

ENLIGT VETENSKAP OCH BEPRÖVAD ERFARENHET?

Erfarenheter av och synpunkter på
hälso- och sjukvården inom särskilt
boende i Stockholms stad

Ingrid Hjalmarson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:4
ISSN 1401-51



FÖRORD

Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård (förutom läkare) i de särskilda boendena. Men vad innebär detta ansvar? Hur avancerad sjukvård ska kunna utföras? När behövs slutenvårdens insatser? Hur organiseras hälso- och sjukvården i kommunen? Ska sjuksköterskan vara konsult eller en i arbetslaget? Hur tas rehabiliteringspersonalens kompetens till vara? Frågorna är många. Denna studie belyser dem utifrån intervjuer med ansvariga i några stadsdelar i Stockholms stad och med externa experter.

Initiativet till denna kunskapsöversikt kommer från Stockholms stad, Kompetensfondens kansli, som bekostat studien. Resultaten har presenterats vid ett par seminarier i Kompetensfondens regi under vintern-våren 2006.

Intervjuerna och faktainsamlingen har utförts av Ingrid Hjalmarson, utredare vid Äldrecentrum, och Ulla Tunedal, leg. sjuksköterska och vårdutvecklingare i Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning i Stockholm. Ingrid Hjalmarson har författat rapporten.

Studien visar att det finns olikheter inte bara i organisation mellan olika särskilda boenden och stadsdelar, utan också i vad som är den kommunala hälso- och sjukvårdens uppdrag. Vår förhoppning är att denna studie ska bidra till en god dialog kring hur vården och omsorgen i det särskilda boendet kan utformas så att den äldre garanteras trygghet och säkerhet. Fokus bör då ligga på hur den äldre så långt möjligt ska kunna få sina sjukvårdsinsatser och sin rehabilitering där hon bor, i det särskilda boendet – även när det krävs kvalificerade insatser eller vård i livets slut.

Stockholm 2006-05-04

Sven Erik Wånell
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD

SAMMANFATTNING	1
-----------------------------	----------

INLEDNING	5
------------------------	----------

UPPDRAGET	5
-----------------	---

RAPPORTENS UPPLÄGGNING	6
------------------------------	---

BAKGRUND	7
-----------------------	----------

HUR MÅNGA BOR I DE SÄRSKILDA BOENDEFORMERNA?.....	7
---	---

ÄDELREFORMEN	8
--------------------	---

ANSVARSFÖRDELNINGEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	8
--	---

INRIKTNING AV ÄLDREVÅRDEN EFTER ÄDELREFORMEN	11
--	----

KRAV PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I DE SÄRSKILDA BOENDEFORMERNA	14
---	----

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBEHOV I DE SÄRSKILDA BOENDEFORMERNA.....	15
--	----

HUR ARBETAR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL?	16
---	----

MÅL FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLM.....	18
--	----

SYNPUNKTER PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLM	20
---	----

STUDIENS SYFTE	22
-----------------------------	-----------

METOD	22
--------------------	-----------

INTERVJUER	22
------------------	----

RESULTAT	24
-----------------------	-----------

INTERVJUER MED CHEFER INOM LEDNINGEN I NÅGRA	
--	--

STADSDELSFÖRVALTNINGAR.....	24
-----------------------------	----

INTERVJUER MED ÄLDREOMSORGSCHEFER	25
---	----

GRUPPINTERVJUER	26
-----------------------	----

VILKEN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD KAN DE ÄLDRE FÅ I DET SÄRSKILDA	
--	--

BOENDET?	29
----------------	----

ORGANISATION	32
--------------------	----

INTERVJUER MED ANSVARIGA LÄKARE INOM SÄRSKILDA BOENDEN	38
--	----

INTERVJU MED STOCKHOLMS STADS ÄLDREOMSORGSINSPEKTÖRER.....	40
--	----

INTERVJUER MED EXTERNA EXPERTER	41
---------------------------------------	----

DISKUSSION	46
-------------------------	-----------

VAD ERBJUDER SÄRSKILT BOENDE?	46
-------------------------------------	----

BEHOV AV ETT TYDLIGT UPPDRAG FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	47
--	----

HUR KAN HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I SÄRSKILT BOENDE UTVECKLAS?.....	47
---	----

DEN LEGITIMERADE PERSONALENS ROLL I DE SÄRSKILDA BOENDEFORMERNA	
---	--

.....	48
-------	----

REFERENSER	50
-------------------------	-----------

BILAGA 1	53
-----------------------	-----------

SAMMANFATTNING

Den här rapporten behandlar hälso- och sjukvården i Stockholms stads särskilda boendeformer. Samtidigt som fler blir äldre och kan leva ett oberoende liv även i hög ålder är de personer som får vård och omsorg inom äldreomsorgen i allt högre grad sjuka och har omfattande funktionsnedsättningar. Nivån och kvaliteten på hälso- och sjukvården är därför av stor betydelse för dem som bor i de särskilda boendeformerna. Hur och av vem hälso- och sjukvården ska bedrivas i de särskilda boendeformerna har diskuterats sedan långt före Ädelreformen och diskussionen pågår fortfarande inom Stockholms stad. Frågorna berör på olika sätt också samarbetet med Stockholms läns landsting. Några av de frågeställningar som behandlas är vilka hälso- och sjukvårdsbehov som kan och ska kunna tillgodoses i de särskilda boendeformerna, hur hälso- och sjukvården ska organiseras och vilket behov som finns av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Rapporten bygger främst på intervjuer med 35 personer, anställda inom Stockholms stad som i olika befattningar arbetar med eller ansvarar för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna. De har intervjuats om sina erfarenheter och synpunkter på hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna. Rapporten behandlar också kortfattat de äldres hälso- och sjukvårdsbehov och de lagar och mål som styr hälso- och sjukvården. Studien är beställd av Stockholms stads kompetensfond som ett underlag för fortsatt utvecklingsarbete inom de särskilda boendeformerna.

Bakgrunden till studien är bland annat en trend i Stockholms stad de senaste åren att hälso- och sjukvårdspersonalen i flera stadsdelsförvaltningar har organiserats i egna enheter. Det finns delade meningar om dessa förändringar och de innebär också att utvecklingen går åt olika håll. Under 2005 framförde Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet, Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer och läkare inom de särskilda boendeformerna oro över kvaliteten och säkerheten på vården och omsorgen.

Resultatet visar att uppfattningen om vilken hälso- och sjukvård de boende i de särskilda boendeformerna ska erbjudas är oklar bland de intervjuade och varierar både mellan stadsdelar och olika enheter inom stadsdelarna.

Resultatet visar också att

- De olika förhållanden som redovisas innebär att kvaliteten varierar. Vissa enheter tycks ha en väl fungerande verksamhet, medan andra har mer problematiska förhållanden.
- De boendes behov är komplexa och det råder stor enighet om att anställda inom äldreomsorgen generellt behöver ha god kompetens. För hälso- och sjukvårdspersonal är det inte tillräckligt att ha medicinska kunskaper. De behöver dessutom ett socialt synsätt.

- Hälso- och sjukvården i de olika stadsdelarna har olika organisation. Antalet hälso- och sjukvårdspersonal, bemanningen av hälso- och sjukvårdspersonal under dygnet och veckans dagar varierar också. De olika organisationsmodellerna och den varierande bemanningen innebär att de särskilda boendeformerna har olika möjligheter att bedriva hälso- och sjukvård.
- De olika organisationsmodellerna ger de legitimerade yrkesgrupperna olika förutsättningar för sitt arbete. De legitimerade grupperna betonar att det finns ett samband mellan tillgången på legitimerad personal och vårdens och omsorgens kvalitet och säkerhet. Bland en del av de intervjuade fanns oro över kvaliteten och säkerheten.
- De legitimerade yrkesgrupperna betonar vikten av att de är tillräckligt många för att kunna ge de äldre den hälso- och sjukvård de behöver. De vill arbeta i direktkontakt med sina patienter, kunna följa deras hälsoutveckling på plats och handleda vårdpersonalen. Majoriteten vill arbeta i flerprofessionella team som de anser ger insatserna en bättre kvalitet.
- Läkarna saknas i den kommunala organisationen. De intervjuade önskar ett flexibelt samarbete med de ansvariga läkarna och en huvudman för all hälso- och sjukvård.
- De intervjuade läkarna är angelägna om att ha sjuksköterskor att samarbeta med på plats i de särskilda boendeformerna och är kritiska till att sjuksköterskor, kvällar, helger och nätter arbetar i mobila team. Samtliga intervjuade läkare hade erfarenheter av bristande vårdkvalitet i de särskilda boendeformerna och att boende får åka till sjukhus i högre grad under de delar av dygnet när de särskilda boendeformerna har en lägre bemanning av sjuksköterskor.

I studien ingår även intervjuer med fyra externa experter. De arbetar inom två högskolor, på Silviahemmet och Svensk sjuksköterskeförening. De anser att det har skett en positiv utveckling inom de särskilda boendeformerna sedan Ädelreformen. Samtidigt ser de problem och svårigheter när det gäller hur hälso- och sjukvården bedrivs och betonar de omfattande vård och omsorgsbehoven som de boende numera har. Hög kompetens behövs – om inte riskerar vården att få en försämrad kvalitet. De är eniga om att sjuksköterskorna bör arbeta nära de äldre för att inte riskera att göra för felbedömningar. Deras uppfattning är att egna organisationer för de legitimerade yrkesgrupperna inte gynnar en positiv utveckling utan ger upphov till nya gränssnitt med risker för konflikter och informationsproblem.

I rapportens avslutande kapitel diskuteras några konsekvenser av det oklara hälso- och sjukvårdsuppdraget för de boende och deras anhöriga och för medarbetarna. En fråga för dem som flyttar till ett särskilt boende eller deras anhöriga är vilken vård och omsorg man kan förvänta sig att få där? Vad erbjuds man idag i det särskilda boendet som man inte kan få i sitt hem och vad skall man kunna förvänta sig? Frågan är viktig att ta ställning till för ansvariga politiker. En oklar uppfattning från ledningen i Stockholms stad försvårar för

alla som arbetar i särskilt boende. Det försvårar även samarbetet med landstinget och kan motverka de ansträngningar som de båda huvudmännen gör för att minska sina kostnader.

Prognoserna visar att tillgången på arbetskraft under de närmaste tio åren minskar. Det är av stor betydelse för hur Stockholms stad agerar för att säkra tillgången på personal och göra äldreomsorgen till ett intressant och attraktivt arbetsområde. Att följa uppmaningarna från olika statliga utredningar och även Stockholms stads äldreomsorgsplan att utveckla hälso- och sjukvården för de allra äldsta enligt den palliativa vårdens principer kan vara en väg för de särskilda boendeformernas utveckling. Vård med palliativ inriktning innebär att man tillämpar en helhetssyn på individen och de anhöriga som omfattar både medicinska, sociala, psykologiska och existentiella aspekter. De arbetssätt som tillämpas ger både en god struktur och stöd till personalen och forskning visar att vårdformen ger goda resultat. De särskilda boendeformerna skulle med en sådan inriktning få en gemensam grund för fortsatt utveckling.

INLEDNING

Våra förbättrade levnadsförhållanden i kombination med att sjukvården har utvecklats har inneburit att även mycket gamla personer överlever trots allvarliga sjukdomar. Den sista tiden i livet innebär därför många äldre en period av ökad sjuklighet då de har behov samhällets insatser av vård och omsorg.

Det är kommunerna som sedan Ädelreformen 1992 har ansvar för de särskilda boendeformerna. Då fick kommunerna ansvar för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna upp till sjuksköterskas, arbetsterapeuts och sjukgymnasts nivå. Tidigare hade kommunerna endast ansvarat för den sociala delen av vården och omsorgen av de äldre i sina äldreboenden. Reformen var långt ifrån okontroversiell. Många farhågor fanns om hur kommunerna skulle klara sitt nya ansvarsområde. Behovet av hälso- och sjukvård bland de boende i de särskilda boendeformerna debatterades flitigt både i media och på ”vårdgolvet”. Ofta var tongångarna högstämda. Skulle de äldre inte behöva sjukvård efter Ädelreformen och skulle sjuksköterskorna bli överflödiga var några av de frågor som många ställde sig. Nu 14 år senare är frågan om hälso- och sjukvårdens roll i de särskilda boendeformerna fortfarande aktuell inom Stockholms stad. Diskussioner uppstår ständigt om vad, hur mycket och på vilket sätt hälso- och sjukvården ska bedrivas. Behovet av ett socialt synsätt lyfts fortfarande fram och sätts i ett motsatsförhållande till behovet av hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården tycks ännu inte riktigt ha hittat sin plats i den kommunala sfären.

Under de senaste åren har hälso- och sjukvårdspersonalen i flera av Stockholms stadsdelsförvaltningar organiserats i egna enheter. Dessa förändringar har gett näring till en fortsatt diskussion. Erfarenheterna av de nya organisationerna är blandade, såväl i de berörda i stadsdelsförvaltningarna, hos Socialstyrelsens tillsynsenhet, ansvariga läkare och forskare. Medan de ansvariga inom de berörda stadsdelsförvaltningarna ser många fördelar har både Socialstyrelsen och läkare inom Stockholms stads vård- och omsorgsboenden i olika skrivelser rapporterat om farhågor för försämrad kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården som en följd av de gjorda organisatoriska förändringarna.

Uppdraget

Stiftelsen Äldrecentrum har på uppdrag av Stockholms stads kompetensfond studerat hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna. Bakgrunden var att de olika stadsdelsförvaltningarnas ansökningar till Kompetensfonden om utbildnings och utvecklingsprojekt för hälso- och sjukvårdspersonal i äldreomsorgen hade mycket olika inriktning. Kompetensfonden såg därför ett behov av få en övergripande bild av hälso- och sjukvården i stadens särskilda boendeformer att ha som en grund för fortsatt planering av utbildnings- och utvecklingsprojekt för de berörda personalgrupperna.

I rapporten redovisas erfarenheter från intervjuer med personal i olika positioner inom Stockholms stad och behandlar olika frågeställningar om Stockholms stads hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda boendeformerna. Vilka hälso-

och sjukvårdsbehov ska hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna kunna tillgodose, hur ska hälso- och sjukvården ska organiseras och vilket behov finns av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal? Frågeställningarna berör också samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting.

