? Tid är en endimensionell variabel och uttrycker inte kvalitetsaspekten som kan vara olika för brukare och vårdare.

Ett instrument för mätning av vårdtyngd borde mäta t ex **fysisk belastning**, (eller energiåtgång) det vill säga hur stora krav på att lyfta, konditionskrav etc arbetet ställer samt **psykisk belastning** t ex stressmätning och **sociala krav** (här kan finnas positiva faktorer i miljön som är till godo för den totala belastningen.) Istället för dessa personalinriktade faktorer har patientinriktade frågor om brukarens grad av funktionsnedsättning kommit att översättas till vårdtyngd. Det man då missar är viktiga delar av arbetsmiljöaspekten som kan ligga bakom upplevelsen av vårdtyngd.

Att tydliggöra vad man mäter vore ett viktigt steg för att gå vidare och finna de mått man verkligen vill ha. Då är det viktigt att till en början skilja ut kvalitetsmått, mått på funktionstillstånd och vårdtyngdsmått. Kvalitetsmått och funktionsmått är ofta väl utprovade inom hälso- och sjukvården och konsensus kring vilka som vore de viktigaste torde gå att finna. Vårdtyngdsmåtten däremot med sina inslag av förhandling borde personal och arbetsledning utforma i förhållande till frågan om en god arbetsmiljö och hur mycket vårdtyngd man kan kräva av personalen. Här finns en maktaspekt som avspeglar sig i vem som gör mätningen. Kartläggningen visar att enhetscheferna alltid är med och de har därigenom kontroll över mätningen.

En reflexion kring makten att få hålla i pennan när vårdtyngdsmätningen ska ske gäller mätinstrumentets reliabilitet. Ju större möjligheten till olika tolkningar är vid mätningen desto sämre reliabilitet har instrumentet. Att instrumentet är reliabilitetstestat och har en god reliabilitet torde utgöra ett viktigt krav vid val av instrument.

Vårdtyngden, som ju vårdtyngdsmåtten borde vara en avspeglning av, är en individuell upplevelse och det finns exempel på instrument som utgår från detta, Reflector t ex. Att komplettera ett sådant mått med lämpliga kvalitetsindikatorer och funktionsbedömningar kanske är den första etapp man skulle kunna sikta på att genomföra?

Övning

Nedanstående matris kan tjäna som en utgångspunkt för hur de olika instrumenten kan användas. Utgå från varje intressents förmodade val av instrument, där hon i första hand väljer ett instrument där resultatet av en mätning ger henne störst fördel.

Matrisen kan vara en karta där man kan prova sina argument för olika placeringar av vad man kan förmoda vara intressentens val i första, andra och kanske tredje hand.

X = Intressentens förmodade första val.

Y = ”- andra val

Z = ”- tredje val

Typ av instrument

		Kvalitet	Funktion	Vårdtyngd	Vårdbehov	Arbetsmiljö
Intressent	Brukaren	X	Z		Y	
	Personalen					
	Arbetsgivaren					

Litteraturlista

Andersson I, Andersson J, Sjöbeck B (1999) *QAV Ett mätsystem för Kvalitet – Arbetsfördelning – Vårdtyngd inom äldreomsorgen*, Rapport 1999:4 , Blekinge FoU- enhet

Luppens kunskapscentrum (2001) *Måttband eller vågskål – forskningscirkel våren 2001*. Arbetsrapport 4:2001

Mamhidir A-G m fl. (2003) *Funktionsförmåga och vårdbehov inom särskilt boende*, X-Fokus Forskningsrapport 2003:3

Socialstyrelsen (2007) *Förutsättningar för öppna jämförelser. Kvalitet, funktionsförmåga och vårdtyngd inom vård och omsorg om äldre*

Socialstyrelsen (2002) *Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg – en översikt*

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2007) *Öppna jämförelser 2007. Äldreomsorg*

Bilaga 1

Frågemall

Vårdbehovsmätning. Kartläggning Gävleborgs kommuner.

1. Mäter ni i er kommun på något sätt vårdbehov (vårdtyngd, funktionsbrister el dyl)?
 - a Vilka/ vilket instrument?
 - b Hur ofta?
 - c På vilka personer, boende etc?

2. Vad använder ni mätvärdena till?
 - a Plan vårdinsatser? Hur?
 - b Personalbemanning, plan?
 - c Lärande? - feedback , effektivitet?, jämförelse mellan enheter/kommuner?

3. Instrumentets kvalitet?
 - a A Lätt ifyllt?
 - b B Hur lång tid tar det?
 - c C Vem kan - ska fylla i?
 - d Får fram de uppgifter som behövs?

- 4 Erfarenheter av RAI?

- 5 Erfarenheter av andra instrument?

- 6 Vad är viktigast vid mätning av vårdbehov?
Medicinska data, sociala, psykologiska

- 7 Intresse/behov av att implementera enhetligt mätsystem i länet?

- 8 Övrigt