Rapportens uppläggning

Rapporten inleds med en beskrivning av det ansvar för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna som kommunerna fick genom Ädelreformen samt något om de övriga nationella målen för äldreomsorgen. Sedan följer en beskrivning av gruppen äldre, som får hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer. Avsnittet innehåller också en redogörelse för de viktigaste lagarna, definitioner av olika former av hälso- och sjukvård, något om de yrkesgrupper som arbetar inom hälso- och sjukvården samt olika synpunkter på hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen i Stockholm som bland andra tillsynsmyndigheter har lämnat. Därefter presenteras resultatet av intervjuer med chefer på olika nivåer, hälso- och sjukvårdspersonal samt externa experter. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion.

BAKGRUND

Hur många bor i de särskilda boendeformerna?

Stockholms stad är huvudman för hälso- och sjukvården för de som bor i särskilda boendeformer; servicehus, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem. Andelen av befolkningen 65 år och äldre, som bor i särskilda boendeformer i Sverige har sedan 1998 minskat från 31,7 procent till 27 procent 2004 (Sveriges kommuner och Landsting, 2005).

I oktober 2004 bodde 11 545 personer i särskilt boende i Stockholm. Tabellen nedan visar fördelningen mellan de olika boendeformerna (Källa Stockholms stad, Stadsledningskontoret/USK, 2005)

Tabell 1. Personer 65 år eller äldre boende i särskilda boendeformer i Stockholm oktober 2004

	Service- hus	Ålderdoms- hem	Sjukhem	Grupp- boende	Totalt
Antal	4 419	1 243	3 873	2 036	11 545

Det är personer i den ”fjärde åldern” som bor i särskilt boende. Den fjärde åldern utmärks av att man är beroende av vård och omsorg från andra personer för att klara sitt dagliga liv (Thorslund & Larsson, 2002). Behovet av särskilt boende påverkas enligt Socialstyrelsen (2006a) bland annat av hur mycket stöd hemtjänsten och hemsjukvården kan ge i den egna bostaden, bostadens utformning och kommunens utbud av dagverksamhet och korttidsboende. Enligt en studie i Kalmar län (Sveriges kommuner och landsting 2005) är svår demenssjukdom den vanligaste orsaken vid flytt till äldreboende. Den näst vanligaste är behov av omvårdnadsinsatser som inte kan planeras i förväg eller schemaläggas. I båda fallen kan äldre bo kvar hemma i större utsträckning om det finns närstående som kan bistå dem. Generellt gäller att flyttningar orsakas av omsorgsbehov. Sjukdom är i sig ingen orsak att flytta till ett äldreboende utan de svårigheter som de kan medföra för den äldre att klara sin dagliga livsföring. Faktorer som i hög grad kan påverka det dagliga livet är nedsatt rörlighet och ork, ensamhet, yrsel, balansrubbingar, ständigt ångest, oro och sömnlöshet, undervikt, diarréer mm. (Socialstyrelsen, 2006a)

Antal anställda hälso- och sjukvårdspersonal

År 2005 fanns det enligt uppgifter från Stockholms stads personalpolitiska avdelning, ca 900 helårstjänster i kommunens särskilda boendeformer, som sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Av dessa är ca två tredjedelar sjuksköterskor. Huruvida antalet legitimerad personal ökar eller minskar går inte att läsa ut av statistiken eftersom antalet vård och omsorgsboenden, som drivs i kommunal regi varierar mellan åren.

Lönekostnaderna för den legitimerade personalen i de särskilda boendeformerna uppgick enligt samma uppgifter till ca 410 Mkr. Summan kan jämföras med den totala kostnaden för äldreomsorgen i Stockholm som 2005 uppgick till 5,9 Mdkr eller kostnaden för hemtjänsten 871 Mkr. Det finns inga samlade

uppgifter över hur stora de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna i Stockholm är. Kostnader förutom löner är de för sjukvårdsutrustning, hjälpmedel, förbrukningsmaterial m m.

Ädelreformen

Genom Ädelreformen 1992 fick kommunerna ansvaret för långvarig hälso- och sjukvård för äldre och handikappade upp till sjuksköterskas arbetsterapeuts och sjukgymnastnivå. Landstinget behöll ansvaret för läkarvården. En av de bärande tankarna med Ädelreformen var att äldre människor med behov av vård och omsorg inte längre skulle behöva tillbringa slutet av sina liv på sjukhus utan i ett boende som skulle tillgodose även sociala och existentiella behov. Målsättningen var att förbättra kvaliteten på vården och omsorgen och att de äldres inflytande över sin livssituation skulle öka, även för dem med stora behov. Syftet var att skapa förutsättningar för en flexibel, integrerad vård- och omsorg. De traditionella sjukhusmiljöerna skulle ersättas med bra boende i hemlik miljö och vården bedrivs med utgångspunkt från en individuell vårdplanering. Den sociala omsorgen skulle få större betydelse i vården samtidigt som den skulle kombineras med en kompetent medicinsk vård.

Kommunerna hade fram till Ädelreformen ansvaret för den sociala omsorgen, på ålderdomshem och på servicehus medan landstingen hade ansvaret för all hälso- och sjukvård inom de kommunala äldreboendena. Landstingen ansvarade även för de långvårdskliniker som vid Ädelreformen överfördes till kommunerna.

Kommunernas ökade ansvar för äldreomsorgen skulle också bidra till att ett ur samhällsekonomiskt perspektiv göra vården och omsorgen om de äldre mer kostnadseffektiv. De gränsdragningsproblem som tidigare hade funnits mellan kommunerna och landstingen förväntades minska som en följd av den nya ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen.

Ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda boendeformerna omfattar sjuksköterskans, arbetsterapeutens och sjukgymnastens nivå medan landstinget ansvarar för läkarinsatserna. Kommuner som önskar kan överta hemsjukvårdsansvaret för de äldre från landstinget, vilket omkring hälften av Sveriges kommuner har gjort. Det är ännu ovanligt i Stockholms län där Sigtuna för närvarande är den enda kommunen som har detta ansvar, men situationen kommer troligen att förändras. Äldrevårdsutredningen föreslog i betänkandet Sammanhållen vård (SOU 2004:68), att hemsjukvårdsansvaret för personer 65 år och äldre i framtiden ska överföras till kommunerna. I mars 2006 presenterade regeringen propositionen, Ny nationell handlingsplan för vård och omsorg om äldre (2005/06:115) med förslag om att hemsjukvården för äldre från år 2007 ska föras över till kommunerna. Regeringen avser enligt propositionen också att tillföra äldreomsorgen ökade resurser för rehabilitering, nutritionsarbete och på ökad läkarmedverkan samt att höja kvaliteten i demensvården. Enligt propositionen skall det med god vård förstås att den skall bedrivas så att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Öppenvård/slutenvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen räknas sjukvården i de särskilda boendeformerna som ”öppen” hälso- och sjukvård. Med öppen vård menas hälso- och sjukvård som bedrivs utanför sjukhus och slutenvård är all hälso- och sjukvård på sjukhus. Med tanke på utvecklingen inom medicinen ger begreppen öppen vård respektive slutenvård inte längre någon tydlig vägledning vad den öppna respektive den slutna vården omfattar. Gränserna för vilken hälso- och sjukvård som kan bedrivas i hemmiljö förändras ständigt. Därmed förändras också både kraven och möjligheterna för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna.

Beställaravdelningen i Stockholms läns landsting tillämpar en gradering av sjukvården i fyra nivåer.

Tabell 2. Olika sjukvårdnivåer .

Nivå	Vad	Vårdform	Huvudman
1	Högspecialiserad sjukvård på sjukhus	Slutenvård	Landstinget
2	Avancerad sjukvård i hemmet	Öppen hälso- och sjukvård	Landstinget
3	Hemsjukvård i särskilt boende	Öppen hälso- och sjukvård	Kommunen
4	Hemsjukvård i hemmet (ordinärt boende)	Öppen hälso- och sjukvård	Landstinget

Landstinget ansvarar för hälso- och sjukvården i nivåerna, 1, 2 och 4. I nivå 1 slutenvård ingår all hälso- och sjukvård på sjukhus och betecknas som högspecialiserad. Sådan vård kan även förekomma i nivå två, inom den avancerade hemsjukvården. Nivå 4 är hemsjukvård i ordinärt boende, där primärvården inom Stockholms läns landsting ännu har ansvaret för gruppen 65 år och äldre.

Nivå 3 är hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna, som kommunerna är huvudman för, men där landstinget ansvarar för läkarinsatserna. Vad som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården behandlas närmare längre fram.

Samverkan mellan kommuner och landsting

Kommunerna och landstingen har skyldighet att samverka om vården och om sorgen om de äldre både på övergripande nivå och på individnivå. Vikten av samverkan betonas ofta i lagstiftningen. Några motiv för samverkan som ofta lyfts fram är behovet att överbygga välfärdssystemets sektorisering bland annat vården av personer med sammansatta behov som inte kan lösas av en organisation och som riskerar att hamna i en gråzon mellan olika verksamheter. Enligt Socialstyrelsen (2001) som har utvärderat olika samverkansprojekt kan samverkan uppfattas som en del i arbetet att omdana välfärdssystemet. Erfarenheterna visar att det finns stor risk att försök att samverka misslyckas bland annat på grund av missförstånd eller motsättningar (Gurner & Thorslund, 2003).

Läkarvården

Läkarvården i de särskilda boendeformerna är ett viktigt samverkansområde för kommunerna och landstingen. Läkarna ska enligt Ädelreformens intentioner ha en konsultroll i relation till kommunerna, men liksom tidigare ha ett övergripande ansvar för den enskildes vård och behandling. I en gemensam skrift från Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet (2000) beskrivs läkarens uppgifter på följande sätt

”Läkarens åtagande omfattar inte bara enstaka vårdinsatser utan också ett fortlöpande ansvar för den enskildes behandling. I detta ingår tex att delta i vårdplanering, ha regelbundna uppföljningar av insatta åtgärder så att patienten får den vård och behandling som ordinerats samt att ge nödvändig handledning och fortbildning till vård och omsorgspersonal”. (a a sid 12)

Stockholms läns landsting och Stockholms stad ingår överenskommelser om läkarinsatserna i de särskilda boendeformerna. Se nedan.

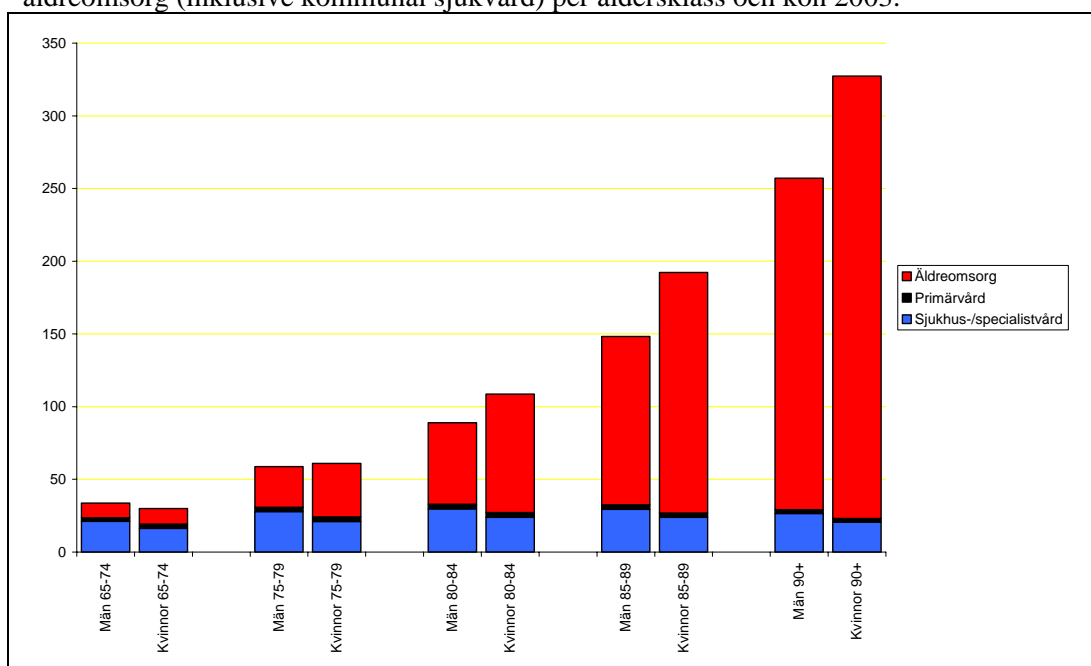
Lagen om betalningsansvar

Samverkan på individnivå om äldre styrs i hög utsträckning av lagen om betalningsansvar (SFS 1990:1404). Den reglerar landstingens och kommunernas samverkan vid utskrivningen av äldre från sjukhus. Lagen ger kommunerna ett betalningsansvar för äldre som vårdas på sjukhus utan att längre ha behov av vård inom landstingets slutenvård. Fem dagar efter att en läkare har förklarat en person över 65 år ”utskrivningsklar” inträder kommunens betalningsansvar. Lagen kräver att en vårdplan upprättas och en gemensam vårdplaneringen ska hållas som bygger på delaktighet och samtycke från den enskilde. Syftet är att klargöra den enskildes samlade behov av insatser samt vilken enhet som ska ansvara för olika insatser. Bestämmelserna i betalningsansvarslagen påverkar idag i hög utsträckning både biståndshandläggarnas arbete och arbetet på sjukhusen. Det genomförs dagligen många vårdplaneringar där förutom pensionärerna som är på väg att skrivas ut från sjukhuset också biståndshandläggare, läkare, sjuksköterskor, anhöriga m fl deltar.

Kostnadsfördelningen för vård och omsorg om de äldre

I kapitel 8 i Socialstyrelsen Folkhälsorapport 2005, (Socialstyrelsen, 2006 b) redovisas hur kostnaderna för de äldres vård och omsorg fördelar sig mellan de båda huvudmännen. Figuren nedan visar fördelningen av de genomsnittliga kostnaderna per person för vård och omsorg av de äldre mellan kommunerna och landstinget. Den visar att landstingets kostnader för personer över 80 år är mindre än kommunernas kostnader och dessutom att landstingets kostnader minskar något för de äldsta åldersgrupperna. Detta beror sannolikt på att äldre personer i särskilt boende får sjukvårdsinsatser i sitt boende och i mindre utsträckning inom sjukvården. Kommunernas kostnader för de allra äldsta ökar med stigande ålder eftersom en högre andel av de allra äldsta har hemtjänst eller bor i särskilt boende.

Figur 1. Kostnader tusen kronor per person och år för primärvård, sjukhusvård samt äldreomsorg (inklusive kommunal sjukvård) per åldersklass och kön 2003.



(Källa Region Skåne och Svenska kommunförbundet)

Figuren visar också att primärvårdens kostnader för de allra äldsta inte är högre än för andra åldersgrupper och utgör endast en mycket liten del av de totala kostnaderna av vården och omsorgen av de äldre.

Inriktning av äldrevården efter Ädelreformen

Äldreomsorgen har även efter Ädelreformen varit ett uppmärksammat område för riksdag och regering och olika statliga utredningar. I den nationella handlingsplanen (Regeringens proposition, 1997/98:13) betonas bland annat att äldre ska

- så långt som möjligt kunna bo kvar hemma i sin ursprungliga bostad så länge hon själv önskar
- kunna flytta till en särskild boendeform om vårdbehoven är stora
- ha tillgång till vård och omsorg som passar alla (mångkulturell omsorg)
- kunna lita på att vård och omsorg håller god kvalitet
- kunna lita på att personalen är kunnig och
- få avsluta livet med värdighet och i frid

I flera statliga utredningar, bland andra Nationella handlingsplanen, Döden angår oss alla (SOU 2000:6), Senior 2005 (SOU 2003:91) m fl, framhålls när det gäller hälso- och sjukvård att vården i livets slutskede ska vara av god kvalitet. I Nationella handlingsplanen beskrivs vården i livets slutskede bland annat på följande sätt;

”Lindring av smärta eller andra obehag, kärleksfull omvårdnad och en fridfull miljö är viktiga inslag. Personliga önskemål ska tillgodoses så långt det är möjligt. Hjälpen

ska finnas där man är, ingen ska behöva flyttas mellan olika boenden och sjukhus i onödan. Ingen ska behöva dö ensam.”

I en skrivelse från regeringen om Vård i livets slutskede (RS 2004/05:166) behandlas frågan om en gemensam etisk grund för palliativ vård. Utvecklingen av vården i livets slutskede bör främjas enligt skrivelsen,

”Målet är att kunna erbjuda alla döende en god palliativ vård är fortfarande långt ifrån uppnått. Ambitionen måste vara att sådan vård kan ges oberoende av var man bor och vilken diagnos man har och inte endast inom särskilda enheter för palliativ vård. Den palliativa vården bör därför integreras i all vård i livets slutskede.

I skrivelsen konstateras vidare att det krävs utbildad personal, mer forsknings- och utvecklingsarbete för att kunna förverkliga målet

”Det krävs även insatser för att förbättra kvaliteten på vården i livets slutskede överlag och för att åstadkomma en jämnare kvalitet på vården i olika delar av landet. En ytterligare förutsättning är en god vårdorganisation vilket är ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen.”

Vad är palliativ vård?

Definitionen av palliativ vård är enligt Beck-Friis och Strang (1999) ”en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag, vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota”. Den palliativa vården omfattar alla personer, oavsett diagnos, med obotbar, symtomgivande progressiv sjukdom med dödligt förlopp inom en begränsad tidsrymd. Målet med den palliativa vården är varken att förkorta eller förlänga livet utan att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet. Den skall också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet. Filosofin syftar till en helhetsvård av hela människan och dennes anhöriga fram till döden. Personen ska få hjälp att leva ett så aktivt liv som möjligt under den sista tiden av livet. Den palliativa vårdens fyra hörnstenar är:

- symtomkontroll
- teamarbete
- kommunikation och relation
- anhörigstöd

Dessa fyra hörnstenar bygger på att vården erbjuder god symtomkontroll, kontroll på de sjukdomstecken som finns, oavsett om symtomen är av fysisk, psykisk, social eller existentiell karaktär. Bristande symtomkontroll kan få omfattande psykologiska, sociala och existentiella konsekvenser både för den enskilde och för de anhöriga. Palliativ vård kräver en bred kompetens och bedrivs ofta av mångprofessionella team. Krav finns också på god kommunikation och goda relationer med den sjuke och anhöriga samt ett aktivt stöd till anhöriga både under sjukdomstid och efter dödsfall (Beck-Friis & Strang, 1999).

God vård i livets slutskede

Socialstyrelsen publicerade 2004 kunskapsöversikten, God vård i livets slutskede, om vården av döende äldre. Sammanställningen visar att kriterierna för en god eller värdig död är oberoende av ålder. Symtomlindring, självbestämmande, delaktighet och det sociala nätverket är viktiga för en persons livskvalitet och möjligheter till en god död. Flera studier påvisar vikten av att vården är individuell och att det är angeläget att lyssna på den äldres berättelser om sitt liv och på närståendes iakttagelser. Forskningen visar att äldre människor är måna om att bevara sin självbild och identitet och många dör i enlighet med hur de tidigare har levt. Döendet kan ses som en fortsättning av en persons levda liv. Några av de redovisade studierna visar att äldre med nedsatt kognitiv förmåga får mindre uppmärksamhet än andra och en sämre symtomlindring. De är därför en riskgrupp för underbehandling.

Olika studier som refereras i kunskapsöversikten visar att patienter och närstående som haft tillgång till hospicevård/palliativ vård (i hemmet eller på institution) varit nöjdare med den vården än patienter och närstående i traditionella vårdformer.

Personal inom palliativ vård är i allmänhet tillfreds med sin arbetssituation och har inte bedömts löpa större risk för utbrändhet än personal inom andra områden, snarare tvärtom. Studier som gett detta relativt positiva resultat har gjorts inom hospicevården, där stöd till personalen är inbyggt i vårdfilosofin. Forskning visar att ett sådant synsätt kan vara till hjälp vid vårdplanering och även ett skydd mot ålderism¹ och avhumanisering av mänskliga relationer.

Stöd till personal

Kunskapsöversikten visar att behovet av stöd framkommer i studier som belyst de etiska problem som personal kan ställas inför. Exempel på ett sådant problem kan vara möjligheten att förverkliga den goda vård man önskar i förhållande till den tid som finns till förfogande. Sjuksköterskors uppfattning var att resurserna minskat samtidigt som andelen äldre utan nära socialt nätverk blivit allt fler. De såg patienternas behov av att samtala, men hade inte tid att möta dessa behov, vilket gjorde att de var otillfredsställda i arbetet. Några sjuksköterskor sa att tiden hos varje patient tenderade att bli allt kortare och vården allt mer instrumentell. Gapet mellan den vård personalen menar är rimlig (och i linje med samhällets intentioner) och de möjligheter man har att möta enskildas behov kan utgöra stark frustration och moralisk stress, vilket kan leda till trötthet/vanmakt, cynism och/eller att man byter arbete.

Enligt kunskapsöversikten finns ett gap mellan målen på en övergripande samhällelig nivå och personalens möjligheter att ge en individuell vård och omsorg i verksamheten, som måste beaktas. Annars framgår det finns det risk för avhumanisering av vården och omsorgen av äldre.

¹ Ålderism kan definieras som stereotypa föreställningar eller diskriminering som utgår från en människas ålder (Andersson 2002)

Krav på hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna

Mål och prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Huvudmännens ansvar för hälso- och sjukvård regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Begreppet hälso- och sjukvård definieras där som

”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till sjukvården hör även sjuktransporter och att ta hand om avlidna”.

Det är samma lag som reglerar all sjukvård och enligt Ädelpropositionen (1990/91:14 s 60)

”får det inte råda någon tvekan om att den hälso- och sjukvård som kommunerna skall meddela skall vara av samma kvalitet som motsvarande vård genom landstingens försorg”

Målet är en god för hälso- och sjukvård och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde (Hsl § 2). Gemensamt för all hälso- och sjukvård är bland annat att

- vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.
- patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.
- hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa
- där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges (HsL 2a – 2e)

Vård av människor med nedsatt autonomi och vård i livets slutskede tillhör enligt proposition om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (1996/97:60) de områdena som har högst prioritet. Som grund för prioriteringsordningen ligger tre etiska principer; människovärdes-, behovs- och solidaritetsprincipen samt principen om kostnadseffektivitet.

Regler om ledning och kvalitet

Lagen reglerar även hur hälso- och sjukvården skall organiseras och leddas. I kommunerna ska det enligt hälso- och sjukvårdslagen finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). MAS har ansvar för att hälso- och sjukvården är säker. I ansvaret ingår bland annat att det finns rutiner för att vid behov kontakt tas med läkare, att beslut om delegering av vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten och för att anmälan görs till ansvarig nämnd när någon har utsatts för risk för eller har drabbats av allvarlig skada.

Det ska också finnas en verksamhetschef som svarar för hälso- och sjukvården och att kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Verksamhetschefens ansvar innebär enligt SOSFS 1997:8 ett löpande ansvar för verksamheten. Regler om kvalitetssäkring finns sedan mitten av 1990-talet både i hälso- och sjukvårdslagen. Socialtjänstlagen och socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Gränsen för MAS och verksamhetschefens ansvar är ibland oklar.

Hälso- och sjukvårdsbehov i de särskilda boendeformerna

Förändrade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser för de äldsta

Förändringar inom den slutna hälso- och sjukvården har på olika sätt påverkat hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna. Framsteg inom medicinen har inneburit att förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård har förändrats. Nya behandlingsformer ger kortare vårdtider inom slutenvården. Ansträngningar att minska kostnaderna för slutenvården har också påverkat utvecklingen. Avancerad medicinsk vård som tidigare bara kunde ges på sjukhus kan nu ges i de äldres hem eller i särskilda boendeformer.

Medelvårdtiden inom slutenvården minskade under perioden 1994 till 2003 med en dag, från ca 7 dagar till sex dagar. För åldersgruppen 85 år och äldre var minskningen drygt två dagar, från ca 10,5 dagar till åtta dagar (Sveriges kommuner och landsting, 2005). De kortare vårdtiderna inom akutvården innebär mindre tid för återhämtning och rehabilitering. Många äldre har stora kvarstående behov av vård rehabilitering och omsorg när de lämnar slutenvården. (Gurner & Thorslund, 2003)

Ett annat förhållande som illustrerar behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser inom äldreomsorgen är att andelen äldre personer som dör utanför sjukhuset har ökat. Det innebär att fler dör i de särskilda boendeformerna och att behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser där ökar. Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2005b) dör 63 procent av befolkningen 65 år eller äldre utanför sjukhuset. Före Ädelreformen 1992 var motsvarande siffra 25 procent.

Ökade behov av vård och omsorg i de särskilda boendeformerna

Många av de som bor i äldreboende betecknas idag som multisjuka med många olika diagnoser. (Gurner & Thorslund, 2003). En kartläggning och jämförelse av behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser i de särskilda boendeformerna i fem stadsdelar i Stockholms stad (2006a) har nyligen presenterats. Kartläggningen som årligen genomförs av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) i de berörda stadsdelarna visar att,

” behovet både av hälso- och sjukvård och allmän omvårdnad har ökat. Behovet av syrgas, sonder, läkemedel i injektionsform och infusioner är alla exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som ökat. Andelens sår ökar och även behov av rullstol och liftar. Vi kan dessutom se att antalet avlidna ökar. Fler personer behöver hjälp med av och på/klädning och uppstigning/sänggående. Dessutom behöver fler hjälp av två vårdare. Av detta kan man dra slutsatsen att det är en trend mot större vårdbehov vid de kommunala boendeformerna.” (Sid 29)

Flertalet av de boende behandlas med läkemedel. Enlig Socialstyrelsen (2006) har läkemedelsanvändningen i de särskilda boendeformerna ökat kraftigt till i medeltal 10 preparat per person. 50 procent av de boende hade sömnmedel, 25 procent hade tre eller flera psykofarmaka. Hälften hade läkemedel som kan ge upphov till fall, försämrat minne m m. Den omfattande läkemedelsanvändningen bland de äldre innebär en betydande risk för problem. Vanliga problem i det särskilda boendet är läkemedelsbiverkningar och kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen. Mellan 10 och 20 procent av akutinläggningarna har rapporterats bero på läkemedelsbiverkningar och de flesta borde ha varit möjliga att påverka exempelvis feldosering, läkemedelsinteraktioner² och bristande följsamhet.

Hur arbetar hälso- och sjukvårdspersonal?

Vilka är hälso- och sjukvårdspersonal och vad innebär det att vara legitimerad?

Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter räknas som hälso- och sjukvårdspersonal. För att få arbeta i något av dessa yrken krävs en legitimation, som Socialstyrelsen utfärdar. För att få legitimation krävs att man uppfyller vissa kompetenskrav. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivningar för de legitimerade yrkesgruppernas ska de arbeta med stöd av gällande lagar, vetenskap, beprövad erfarenhet samt med ett etiskt förhållningssätt.

Den legitimerade personalen arbetar traditionellt i integrerade organisationer. Det är vanligt att arbetet organiseras i team med läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter m fl. Sjuksköterskan är ofta arbetsledare (men utan att vara chef). Yrkesrollerna är väl definierade. Även undersköterskor och vårdbiträden ingår i teamen. De arbetar i första hand med allmän omvårdnad. Undersköterskor och vårdbiträden räknas som hälso- och sjukvårdspersonal när de utför arbetsuppgifter på delegation av en legitimerad.

Att arbeta under legitimationsansvar innebär att man är underställd Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531), som bland annat reglerar skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, behörighets- och legitimationsregler samt disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m m.

² Läkemedelsinteraktion innebär att de läkemedel en person behandlas med påverkar varandras omsättning eller verkan så att effekten av ett eller flera läkemedel förstärks, försvagas eller uteblir .

De legitimerade gruppernas yrkesansvar

Sjuksköterskan har ett primärt ansvar för patientens omvårdnad. Socialstyrelsens definition av omvårdnad är:

”Omvårdnad kan vara dels allmän, dels specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling, medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också den aktuella sjukdomen och dess behandling. För att kunna bedöma vad som i den enskilda situationen är god omvårdnad krävs relevanta kunskaper från olika områden; i natur-, samhälls- och beteendevetenskap samt humaniora. Allmän omvårdnad utförs av all personal i hälso- och sjukvård. Specifik omvårdnad kräver speciell kompetens”.

(Socialstyrelsen SOSFS 1993)

I en skrift från år 2000 beskriver Svenska kommunförbundet och Vårdförbundet sjuksköterskans yrkesansvar. Omvårdnadsåtgärder ska planeras, genomföras och utvärderas vilket sker i samverkan med andra yrkesprofessioner. I sjuksköterskans primära roll ingår även att direkt och indirekt utföra och medverka i omvårdnaden, samt leda och ansvara för vårdarbetet. Sjuksköterskor har ett särskilt ansvar för att samordna vårdtagarens samlade behov av hälso- och sjukvård och se till att vårdkedjan fungerar för varje enskild person och att tillkalla läkare när patienternas tillstånd kräver det. Sjuksköterskan har även ansvar för att ge det förebyggande och det hälsobefrämjande arbetet en framträdande roll. Där betonas också att samarbetet med de sociala handläggarna är ett viktigt inslag i arbetet och att samverka med anhöriga, MAS, andra vårdgivare samt att effektivisera och kvalitetsutveckla verksamheten.

Arbetsterapeuten ska främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav. Arbetsterapeutens medel för att nå detta mål är att genom arbetsterapi utveckla patientens aktivitetsförmåga eller förhindra nedsatt aktivitetsförmåga och i förekommande fall kompensera den, så att patienten upplever tillfredsställelse i sin dagliga livsföring. (www.fsa.se)

Sjukgymnasten medverkar till att förbättra människors möjligheter att klara det dagliga livets krav på rörelser för att kunna vara aktiv och en del av samhällslivet, både genom förebyggande och rehabiliterande insatser. Sjukgymnaster är den yrkesgrupp inom vården som har den bästa kunskapen om människans förmåga att röra sig och om de funktionsstörningar som begränsar rörelseförmågan. Det kan t ex röra sig om smärta, stelhet, muskelsvaghet, andningsproblem, stress, rädsla och ångest. (www.sjukgymnastforbundet.se)

Både arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar självständigt med utredande och behandlande uppgifter, att ge information, råd och stöd. Andra vanligt förekommande uppgifter är att handleda och utbilda patienter, anhöriga och personalgrupper, utarbeta vård- och rehabiliteringsplaner, samt att förebygga ohälsa.

Organisationsförändringar

Under de senaste åren har flera av stadsdelsförvaltningarna i Stockholm förändrat organisationen för hälso- och sjukvården. Förändringarna innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen tillhör olika enheter med egna chefer. Flera olika variationer av hälso- och sjukvårdsenheter förekommer. En vanlig modell är att all hälso- och sjukvårdspersonal i en stadsdel placeras i en egen enhet med ansvar för hälso- och sjukvården i stadsdelens samtliga särskilda boendeformer. Omvårdnadspersonalen i de olika särskilda boendena bildar egna enheter ofta med undersköterskor som ansvariga arbetsledare för omvårdnadsarbetet.

Mål för hälso- och sjukvården i Stockholm

Stockholms stads mål

Med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdslagen har Stockholms kommunfullmäktige antagit mål för hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen. (Stockholms stad, 2005b)

Målen för 2006 till 2010 är enligt äldreomsorgsplanen:

- ”Anställda inom äldreomsorgen ska ha hög kompetens som svarar mot de krav som verksamheten ställer.
- Den kommunala äldreomsorgen ska samarbeta med landstingets hälso- och sjukvård med fokus på de enskildes behov”.

Under rubriken särskilda boendeformer utvecklas målen för hälso- och sjukvården ytterligare.

- ”I hälso- och sjukvårdsansvaret ingår också ansvar för rehabiliteringsinsatser. För att uppnå en god rehabilitering är det viktigt att den startar i ett tidigt skede och att ett rehabiliterande arbetssätt genomsyrar verksamheten.
- De ökande vård och omsorgsbehoven inom äldreomsorgen ställer allt större krav på den hälso- och sjukvård som bedrivs inom de särskilda boendeformerna. För att kunna upprätthålla en god och säker hälso- och sjukvård förutsätts att personalen har utbildning och kompetens som svarar mot behoven.
- Förutom att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser har sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster en viktig handledarfunktion i hälso- och sjukvårdsarbetet.
- Det är en angelägen uppgift för staden att säkerställa läkemedelshanteringen inom äldreomsorgens verksamheter. Staden ska också medverka till att regelbundna läkemedelsgenomgångar genomförs i samarbete med landstinget.
- Den palliativa vården är en viktig del av hälso- och sjukvården. Att vårda människor i livets slut ställer särskilda krav på personalens lyhördhet, bemötande och kompetens. Det huvudsakliga målet för vården ska vara att försöka uppnå bästa möjliga livskvalitet för den enskilde i en av livets svåraste stunder.”

Stadsdelsnämndernas verksamhetsplaner innehåller också mål för hälso- och sjukvården även om de på de flesta håll ännu är fåtaliga. Andra dokument som innehåller målformuleringar är olika entreprenadupphandlingsunderlag för särskilda boendeformer.

Överenskommelser mellan Stockhoms stad landstinget om läkarvård

De mest innehållsrika målformuleringarna finns i de överenskommelser som Stockholms stad och Stockholms läns landsting har angående läkarinsatser i de särskilda boendeformerna. Överenskommelserna finns i olika varianter och många av dem omförhandlas just nu. De flesta av de olika överenskommelserna har ett liknande innehåll och citaten i detta avsnitt är hämtat från en mall utarbetad inom beställarkontor vård inom landstinget.

Målsättningen för hälso- och sjukvårdsarbetet i de särskilda boendeformerna är enligt dessa överenskommelser

”i första hand att vara funktionsbefrämjande och förebygga fall, läkemedelsbiverkningar, nutritionsstörningar och trycksår”.

Målsättningen är också att alla boende får vård och behandling i hemmet³. Patienterna ska endast undantagsvis behöva remitteras till akutsjukhus och jourmottagningar.

I den citerade överenskommelsen beskrivs att hälso- och sjukvårdens huvuduppgifter inom särskilt boende är att

- ”Bedöma, utreda, behandla och följa upp sjukdom och sjukdomssymptom hos boende/patienter där slutenvårdens behandlings- och utredningsresurser inte behövs.
- Bedöma, planera, åtgärda och följa upp specifika omvårdnadsbehov relaterade till sjukdom och funktionshinder.
- Bedöma, planera, åtgärda och följa upp insatser för att bibehålla funktioner och tillgodose hjälpmedelsbehov.

Palliativ vård är ett viktigt uppdrag för sjukvårdsorganisationen inom särskilt boende”.

I en särskild punkt i överenskommelsen poängteras att forskningsverksamhet ses som en utvecklingsmöjlighet.

En bilaga till överenskommelserna innehåller en instruktion för läkarinsatserna, Inriktningsmålen för läkarinsatserna är enligt bilagan:

- ”att den äldre och hans/hennes närstående upplever trygghet beträffande läkarinsatserna
- att förebygga och tidigt åtgärda försämring av hälsotillståndet hos de äldre

³ Med hemmet avses här bostaden i särskilt boende.

- att medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök på och hänvisningar till akutsjukhusens akutmottagningar eller annan slutenvård.
- att förskrivning av läkemedel till patienter i särskilda boenden sker säkert och rationellt”

Synpunkter på hälso- och sjukvården i Stockholm

Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet har tillsynsansvar för hälso- och sjukvården i Stockholms stad lämnar årligen en rapport om tillståndet i hälso- och sjukvården i Stockholms län. Under 2005 har Geriatriska rådet⁴ inom Stockholms läns landsting också lämnat synpunkter.

Socialstyrelsens tillsynsenhets årsrapport

I den senaste rapporten från Socialstyrelsens regionala tillsynsmyndighet som avser verksamhetsåret 2004 framkommer att det generellt inom äldreomsorgen i länet har förekommit kvalitetsarbete i de särskilda boenden som tillsynsmyndigheten har besökt under året. Bland annat har fler enheter rutiner för avvikelshantering och klagomålshantering. Tillsynsmyndigheten noterar att personalsituationen genomgående har varit mer stabil och att det har blivit lättare att rekrytera personal. Läkarmedverkan uppfattas som tillräcklig.

Några av de brister som noteras i rapporten är att flera olika vårdgivare är involverade i hälso- och sjukvården i vissa äldreboenden. Ordinarie sjuksköterskor arbetar dagtid, kvällspasset sköts ofta genom köpta resurser, liksom nattinsatserna. Det innebär enligt Socialstyrelsen en säkerhetsrisk och kan bland annat innebära problem med journalföringen och att information om den enskilde inte finns tillgänglig vid läkarbesök. Socialstyrelsen har även uppmärksammat att det är låg bemanning helger och nätter och neddragningar även övriga arbetspass. Arbetsledning saknas fredag till måndag. (Socialstyrelsen, 2005c)

Brev från Geriatriska rådet

Under våren 2005 skickade ledamöterna i Geriatriska rådet ett brev till landstingets beställarkontor med anledning av att de uppfattade att förutsättningarna för läkarnas arbete i de särskilda boendeformerna höll på att förändras och försämrats. I brevet skriver de bland annat:

”I många av kommunerna och stadsdelarna i länet pågår förändringar av organisationen av hälso- och sjukvården i äldreboendena med minskad sjuksköterskebemanning som följd. Orsaken är sannolikt i huvudsak ekonomisk men även en förändring av sjuksköterskerollen bidrar. Därför uppstår ständigt osäkerhet om i vilka situationer patienter ska kunna få sitt medicinska vårdbehov tillgodosett på äldreboendet. Argument som att även boende i äldreboende har rätt att vårdas på sjukhus i samma omfattning som andra trots kvarboendepincip och trots att man har argumenterat för behovet av geriatriker i äldreboendet just för att undvika onödiga sjukhusintagningar. Nu begränsas möjligheterna till behandling

⁴ Samtliga verksamhetschefer för de geriatriska klinikerna i Stockholms läns landsting bildar det Geriatriska rådet.

så att man i själva verket inte kan få lika god vård i äldreboende som i det egna hemmet/...../Personer från äldreboenden tas in på geriatriska kliniker eller i akutsjukvården för vård vid exempelvis infektioner därför att man inte anser sig kunna ge intravenös antibiotika, syrgas etc och därför att man inte har resurser för övervakning så att smärtlindring kan ges vid behov till palliativa patienter. Det är nu inte brist på läkare som är orsak till detta utan problemet är sjukskötersketillgången.”

Brevet har enligt uppgifter från beställarkontoret diskuterats med företrädare på olika nivåer för Stockholms stad och de gemensamma diskussionerna har lett till att samarbete och samverkan mellan landstingets och stadsdelarnas verksamheter har utvecklats.

STUDIENS SYFTE

Studiens syfte har varit att belysa olika personalkategoriernas uppfattning om och erfarenheter av hälso- och sjukvården inom de särskilda boendeformerna i Stockholms stad. Att genom intervjuer med olika befattningshavare från stadsdelsförvaltningarna spegla de förhållanden och frågeställningar som enligt dem som arbetar med hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer i Stockholm stad är aktuella och som har betydelse för fortsatt utvecklingsarbete.

Frågeställningar

- Hur tolkas hälso- och sjukvårdsuppdraget inom äldreomsorgen i Stockholms stad?
- Hur organiseras hälso- och sjukvården i Stockholms stad?
- Vilken är sjuksköterskans roll/uppgift i den kommunala hälso- och sjukvården?
- Vilken roll/uppgift har övrig legitimerad personal i den kommunala hälso- och sjukvården?
- Vilken är läkarens roll/uppgift i den kommunala hälso- och sjukvården?
- Hur vill de intervjuade att äldreomsorgen ska utvecklas i framtiden?

Frågorna har också berört de boendes hälsa och funktionsförmåga och en ambition har varit att i arbetet utgå från de boendes perspektiv. På vilket sätt kan de få sina behov av både omsorg och hälso- och sjukvård tillgodosedda?

METOD

Studien har en kvalitativ ansats och data har främst samlats in genom intervjuer i grupp och individuellt, men också genom inläsning av aktuella rapporter och andra skrifter med anknytning till ämnesområdet. De flesta intervjuerna gjordes från september 2005 till december 2005. Några kompletterande intervjuer har gjorts första kvartalet 2006. Samtliga intervjuer gjordes av de två utredarna från Äldrecentrum som genomförde studien.

Intervjuer

Gruppintervjuer

Sammanlagt har gruppintervjuer gjorts med följande fyra yrkesgrupper; medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), enhetschefer, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter och sjukgymnaster som arbetar i särskilda boenden i Stockholms stad. Vid gruppintervjuerna användes en gemensam intervjuguide. (Se bil 1.) Vid tre av gruppintervjuerna deltog sex personer och i den fjärde sju personer. Gruppintervjuerna leddes av de två utredarna gemensamt.

Deltagarna i de fyra gruppintervjuerna arbetar som enhetschefer, MAS, sjuksköterskor, sjukgymnaster/ arbetsterapeuter i särskilda boenden som drivs av Stockholms stad eller i företag som arbetar på uppdrag av Stockholms stad. Urvalen har gjorts för att i så stor utsträckning som möjligt spegla den bredd av

olika förhållanden som Stockholms stad erbjuder och inte främst för att kunna dra generella slutsatser av materialet (Malterud, 1998). Utredarna har tillfrågat chefer och MAS i olika stadsdelar om förslag på personer som skulle kunna delta i gruppintervjuerna. I några fall tillfrågades personer, som utredarna hade kännedom om. Stadsdelar med många särskilda boenden har haft fler representanter än de med ett bara ett fåtal.

Totalt deltog 25 personer i gruppintervjuerna. De representerade 17 av Stockholms 18 stadsdelsförvaltningar. Gruppintervjuerna pågick i tre timmar. Fem personer som tillfrågades avböjde att delta. De hade förhinder i form av semester eller liknande. En uteblev från en av gruppintervjuerna.

Övriga intervjuer

För att spegla hur hälso- och sjukvårdsfrågorna behandlas på alla nivåer inom stadsdelförvaltningarna har även tre stadsdelsdirektörer och tre äldreomsorgschefer intervjuats. Intervjuerna var individuella och intervjupersonerna representerar sex olika stadsdelsförvaltningar. Dessa personer valdes också för att representera olika förhållanden. De stadsdelar som de arbetar i har en omfattande äldreomsorg. Även Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer har intervjuats.

För att få en heltäckande bild av hälso- och sjukvården ingår också fem läkare bland intervjupersonerna. Tre intervjuades individuellt och två i en gemensam intervju. Fyra av dem är geriatriker och en är allmänläkare. Tre är anställda på geriatriska kliniker, en i ett ASIH-team och en på en vårdcentral.

För att få ytterligare några perspektiv på hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna har fyra externa experter på hälso- och sjukvård för äldre också intervjuats. De kommer ifrån Ersta högskola, Mälardalens högskola Svensk sjuksköterskeförening och Silviahemmet.

Intervjuerna har gjorts med stöd olika intervjuguider. (Se bilaga 1). En för intervjuerna med läkarna, en för intervjuerna med stadsdelsdirektörerna och äldreomsorgscheferna och en för intervjuerna med de externa experterna. Åtta av de individuella intervjuerna gjordes av de två utredarna tillsammans och de övriga sex av en utredare. Intervjuerna gjorde anteckningar, som sedan skrevs rent.

Litteraturstudier

I studien ingår även en viss genomgång av aktuella författningar, utredningar, rapporter m m, som på olika sätt berör de frågeställningar som studien behandlar.

RESULTAT

Intervjuer med chefer inom ledningen i några stadsdelsförvaltningar

Tre stadsdelsdirektörer och tre äldreomsorgschefer med utföransvar har intervjuats. Resultatet visar skillnader på hur hälso- och sjukvårdsfrågorna behandlas inom stadsdelsförvaltningarna.

Intervjuer med stadsdelsdirektörer

De tre stadsdelsdirektörerna betonade att hälso- och sjukvårdsfrågorna endast är en liten del av stadsdelsnämndernas ansvarsområden. I två av stadsdelsnämnderna behandlas hälso- och sjukvårdsfrågor främst när MAS lämnar rapporter eller vid anmälningsärenden. I den tredje stadsdelsnämnden tar direktören mer regelbundet upp frågor som rör uppdraget att vara sjukvårdshuvudman vid stadsdelsnämndernas sammanträden. Alla direktörerna anser att det kvalitetsarbete som MAS bedriver leder till kontinuerliga förbättringar.

Målen för hälso- och sjukvården i de tre stadsdelsförvaltningarna är enligt de intervjuade direktörerna en god och säker vård. Några områden som de intervjuade direktörerna framhåller är smärtlindring, god vård i livets slutskede, att undvika att de äldre transporteras till akutsjukhus i onödan samt personalstabilitet. Stadsdelsnämnderna har kommit olika långt när det gäller att formulera mål för hälso- och sjukvården i sina styrdokument. En av stadsdelsnämnderna har formulerat egna mål, en är på väg att utveckla sina mål ytterligare. Den tredje av stadsdelsnämnderna har inga speciella mål för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvård är enligt direktören något självklart.

I de tre stadsdelarna har äldreomsorgen en integrerad organisation, men i en av stadsdelarna ansvarar sjuksköterskor i mobila team för hälso- och sjukvården på obekvämtid. En av stadsdelsdirektörerna framhåller vikten av att hälso- och sjukvård bedrivs ur ett helhetsperspektiv och anser att sjuksköterskorna bör vara arbetsledare i omvårdnaden och ingå i arbetslagen. De bör även ha en undervisande roll gentemot vårdpersonalen. Att ha en gemensam organisation för hälso- och sjukvården och för omsorgen i övrigt anser hon är bra ur patientperspektivet. Det ger en god kontinuitet. Alternativet med två organisationer tror hon kan leda till brister i säkerheten. Det är enligt henne vanskligt att föreslå en nämnd att införa en särskild hälso- och sjukvårdsorganisation och förespegla dem att hälso- och sjukvården blir bättre. Delade organisationer ser hon som ett sätt att spara pengar.

Två av de tre direktörerna önskar att läkarna ska överföras till kommunen. Den tredje menar att det inte självklart är den bästa lösningen. En av stadsdelsdirektörerna anser att det finns en tendens att den kommunala hälso- och sjukvården är en B-sjukvård. Forskningen behöver få mer utrymme. Han ser försöket i Norrtälje där kommunen och landstinget har skapat ett gemensamt ”vårdbolag” som en intressant lösning.

Direktörernas erfarenheter av samverkan med landstinget är blandade. De har både mycket goda erfarenheter, men berättar också om delar som kan utvecklas och förbättras. En av stadsdelsdirektörerna berättar om en ny överenskommelse med landstinget om att dela på kostnaderna för korttidsvård för äldre. En lösning där båda huvudmännen har något att vinna.

Intervjuer med äldreomsorgschefer

De tre intervjuade äldreomsorgscheferna har olika ansvarsområden. En är ansvarig för hela äldreomsorgen i sin stadsdel medan två är enbart ansvariga för den utförda äldreomsorgen i kommunal regi. Två är chef för stadsdelens MAS.

De tre äldreomsorgscheferna anser att det viktigaste är att ge de boende i de särskilda boendeformerna en god och säker vård och att leva upp till olika kvalitetskrav. Exempel på kvalitetskrav som de nämner är att undvika eller förebygga fall, undernäring och trycksår, att alla som bor i särskilt boende ska ha en vårdplan och få individuellt utprovade hjälpmedel. Två av äldreomsorgscheferna framhöll vikten av att utgå från de äldres individuella behov.

Intervjuerna med de tre äldreomsorgscheferna visar att målen för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna är likartade, men att synen på hur hälso- och sjukvården ska bedrivas varierar. De har genomfört liknande organisatoriska förändringar, men med olika syfte.

Två av de tre intervjuade äldreomsorgscheferna hade just organiserat den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i egna enheter. I den tredje stadsdelen hade de redan tidigare infört en sådan organisation. Under intervjuerna framkom att det finns skillnader i de tre äldreomsorgschefernas motiv att förändra organisationen för hälso- och sjukvården och även hur de nya organisationerna konkret var utformade. Ett motiv var gemensamt i alla tre stadsdelarna, att hitta en bra organisation för sjuksköterskorna. I två av stadsdelarna ansåg äldreomsorgscheferna att det var problem att en del sjuksköterskor är tveksamma till att delegera arbetsuppgifter till vårdpersonalen. I en av stadsdelarna hade de svårigheter att få unga nyutbildade sjuksköterskor att stanna kvar.

I två av stadsdelarna är sjuksköterskorna stationerade på de olika enheterna där de är omvårdnadsansvariga för de boende. Där betonas sjuksköterskans uppgift att vara arbetsledare för vårdpersonalen, att finnas på plats och att handleda.

I den tredje stadsdelen finns en annan syn på sjuksköterskans placering. Där har sjuksköterskorna en konsultativ roll och utgår i sitt arbete från sin gemensamma arbetsplats. I den stadsdelen är det undersköterskor som leder omvårdnadsarbetet. I de två andra stadsdelarna är äldreomsorgscheferna kritiska till att sjuksköterskorna arbetar konsultativt. De betonade att sjuksköterskan måste behålla ansvaret för de boendes omvårdnad och vara arbetsledare. I dessa två stadsdelar betonade äldreomsorgscheferna vikten av att den legitimerade personalen handleder den övriga vårdpersonalen i det dagliga arbetet.

I den tredje stadsdelen var ett av motiven för en separat hälso- och sjukvårdsorganisation att sjuksköterskorna ska konsultera varandra och tillsammans

bygga upp en så bred kompetens som möjligt för att kunna göra bedömningar. Äldreomsorgschefen där betonade vikten av att sjuksköterskorna finns i en egen enhet för att stanna kvar i kommunen. Finns de utspridda på de olika enheterna ansåg hon att de blir för isolerade.

Även i en av de andra stadsdelarna hade äldreomsorgschefen sjuksköterskornas kompetensutveckling som motiv för att ha dem i separata organisationer. I övrigt ville man där att sjuksköterskorna skulle fungera som i en traditionell organisation. I den tredje stadsdelen var ett av motiven för den nya organisationen att öka säkerheten i hälso- och sjukvården.

I två av stadsdelarna förekommer att externa enheter har ansvaret för hälso- och sjukvården kvällar, nätter och helger, men förhållandena varierar mellan olika enheter.

I två av stadsdelarna finns speciella rehabenheter där alla sjukgymnaster och arbetsterapeuter är samlade. I den tredje stadsdelen tillhör de hälso- och sjukvårdsenheten.

Äldreomsorgscheferna fick frågan om vad de anser leder till god kvalitet i hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna. De tre äldreomsorgscheferna är helt överens när det gäller behovet av hög kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen och behovet av kontinuerlig vidareutbildning. De var även överens om vikten av att ha bra samarbete med läkarna och att läkarna ska ha god kunskap om äldre.

En av dem framhöll att antalet sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som är tillgängliga i vården, har betydelse för kvaliteten och menade att det behövs en hög bemanning med tanke på att de boende är sjukare idag än tidigare. Två av äldreomsorgscheferna önskade mer samarbete mellan de legitimerade yrkesgrupperna i team, ”att arbeta i team kan göra underverk”. En av den ansåg att de små enheterna bidrog till vården och omsorgen fick en god kvalitet.

Gruppintervjuer

I detta avsnitt redovisas resultatet av gruppintervjuerna med de fyra olika yrkeskategorierna, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer för särskilda boendeformer, sjuksköterskor samt sjukgymnaster och arbetsterapeuter. De intervjuade uttryckte stor uppskattning över att hälso- och sjukvårdsfrågorna ”äntligen uppmärksammas” och framförde många erfarenheter och synpunkter. Resultatet visar i de flesta avseenden en stor samstämmighet mellan de intervjuade grupperna men åsikterna skiljer sig i några avseenden.

De äldres situation

Hur mår de boende?

Uppfattningen bland de av intervjuade, som har arbetat länge (mer än tio år) inom äldreomsorgen var att hälsan hos de boende i de särskilda boendefor-

merna har försämrats kontinuerligt sedan Ädelreformen och att utvecklingen fortsätter. Orsaken till de boendes försämrade hälsotillstånd är enligt de intervjuade att det numera ställs mycket höga krav på att de som flyttar till äldreboenden ska ha omfattande vård- och omsorgsbehov. Alla andra möjligheter att få dessa behov tillgodosedda ska vara uttömda. Vanlig åldersvagheter är enligt de intervjuade inte längre tillräckligt för att få flytta till ett äldreboende, inte heller oro och ångest.

Det är enligt de intervjuade i första hand inte de boendes sjukdomar som ger upphov till behovet av särskilt boende utan de funktionsnedsättningar som sjukdomarna medför och som gör det omöjligt för dem att klara den dagliga livsföringen på egen hand.

Figur 3, Exempel på funktionsnedsättningar hos de boende

<ul style="list-style-type: none">• svårigheter att kommunicera• försämrat närminne• kognitiva problem• förvirring• försämrad syn och hörsel• smärta• ledbesvär• inkontinens• diarréer	<ul style="list-style-type: none">• yrsel, balansrubbnings,• rörelseproblem,• ångest, oro• aggressivitet• sömnsvårigheter• sväljsvårigheter• undervikt• dåliga tänder
--	--

Samtliga deltagare i gruppintervjuerna; enhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, var helt överens om att de som bor i äldreboenden nu har ett större hälso- och sjukvårdsbehov än tidigare. Enligt de intervjuade så finns det inte många bland de boende som inte har behov av hälso- och sjukvård. De flesta är enligt de intervjuade multisjuka och har hög medelålder. Flertalet har kognitiva problem eller demenssjukdomar. Andra vanliga diagnoser är

- Stroke
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Cancer
- KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom)
- Parkinsons sjukdom

De intervjuade rapporterade om att det har blivit vanligare att personer som flyttar till särskilt boende har cancerdiagnoser, i ett sent skede. Svårigheter att kommunicera är inte ovanliga. Frekvensen av bensår har ökat, likaså infektioner med multiresistenta bakterier (MRSA).

De boende är i allmänhet, som en följd av sina olika sjukdomar, ordinerade många läkemedel. Många av de äldre får biverkningar med olika komplikationer som följd. Ett vanligt exempel är yrsel med ökad risk att falla som följd.

De intervjuade uppgav också att den genomsnittliga boendetiden har blivit kortare och att det är en skillnad mellan de som flyttar in nu i jämförelse med

dem som kom för något år sedan. Vårdtider längre än ett halvår bland dem som har flyttat in de senaste åren anser de är relativt ovanliga, medan kortare vistelser på mindre än en månad har blivit vanligare. Enligt de intervjuade händer det ibland fortfarande att pensionärer avlider på väg till äldreboenden, vilket de anser innebär att de transporteras i ett tillstånd där varje förflyttning är ytterst olämplig. De äldres försämrade hälsa och de kortare vårdtiderna innebär enligt de intervjuade att antalet dödsfall i de särskilda boendena har ökat.

Boende som flyttar till vård- och omsorgsboende hemifrån

En av de intervjuade sjuksköterskorna som arbetar på ett servicehus berättade om stora skillnader mellan de pensionärer som flyttar till servicehuset nu och de som flyttade in tidigare. Enligt henne är många av dem som flyttade till servicehuset, i mitten av 1990-talet, fortfarande pigga, medan de som kommer nu flyttar in när ”*allt har rasat*”. Hemtjänstens och hemsjukvårdens insatser har inte räckt till, trots att de kan ha haft stora insatser. Många har kognitiva problem, ibland som en följd av att de är intorkade eller har infektioner. Ofta har de nyinflyttade sjukdomar, som kräver specialistkonsultationer. Ibland visar det sig att dessa personer har så stora behov av vård och omsorg att de senare får flytta vidare till ett gruppboende eller demensboende.

De andra sjuksköterskorna hade liknande erfarenheter. De sa att pensionärerna, många gånger verkar ha levt i social misär en tid före de flyttar till särskilt boende. Enligt en annan av de intervjuade sjuksköterskorna är en del i de äldres problematik att de har levt isolerade sedan de har förlorat sin make/ maka, tidigare kontaktnät av grannar vänner och släktingar. Det händer relativt ofta att de som kommer till korttidsboendet där hon arbetar är personer som lever mycket isolerade och som tidigare inte har haft någon kontakt med distriktssköterska eller hemtjänst utan har klarat sig helt själva. Hennes erfarenheter är att tre till fem veckors vistelse i korttidsboendet kan ge äldre personer möjlighet att klara sig själva ytterligare en tid.

Boende som återvänder eller flyttar till särskilt boende efter akutsjukvård

De intervjuade ser ett samband mellan minskningen av antalet platser inom geriatriken och ökningen av kraven på medicinska behandlingar i äldreboenden. De äldre som skrivs ut från sjukvården till särskilda boendeformer har ofta behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. I alla gruppintervjuerna framkom att deltagarna inte ansåg att de äldre alltid vare sig är färdigutredda eller färdigbehandlade när de skrivs ut från akutsjukvården. De flesta har enligt sjuksköterskorna, pågående medicinska behandlingar, som ska åtgärdas och utvärderas fortlöpande. Patienterna är ofta inte ”stabila” och kräver kontinuerlig tillsyn, att olika kontroller görs eller andra löpande insatser. Även personer som har vårdats inom ASIH⁵ flyttar in till särskilda boenden.

Vårdtiderna på sjukhus är ofta för korta anser samtliga intervjuade. Man glömmer enligt sjuksköterskorna idag bort att äldre behöver längre rehabiliteringsinsatser. Ofta har de kvarstående behov av träning när de skrivs ut. Framförallt gäller det dem som har drabbats av stroke, frakturer eller hjärtsvikt. ”Nu

⁵ ASIH betyder avancerad sjukvård i hemmet

gör vi det som tidigare gjordes inom geriatriken”, konstaterade en av enhetscheferna. För att flytta vården av de äldre från den sluta vården inom landstingets hälso- och sjukvård till de särskilda boendeformerna krävs enligt de intervjuade i första hand flera sjuksköterskor, men även fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Vården går inte att bedriva om det inte finns kompetent personal. Det krävs utbildning för att se behoven och möjligheterna.

Alla de intervjuade yrkesgrupperna anser att kontakterna mellan akutsjukvården och de särskilda boendena bör förbättras vid utskrivning. Nu kommer ofta de äldre patienterna till äldreboendena från akutsjukvården utan någon föregående kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonalen på det särskilda boendet och akutsjukhuset. Det innebär att personalen på det särskilda boendet inte hinner göra några förberedelser som att anskaffa hjälpmedel och annan utrustning. Kontakterna går vanligtvis via biståndsbedömaren, vilket de intervjuade inte anser är tillräckligt. Ibland blir placeringarna helt fel när biståndsbedömarna förutsätter att ett boende ska klara omfattande vård och omsorgsbehov utan att vare sig bemanning eller utrustning är tillräcklig.

Boende som åker från särskilt boende till akutsjukvården

Deltagarna vid gruppintervjuerna var i hög utsträckning eniga om att en viktig målsättning med tanke på välbefinnandet hos de som bor i äldreboenden är att möjligaste mån undvika förflyttningar till akutsjukhus. För de med demenssjukdomar kan även kortvariga förflyttningar leda till ökad förvirring och oro.

Det framkommer under gruppintervjuerna att många av de ”sjukdomar” som de äldre skickas till sjukhus för, skulle kunna ha undvikits om vården i äldreboendet hade varit bättre. Pensionärer som skickas från särskilda boenden in till akutvården är enligt de intervjuade inte sällan förstoppade, uttorkade eller undernärda. Dessa symtom kan vara tecken på brister i vården. Fallskador är heller inte ovanligt. De beskriver ett ”bollande” med äldre mellan vårdgivarna, som de upplever som olustigt att delta i och som orsaker lidande för patienterna. Vilken bild ger detta landstinget av den kommunala hälso- och sjukvården undrade sjuksköterskegruppen.

Vilken hälso- och sjukvård kan de äldre få i det särskilda boendet?

Intervjusvaren visar att den hälso- och sjukvård som bedrivs inom äldreomsorgen i Stockholm varierar både mellan de olika stadsdelarna, men även mellan olika äldreboenden inom stadsdelarna. Stadsdelarna har olika regler och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Det framgår att avgränsningarna av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i stadsdelarna eller i enskilda boenden är olika och var när de infördes ofta inte grundade på några lokala avtal eller överenskommelser med landstinget. De intervjuade medicinskt ansvariga sjuksköterskorna anser att kraven inom Stockholms stad bör vara likartade. Det skulle enligt dem leda till större säkerhet bland annat för att en del personal arbetar i flera stadsdelar.

I figuren nedan framgår något av vad hälso- och sjukvården i äldreomsorgen enligt de intervjuade utför av förebyggande/uppehållande respektive behandlande insatser (hälso- och sjukvårdslagens begrepp.)

Figur 4. Exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser som förekommer i de särskilda boendeformerna

Förebyggande/uppehållande hälso- och sjukvårdsinsatser	Behandlande hälso- och sjukvårdsinsatser
Stimulans och aktiviteter	Symtomkontroll
Samvaro	-ångest, oro
Träning av funktioner	-smärta
-att gå	-yrsel
-att äta	-illamående, aptitlöshet m m
-toalettbesök	Behandlingar
Kontraktur- och sårprofylax	-näringstillförsel
Riskbedömning tex fall	-läkemedel
Hjälpmedel	-sårvård
	-transfusioner
Vaccinationer	-dialys
	Provtagning

Enligt de intervjuade sjuksköterskorna, arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna kan en stor del av den hälso- och sjukvård som ges i de särskilda boendeformerna betecknas som vård i livets slutskede, antingen i tidig eller sen fas.

De intervjuade ansåg inte att pensionärernas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser tillgodoses fullt ut, framför allt inte förebyggande insatser. En av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna berättade att det finns en ”jättefrustration” bland sjuksköterskorna i hennes stadsdel därför att de inte får förståelse för sitt hälso- och sjukvårdskunnande. De anser inte att deras erfarenheter tas tillvara. Sjuksköterskegruppen pratade om vikten att göra hälso- och sjukvårdsarbetet synligt. De efterfrågade bra mätmetoder för att beskriva vad tiden går till. ”Hur får jag politiker att förstå att vi vårdar människor?” Vården är ej organiserad efter de behov som finns. Hur kan vi synliggöra att olika uppgifter tar tid? Hur kan vi ge de äldre vi vårdar ett ansikte?” var några av de frågor som ställdes.

”Fastställ vilken vård vi ska bedriva så skaffar vi de resurser som behövs!”

Det är enligt de intervjuade oklart vad som ingår i kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda äldreboendena. Kompetensmässigt finns det enligt dem inte några gränser för vad de kan klara. ”Fastställ vilken vård vi ska bedriva så skaffar vi de resurser som behövs”, var en åsikt i MAS-gruppen. I gruppintervjun med rehabpersonal konstaterade en av deltagarna att personalen vill mer än uppdragsgivarna.

De rådande oklarheterna om vad landstingets hälso- och sjukvård ska göra och var kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tar vid är svår att hantera. De överenskommelser som finns mellan Stockholms stad och Landstinget om läkarmedverkan i de särskilda boendeformerna, nämndes inte i någon av

gruppintervjuerna med enhetschefer, MAS-ar, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Däremot refererade flera av de intervjuade läkarna till instruktionen för deras arbete och de mål som anges där.

De intervjuade MAS-arna menade att kommunens hälso- och sjukvård inte har anpassat sig till den nya situationen med korta vårdtider. Alternativt är det enligt dem *”att samverkan mellan huvudmännen som inte har anpassat sig”*.

Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser utför sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna?

Vid samtliga gruppintervjuer framkom att en viktig del av den hälso- och sjukvård som behövs inom äldreomsorgen är förebyggande insatser med målsättning att hjälpa de äldre att bevara sitt oberoende i så hög utsträckning som möjligt. En stor del av de förebyggande insatserna ansvarar rehabiliteringspersonalen för. I intervjuerna framhöll samtliga intervjuade träning som ett sätt att både öka de boendes oberoende och livskvalitet samt att minska vårdtyngden. Träning individuellt eller i grupp bidrar enligt dem till att förebygga fallskador. De intervjuade arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna berättade att det också finns behov av rehabilitering, främst efter stroke och fallolyckor i de särskilda boendena. De som behöver kan ofta inte få rehabilitering i det särskilda boendet. Enligt de intervjuade sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna kan de endast i begränsad utsträckning arbeta med individuell rehabilitering eller träning. Resurserna räcker inte för att tillgodose behoven. Antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter är enligt de intervjuade inte tillräckligt. Deras arbetstid räcker främst till att prova ut hjälpmedel.

Rehabiliteringspersonalen berättade att de också har en viktig roll i vården i livets slutskede. För den gruppen boende är det viktigt att förebygga trycksår och att sitt- och liggkomforten blir den bästa.

Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser utför sjuksköterskorna?

Intervjuerna med sjuksköterskegruppen visade att deras arbete varierade mycket mellan de olika stadsdelarna och även beroende på om de arbetade i särskilda boenden eller i servicehus. Sjuksköterskorna betonade vikten av att kommunala sjuksköterskor får tillfälle att göra de medicinska insatser som de har kompetens att utföra. De ansåg att det är viktigt för dem för att upprätthålla sin kompetens och var därför kritiska till reglerna i vissa stadsdelar som enligt dem inskränker vilka behandlingar som kan göras i för stor utsträckning. De ansåg också att om arbetet innehåller för lite medicinska uppgifter blir det mindre attraktivt för sjuksköterskor att arbeta i den kommunala äldreomsorgen. Under förutsättning att tillräcklig bemanning finns kan man enligt de intervjuade sjuksköterskorna ge alla former av injektioner, dropp, planerade blodtransfusioner, hemodialys, syrgasbehandling, m m inom de särskilda boendeformerna.

I vissa stadsdelar kallas hemsjukvårdspersonal in för behandlingar som kräver speciell kompetens, något som de såg mycket positivt på. Sjuksköterskorna framhöll den psykosociala omvårdnadens betydelse. Det är viktigt att kunna

tolka beteendeförändringar. Inte minst för de som lider av demenssjukdomar. Aggressivitet kan bero på smärta.

Skillnaderna gällde inte bara omfattningen av vilka behandlingar som kan förekomma. Exempel nämndes också där sjuksköterskor i vissa enheter har medarbetarsamtal med vårdpersonalen utan att ha någon chefsposition.

De intervjuade ansåg att de tuffa ekonomiska villkor som råder i vården bidrar till att begränsa de behandlingar som de boende kan få i det särskilda boendet. De efterlyste ett tydligare ”vård- och omsorgsfokus”. Ett exempel som nämndes var från ett sjukhem där sjuksköterskorna ville byta en boendes Pegsond⁶ på sjukhemmet, istället för att var tredje månad åka med henne till sjukhus, vilket de visste var påfrestande för henne. Chefen sa nej med hänvisning till att sonden var för dyr i inköp, cirka 500 kr.

Organisation

Förändringar i organisationen av hälso- och sjukvård

Vid samtliga intervjuer med de legitimerade yrkesgrupperna berättade deltagarna om de förändringar som har gjorts i organisationen av hälso- och sjukvårdspersonalen i flera av Stockholms stadsdelsförvaltningar. Hälso- och sjukvårdspersonalen och omvårdnadspersonalen har fördelats i olika enheter med egna chefer. En vanlig modell är att all hälso- och sjukvårdspersonal i en stadsdel placeras i en egen enhet med ansvar för hälso- och sjukvården i stadsdelens samtliga särskilda boendeformer. Omvårdnadspersonalen i de olika särskilda boendena bildar en egen enhet ofta med undersköterskor som ansvariga arbetsledare för omvårdnadsarbetet. Under intervjuerna framkom att det finns många variationer av hur de delade organisationerna för hälso- och sjukvårdspersonal respektive omvårdnadspersonal utformas.

Sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns oftast på plats på de olika enheterna under kontorstid. Kvällar, nätter och helger arbetar sjuksköterskorna i mobila team som åker mellan de olika enheterna. De utför då både schemalagda arbetsuppgifter tex insulingivning, men rycker också ut när vårdpersonalen kallar på dem.

Enligt en av ”organisatonsmodellerna” som presenterades förväntas de legitimerade grupperna ha en roll som konsult. Det framkom vid intervjuerna att förebilden för detta sätt att organisera är distriktssköterskornas arbetsätt i primärvården. Sjuksköterskorna ska i enlighet med den organisationsmodellen inrikta sitt arbete på att ge dem som har behov av hälso- och sjukvård avgränsade insatser och inte kontinuerligt följa hälsoutvecklingen hos samtliga boende. Även sjukgymnaster och arbetsterapeuter ska arbeta på detta sätt. Det framkom vid intervjuerna att ett av motiven är att man vill föra in ett socialt synsätt, genom att lyfta fram det friska hos de boende och inte fokusera på sjukdomar.

⁶ Pegsond, permanent magsond

Debatt pågår om hur hälso- och sjukvården ska organiseras

Frågan om sjuksköterskans roll i den kommunala hälso- och sjukvården var central i gruppintervjuerna med MAS, enhetschefer och sjuksköterskor. Bland de intervjuade fanns de som både arbetade i delade och integrerade enheter. De erfarenheter av de delade enheterna som redovisades vid intervjuerna var blandade. Majoriteten av de intervjuade hade kritiska synpunkter på de delade enheterna och förändringarna oroade dem. Några av argumenten för och emot framgår av figuren nedan.

Figur 5. Fördelar och nackdelar med delade enheter för hälso- och sjukvårds respektive omvårdnadspersonal.

Ex på fördelar med delade enheter	Ex på nackdelar med delade enheter
<ul style="list-style-type: none">• Den leg personalen får bättre stöd i sin yrkesroll och kompetensutveckling• Den leg personalen utför endast "kvalificerade" arbetsuppgifter• Hälso- och sjukvårdsarbetet renodlas	<ul style="list-style-type: none">• Sjuksköterskans kompetens i allmän omvårdnad tas inte tillvara• Sjuksköterskan kan inte följa ev förändringar och behandlingar hos de boende• Svårigheter att handleda personalen• Teamarbete och helhetssyn försvåras• Vårdpersonalens kompetens otillräcklig för att kunna tolka förändringar i hälsotillstånd• Kan riskera säkerheten

I följande avsnitt redovisas några av de synpunkter de intervjuade betonade mest.

Sjuksköterskans roll - vem ska leda omvårdnadsarbetet?

En uppfattning var att sjuksköterskorna som en följd av de delade organisationerna håller på att få en konsultroll⁷. En annan ansåg istället att förändringarna innebär att sjuksköterskerollen håller på att förtydligas och att det är positivt att sjuksköterskans arbetsuppgifter renodlas och främst inriktas på specifika hälso- och sjukvårdsuppgifter. De flesta av de intervjuade framhöll vikten av att det är sjuksköterskor som leder det direkta vård- och omsorgsarbetet och att det ansvaret inte läggs över på vårdpersonal.

Majoriteten av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna oroades av den förändringen de ser från en "sjuksköterskeledd" omvårdnad till att den rollen istället övertas av undersköterskor. De är kritiska till utvecklingen mot att sjuksköterskor får en konsultroll och varnar också för att konsekvenserna av de mobila teamen kommer senare. De ansåg att frånvaron av sjuksköterskor bland de boende är en riskfaktor och kan inte se den utvecklingen som ett verkligt realistiskt alternativ när behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser i de särskilda boendena enligt deras bedömning ökar. Frånvaro av sjuksköterskor innebär en risk att förändringar i de boendes tillstånd inte upptäcks eller att de boende inte

⁷ Med konsultroll menas att sjuksköterskan kontaktas främst när enskilda boende har hälso- och sjukvårdsbehov och inte har en kontinuerlig tillsyn över den boendes tillstånd. Det ansvaret läggs istället på omvårdnadspersonalen.

behandlas på rätt sätt. De sa att det kan ta dagar för sjuksköterskorna att få information, som de borde få direkt för att inte riskera onödigt lidande för de boende. De flesta medicinskt ansvariga sjuksköterskorna ansåg att sjuksköterskor behövs både för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, men också för att föreslå eller besluta om att avstå från sådana. Det krävs enligt dem kompetens för att kalla på läkare.

Det är enligt sjuksköterskorna olyckligt för vårdkvaliteten om de i sitt arbete blir beroende av rapporter från undersköterskor och vårdbiträden. Sjuksköterskorna vill göra sina egna bedömningar. Vid intervjuerna frågade de sig hur de ska kunna bedöma de boendes hälsotillstånd om de inte träffar dem kontinuerligt. De anser att vårdpersonalen ofta har för låga kunskaper för att kunna göra nödvändiga iakttagelser av de äldres hälsotillstånd. Framförallt som en hög andel av vårdpersonalen idag är utbildade.

Vikten av kontinuitet

Vikten av kontinuitet i hälso- och sjukvårdsarbetet framhölls på olika sätt. Enligt både de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna, enhetscheferna och sjuksköterskorna innebär det risker när olika enheter ansvarar för hälso- och sjukvården inom samma boenden. ”*Vi kan inte ha en mobil doktor och en mobil sjuksköterska*”, som en av de intervjuade uttryckte sig. Det måste enligt de intervjuade finnas någon med medicinsk utbildning på plats som kan följa och tolka förändringar i de boendes hälsa. Ett exempel som nämndes var ett äldreboende där fyra vårdgivare delar på hälso- och sjukvårdsansvaret under ett dygn. Det försvårar enligt flera av de intervjuade att bedriva en säker hälso- och sjukvård. Svårigheter är enligt dem att bland annat att ordna så att alla berörda har tillgång till journaler, läkemedelsförråd mm.

Konsekvenserna av minskad bemanning

Upplevelsen bland de intervjuade var att bemanningen av samtliga personalgrupper minskar i de särskilda boendena. Ibland sker minskningen i samband med att de nya organisationerna införs. De flesta ansåg att det påverkar både kvaliteten på vården och omsorgen och även arbetsmiljön. Den legitimerade personalen är enligt flera av de intervjuade en kvalitetsgaranti för hälso- och sjukvården. Utan de legitimerade personalgrupperna kan vare sig några medicinska behandlingar göras eller något förebyggande arbete äga rum.

Flera av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna ifrågasatte hur äldreomsorgen ska klara sig med ett mindre antal hälso- och sjukvårdspersonal. De beförde att det kommer att innebära ”*en kvalitetssänkning utan like*”. Den andra personalen har inte kompetens, att upptäcka symtom. En av de intervjuade undrade hur näringsbrist eller förstoppning ska behandlas om det inte finns utbildad personal.

De intervjuade sjuksköterskornas och medicinskt ansvariga sjuksköterskornas erfarenheter var att om antalet sjuksköterskor blir för litet får de som finns kvar förhållandevis mycket pappersarbete. Det ”*tvingar dem*” att sitta bakom skrivbord istället för att finnas bland de boende. Sjuksköterskorna, sjukgymnasterna

och arbetsterapeuterna var eniga om att för mycket administrativa uppgifter innebär att de inte hinner handleda personalen i tillräcklig utsträckning. Enligt rehabpersonalen är det svårt för dem att hävda sig när de blir för få. De upplevde att de blir "osynliga" i organisationen. De intervjuade sjuksköterskorna berättade att de kunde se konsekvenser av att antalet rehabpersonal har minskat. Enligt dem behåller inte de boende längre sina funktioner; förmågan att förflytta sig, klara toalettbesök att äta m m i samma utsträckning som tidigare och antalet fall och kontrakturer⁸ har enligt dem ökat.

Enligt sjuksköterskorna är det stor omsättning på sjuksköterskor. En konsekvens av att många slutar är enligt de intervjuade att utvecklingen stannar upp. "Man får börja om hela tiden" och det riskerar även att leda till att kvaliteten brister. De intervjuade sjuksköterskorna kände också oro för neddragningen av vårdpersonalen. "Med så stora personalminskningar som görs nu så blir allt som vi byggt upp förstört". Sjuksköterskorna ansåg att färre antal personal på helger och många timanställda ger upphov till problem för de äldre. För litet antal personal och för många utan utbildning innebär enligt sjuksköterskorna att äldre oftare skickas till akutsjukhus från det särskilda boendet.

Svårigheter att delegera uppgifter

En svårighet som sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter nämnde var att delegera arbetsuppgifter till personal, som de bedömer har otillräckliga kunskaper för att kunna utföra de delegerade arbetsuppgifterna. En följd av att vara för få är menade de att de tvingas delegera för många arbetsuppgifter till undersköterskor och vårdbiträden. De sa att det kan påverka vårdkvaliteten negativt. Det krävs grundkunskaper för att kunna ta emot en delegering.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter ansåg att en nackdel med att delegera ut arbetsuppgifter är att de går miste om möjligheten att göra en ny bedömning när de inte själva utför en behandling eller leder ett träningspass. De diskuterade också svårigheter med konsultrollen. Det framkom att det är svårt att handleda personal i enheter där de bara rycker in då och då i jämförelse med enheter där de finns kontinuerligt. De betonade också vikten av att kunna se en helhet och mening i arbetet. Blir antalet patienter att ansvara för stort blir arbetet ointressant ur deras synvinkel. Då kan de inte följa vilka resultat som insatserna för de enskilda patienterna leder till.

Teamarbete/intern samverkan

Vid gruppintervjuerna med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster framkom att samarbetet mellan de legitimerade personalgrupperna varierar mellan stadsdelarna och även inom stadsdelarna. De sa att på vissa ställen är det upp till enskilda befattningshavare om de vill samarbeta med andra yrkesgrupper eller inte. De ansåg inte att den friheten är rimlig, eftersom de ansåg att ett arbetssätt där olika kompetenser samverkar ger en högre kvalitet i omhändertagandet av patienten. Kvaliteten skulle enligt de intervjuade öka om alla arbetade mot samma mål. Att arbeta i team kräver enligt de intervjuade att de kan träffas kontinuerligt. När de blir för få till antalet blir det svårt att arbeta i

⁸ Med kontraktur menas när oanvänd led stelnar, ofta i felställning.

team. Då räcker tiden inte till för möten för uppföljning och samordning. I stället arbetar de var för sig. Brister i samverkan och uppföljning stjälar enligt de intervjuade resurser och kan innebära att de äldre får fel vård, fel hjälpmedel eller läkemedel. En av de intervjuade berättade att på hennes arbetsplats arbetade de i team och att personalen hade fått utbildning i teamutveckling. Erfarenheterna var enligt henne mycket positiva.

Läkarmedverkan

Vid alla gruppintervjuerna framkom önskemål om en ökad läkarmedverkan i hälso- och sjukvårdsarbetet i äldreomsorgen och att läkarna ska vara mer lättillgängliga. Läkartillgängligheten ansåg de intervjuade, är en viktig säkerhetsfråga och en önskan framfördes att få med läkarna i kommunens organisation. Det skulle enligt dem underlätta kontakterna med läkarna. Det är viktigt att snabbt ha tillgång till läkare och läkarnas kompetens behövs inte minst vid smärtlindring.

Det är främst geriatriker och allmänläkare som är läkare i de särskilda boendena. De intervjuade sjuksköterskorna, arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna ansåg att den ansvarige läkarens specialitet påverkar vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som görs i de särskilda boendeformerna. De kunde se för och nackdelar med geriatriker respektive allmänläkare, men var eniga om att det är svårt när ansvariga läkare från primärvården, samtidigt har mottagningsarbete. De har ofta svårt att komma med kort varsel och enligt de intervjuade innebär det ofta att patienterna i de särskilda boendena får stå tillbaka.

Kvalitet och kompetens

Alla personalkategorier betonade vikten av att all personal har tillräcklig utbildning och kompetens för att arbeta i äldrevården och majoriteten av de intervjuade var frustrerade över den låga kunskapsnivån som en del av vårdpersonalen har. Idag arbetar man enligt flera av de intervjuade grupperna på en ”för låg kunskapsnivå”. Kvaliteten på den vård och omsorg som de boende får är inte tillräckligt bra. Det är framför allt rehabilitering och förebyggande insatser som inte görs i tillräcklig utsträckning. De sa att inte ens det mest basala fungerar på vissa ställen. Kunskapsbristen innebär att vårdpersonal inte alltid förstår konsekvenserna av att de äldre inte får vätska eller näring eller läkemedel på rätt tid. Det är enligt de intervjuade frustrerande att se behov av insatser som det inte finns utrymme att utföra och inte kunna arbeta med den kvalitet som man anser är rimlig. I flera av gruppintervjuerna ställde de medverkande frågor om vem som kommer att vilja jobba i den kommunala vården om inte kompetensnivån höjs. Det var full enighet bland de intervjuade att det krävs god utbildning och lång erfarenhet för att arbeta inom äldreomsorgen.

Vikten av att kunna kommunicera med de boende betonades också i intervjuerna. Att anställa personer som inte kan svenska ansåg de är mycket olyckligt och helt omöjligt inom demensvården.

De intervjuade sjuksköterskorna betonade kravet på hög kompetens i sin egen yrkesgrupp. MAS var eniga om att grundutbildning för sjuksköterskor inte är en tillräcklig kompetens och att det idag finns sjuksköterskor inom äldreom-

sorgen både med för lite utbildning och för kort erfarenhet. Sjuksköterskorna i äldreomsorgen behöver enligt dem en vidareutbildning som också ger dem ett socialt perspektiv.

Förslag och önskemål inför framtiden

Deltagarna i gruppintervjuerna fick besvara frågor om hur de ansåg att hälso- och sjukvården skulle utvecklas och hur de äldres hälso- och sjukvårdsbehov skulle tillgodoses i framtiden.

Gemensam värdegrund och ett tydligt uppdrag

I alla gruppintervjuer önskade de medverkande att hälso- och sjukvårdsuppdraget ska bli tydligare. De önskade kunna ge insatser som bättre motsvarar de äldres behov, bland annat rehabilitering, men också andra behandlingar för att undvika att de äldre måste åka till akutsjukhus. De intervjuade efterlyste också gemensamma mål eller en värdegrund att utgå ifrån i sitt arbete.

För att kunna ge de boende mer kvalificerade behandlingar i det särskilda boendet efterlyste flera av grupperna också utökat samarbete med landstingets hälso- och sjukvård. Bland annat nämndes den avancerade hemsjukvården som ett bra stöd för att klara smärtlindring.

Samtliga grupper ansåg att en hälso- och sjukvårdshuvudman skulle underlätta. I samverkan med landstinget upplevde de att frågan om vem som har det ekonomiska ansvaret kommer i förgrunden – inte alltid vad som är bäst för patienten. Alla grupper såg också fördelar med att läkarna ingår i den egna organisationen. De efterlyste ett utökat och mer flexibelt samarbete. Alla grupper nämnde fördelar med att i högre utsträckning än nu arbeta i multiprofessionella team.

Ökad kompetens

Samtliga grupper nämnde också behovet av ökad kompetens hos vårdpersonalen och tillräckligt många sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter för att klara av att tillgodose de hälso- och sjukvårdsbehov som de boende har. De ansåg att frågan om kompetens är avgörande för hur kvaliteten på vården och omsorgen ska utvecklas. Blir kvaliteten för låg kommer ingen i framtiden att vilja arbeta inom äldreomsorgen.

Korttidsvård

Många av de intervjuade betonade behovet av korttidsvård med möjligheter att vårda personer i olika situationer och med skiftande behov. Gruppen som de intervjuade främst tänkte på var de som skrivs ut från akutsjukhusen utan att ha återhämtat sig tillräckligt. Här såg de korttidsvård som en möjlighet för de äldre att få rehabilitering och att återhämta sig. De intervjuade som hade erfarenheter av korttidsvården ansåg också att korttidsvård kan bidra till att äldre kan klara sig hemma längre. En tids rehabilitering kan öka innebära mycket förbättrade möjligheter att klara ett eget boende. Korttidsvård ansåg de kan bidra till de äldres trygghet. En synpunkt var att de äldre själva ska kunna initiera korttidsvård tex när anhörigvårdare sviktar.

Hospice för gamla

De boendes allt kortare vistelsetider i de särskilda boendeformerna visar enligt många av de intervjuade att det finns behov av hospiceplatser för äldre där man kan vistas en tid utan att formellt flytta dit. Flera av de intervjuade berättade att de tycker att det är fel att anhöriga måste lägga ner ett stort arbete på att skapa ett nytt hem i ett särskilt boende när prognosen redan vid inflyttningen är dålig. I de fall när den som flyttar in är gift eller sammanboende anser de att situationen kan bli extra svår om den ena makens flyttning till ett särskilt boende innebär att de måste köpa nya möbler eller göra stora förändringar i det gemensamma hemmet. Samtidigt kan vården och omsorgen i ett äldreboende inriktat på vård i livets slutskede bättre anpassas till de boendes behov.

Intervjuer med ansvariga läkare inom särskilda boenden

Fem läkare som arbetar inom särskilda boenden har intervjuats. Fyra av dem är geriatriker och en är allmänläkare. Tre är anställda på geriatriska kliniker, en i ett ASIH-team och en på en vårdcentral. De geriatriska klinikerna och ASIH-temat har läkaransvaret dygnet runt medan vårdcentralen ansvarar under konorstid och en jöurenhet övrig tid.

De frågor läkarna fick besvara gällde de boendes hälso- och sjukvårdsbehov, deras erfarenheter av den kommunal hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna, vilka hälso- och sjukvårdsbehov de anser man ska klara i ett särskilt boende, hur de bedömde läkarresurserna samt önskemål inför framtiden.

De boendes hälso- och sjukvårdsbehov

De intervjuade läkarna var eniga i sin bedömning av de boendes hälsotillstånd. Majoriteten är multisjuka ofta med kognitiva handikapp eller demenssjukdomar. Det finns enligt dem inga friska i de särskilda boendena. Inga som bara är åldersvaga. Kraven på att få en plats där är så stora. De äldre i särskilt boende har fler sjukdomstillstånd nu än tidigare och ett större medicinskt vårdbehov. *”Det går inte att vara så mycket sjuka än vad de som bor i äldreboenden är”*, som en läkare beskrev situationen. Förändringen, anser de, har pågått de senaste fem åren. Att vårda äldre är svårt och etiska problem är inte ovanliga.

Läkarna betonade vikten av att undvika att de boende behöver åka till akuten. De ser den uppgiften som en viktig del av sitt uppdrag. Inom ramen för ett särskilt boende bör man enligt de intervjuade läkarna klara av att behandla exempelvis hjärtsvikt och lungödem. Cancerdiagnoser har blivit vanligare och därför behöver man kunna ge smärtlindring. Det behövs ofta också vid vård i livets slutskede.

En relativt vanlig situation som läkarna råkar ut för är att anhöriga vill att deras äldre släktingar ska få komma till akutsjukvården från äldreboendet, när tillståndet försämras. Det är enligt läkarnas bedömning ofta vare sig är nödvändigt eller önskvärt. De anhöriga har, enligt några av läkarna, ibland orealistiska förväntningar på vad akutsjukvården kan göra och har svårt att acceptera att

den äldre kan få den vård som den behöver på äldreboendet. Även övriga yrkesgrupper påtalar svårigheterna att ibland övertyga anhöriga om att inte ut-sätta en sjuk äldre person för behandlingar och ingrepp som kan medföra obe-hag och som inte kan bota.

Korta vårdtider

Vårdtiderna på de geriatriska klinikerna är enligt de intervjuade läkarna många gånger för korta. Samtidigt anser de att det också finns fördelar med de korta vårdtiderna. Miljön i de särskilda boendeformerna är bättre för de äldre att vistas i. De intervjuade läkarna ansåg också att problemet med vården av de äldre inom akutsjukvården inte bara är att de får för lite vård där. För mycket vård kan också vara problematisk. *”Varför utreda en 85-åringens hjärta en gång till om det redan är gjort”* frågade sig en av dem.

Läkarnas erfarenheter

En av de intervjuade läkarna ansåg att förhållandena i det äldreboende där han arbetar är bra och att det pågår en utveckling där, som han anser är mycket positiv. Under sina jourpass kommer han i kontakt med andra äldreboenden och han har noterat att förhållandena kan variera mycket.

Två av de intervjuade läkarna berättade att det är märkbara neddragningar av personal i de särskilda boendeformerna där de arbetar. Enligt dem är beman-ningen för låg vilket medför kvalitetsförsämringar. Några ansåg att bemanning och kompetens vid en del äldreboenden numera är för låg för att klara vården. De anser att bemanningen har betydelse för hur mycket de äldre äter, behovet av lugnande medel m m. Oroliga eller förvirrade personer blir enligt dem lug-nare när det finns personal inom synhåll.

De intervjuade läkarna var eniga om att det inte går att byta ut sjuksköterskans kompetensnivå mot någon annan yrkesgrupp och vikten av att det finns skö-terskor på plats när de kommer till ett äldreboende för att undersöka en boende. Läkarna sa att när de ska ställa diagnos behöver de kunna ta del av sjuksköters-kornas iakttagelser. Enligt läkarna måste ”kommunen” ha tillräckligt många sjuksköterskor i de särskilda boendeformerna för att kunna ha tillräcklig ”kon-troll” över de boende. Det behövs en sjuksköterska som kan kalla på läkare när det behövs och som kan ta en ordination. Det räcker enligt de intervjuade lä-karna inte med en utsaga från en undersköterska eller vårdbiträde. De kan inte göra samma iakttagelser som en sjuksköterska.

De intervjuade läkarna anser att det av flera skäl är problematiskt att ha mobila team med sjuksköterskor. Huvudskälet är att de äldre är för sjuka och att de inte kan kommunicera. De gamla har för stora behov för att det ska fungera och kräver kontinuerlig tillsyn. Läkarnas erfarenhet var att sjuksköterskor som ar-betar i mobila team oftare skickar in patienter till akutsjukvården. Anledningen är enligt dem att de inte har tid att stanna för att tex ge antibiotika intravenöst.

Två av de intervjuade läkarna berättade att de numera flera gånger i månaden under det senaste året har blivit kallade till ”sina” olika äldreboenden för att undersöka pensionärer med svåra magsmärter som visade sig bero på förstopp-

ning. I några fall hade pensionärerna haft besvär i flera dagar utan att få adekvat hjälp. Läkarna är upprörda över att ingen i personalen tidigare hade uppmärksammat de boendes tillstånd och kunnat förstå vad problemet var. Det som enligt dem är gemensamt för dessa äldreboenden är att vårdpersonalen har fått ett större ansvar för omvårdnaden och sjuksköterskorna har överförs till konsultorganisationer. De intervjuade läkarna anser att omvårdnadspersonalen inte har tillräcklig kompetens för att ansvara för omvårdnaden utan att de bör arbeta med ledning av en sjuksköterska.

Även läkarna hade erfarenheter av vad neddragningar av legitimerad personal kan leda till. Några hade fått förslag från kommunala chefer att ändra ordinationer av insulininjektioner till dygnsdoser istället för dem som ges flera gånger per dag.

Är läkarresurserna tillräckliga i särskilt boende?

De intervjuade läkarna ansåg att de hade ett rimligt antal patienter att ansvara för. De nämnde 150 som en övre gräns. Ibland saknar de utrustning för att kunna göra enklare undersökningar i de särskilda boendena, till exempel en EKG-apparat. Läkarna var också eniga om att de gärna ville utöka sitt engagemang i de särskilda boendeformerna och bland annat utbilda vårdpersonalen i medicinska frågor. Några hade erfarenheter av att det är svårt att få personalen att komma till utbildningstillfällena, ibland på grund av den låga bemanningen.

Framtiden

Flera av läkarna nämnde behovet av att ha en gemensam vårdfilosofi, eller gemensamma mål för vården i de särskilda boendeformerna. Två av de intervjuade läkarna upplevde ibland svårigheter i samarbetet mellan kommunen och landstinget. De kände frustration när antalet sjuksköterskor skärs ner och sa att irritationen ibland påverkade samarbetet med den kommunala personalen. Samtliga intervjuade läkare betonade vikten av att personalen har tillräcklig kompetens. En av dem ansåg att det borde vara totalt förbud för neddragning av sjuksköterskor. De såg också behov av att förbättra det sociala innehållet för dem som bor i äldreboende och att det behövs personal som har tid att vara tillsammans med de boende. En av läkarna såg fram emot utvecklingen av telemedicin⁹ som enligt honom kommer att ge ökade möjligheterna att samarbeta med slutenvården.

Intervju med Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer

Äldreomsorgen i sin helhet granskas kontinuerligt av Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer. Äldreomsorgsinspektörernas uppfattning är att standarden på hälso- och sjukvården varierar mellan stadsdelarna och att det finns en stor

⁹ Med begreppet telemedicin avses överföring av medicinsk information som skall ligga till grund för vård och behandling av en patient och som överförs med hjälp av medicintekniska produkter och annan teknisk utrustning, dvs medicinsk kommunikation via telemedia. (SOS meddelandeblad 12/1998)

variation även mellan olika särskilda boendena. Några olikheter som de lyfter fram är att alla stadsdelar inte längre erbjuder korttidsvård och att MAS arbetar olika. De är olika organiserade och har och ger olika direktiv. Skillnaderna innebär enligt äldreomsorgsinspektörerna att man kan reflektera över likställhetsprincipen och om skillnaderna mellan de olika stadsdelsförvaltningarna för stora.

Enligt äldreomsorgsinspektörerna har omvårdnad, sociala insatser och hälso- och sjukvård ett nära samband och går i varandra. De framhåller att sjuksköterskans uppgift att arbeta förebyggande så att de boende i högre grad bibehåller sina funktioner. Äldreomsorgsinspektörernas bedömning är att rehabiliteringspersonal ofta har svårt att hinna med att ge individuella behandlingar.

Den legitimerade personalen har en viktig uppgift att vara handledare och behovet av att handleda är helt beroende av kunskapsnivån i personalgrupperna. Kunskapsnivån hos personalen varierar enligt äldreomsorgsinspektörerna och den legitimerade personalen har idag inte alltid tillräcklig tid att handleda i enheter där kunskapsnivån är låg.

Äldreomsorgsinspektörerna känner oro över vad de separata organisationerna för hälso- och sjukvårdspersonal ska leda till och den förändrade sjuksköterske- rollen som konsult. Att flera enheter och olika huvudmän delar på hälso- och sjukvårdsansvaret olika delar av dygnet anser de kan ge problem, bland annat hur information om de boende överförs mellan de olika vårdgivarna.

Intervjuer med externa experter

I studien ingår intervjuer med fyra externa experter som på olika sätt arbetar med frågor om hälso- och sjukvård inom kommunal äldreomsorg. De intervjuade är en läkare som är expert på demensvård och palliativ vård, en företrädare för Svensk sjuksköterskeförening, en företrädare Ersta Sköndal högskola, och en omvårdnadsforskare.

Intervju med Görel Hansebo, studierektor, Ersta-Sköndal högskola

Ersta-Sköndal högskola utbildar sjuksköterskor med inriktning mot äldreomsorg. Under en del av sin tjänst arbetar hon med utvecklingsarbete i äldreomsorgen i Stockholm. Det som särskiljer Erstas sjuksköterskeutbildning är bland annat att ämnet socialt arbete ingår. Sjuksköterskor i äldreomsorgen behöver enligt Görel Hansebo ha både ett medicinskt och ett socialt perspektiv.

Hennes uppfattning är att det fysiska omhändertagandet i de särskilda boendeformerna är relativt bra men anser att de boende behöver få mer stimulans. Det oroar henne att antalet sjuksköterskor minskar, att personal utan utbildning och personal som inte kan svenska ökar. Att jobba i vården är att arbeta med relationer och språket är viktigt. Inte mins minst för att kunna förstå alla de som har svårt att kommunicera anser hon.

Hon förstår inte hur äldreomsorgen ska klara verksamheten utan en högre andel personal med utbildning. Den legitimerade personalen garanterar enligt henne en säker vård. Att minska antalet i dessa personalkategorier innebär en kvalitetsänkning utan like. Förebyggande arbete och behandlingar kan inte utföras om det inte finns hälso- och sjukvårdspersonal på plats. Görel Hansebo är kritisk till att organisera sjuksköterskor som konsultsjuksköterskor i egna enheter. Hon anser att äldre har så komplexa tillstånd att de behöver mer än vad en konsultsjuksköterska som bara gör momentana insatser kan erbjuda. Det finns, menar hon, en risk att sjuksköterskor begår misstag om de inte har kunskap om de enskilda personer, som de behandlar. Det krävs kontinuitet. Äldres symptom kan vara otydliga och svåra att upptäcka. Frånvaro av sjuksköterskor i de särskilda boendeformerna bidrar enligt Görel Hansebo till att fler av de boende läggs in på sjukhus.

En viktig uppgift för de legitimerade yrkesgrupperna är enligt Görel Hansebo att handleda. Den uppgiften får större betydelse om den övriga vårdpersonalen saknar utbildning.

Ett utvecklingsområde för hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen är enligt Görel Hansebo att utveckla teamarbete mellan de olika professionerna och att arbeta mer systematiskt med utvärderingar och uppföljningar av vården och omsorgen på individnivå.

Intervju med Åsa Andersson, leg sjuksköterska, kanslichef Svensk sjuksköterskeförening

Åsa Andersson är anställd på Svensk sjuksköterskeförening där hon arbetar med frågor om hälso- och sjukvården för äldre. Hon arbetar med ett nationellt perspektiv och har ingen direkt kunskap om de lokala förhållandena i Stockholm.

Äldresjukvården har enligt henne utvecklats mycket positivt sedan Ädelreformen. Bland annat när det gäller synen på den äldre, småskaligheten i de särskilda boendeformerna, förbättringar i sårvård m m. Som en följd av att vårdplatserna inom geriatrik minskar har kommunerna fått mer kvalificerade vårdande uppgifter att ta hand om. Enligt Åsa Andersson är det en möjlighet och en utmaning för kommunerna att klara de ökade vård och omsorgsbehoven, och som kräver både fler utbildade undersköterskor och sjuksköterskor. Åsa Andersson understryker samtidigt att skillnaderna i Sverige är stora. På vissa ställen kan en sjuksköterska ha ansvar för 20 patienter. På en annan ort kan antalet uppgå till 200. Kommunerna måste satsa på att höja kompetensen på samma sätt som landstinget har gjort genom att ha undersköterska som den lägsta kompetensnivån. De som saknar teoretisk kunskap bör få utbildning.

Enligt Åsa Andersson bör sjuksköterskor arbeta i direkt kontakt med dem de vårdar. De bör finnas med i vården och ha daglig kontakt med alla patienter. Äldres tillstånd är många gånger komplicerade att bedöma. Det uppstår ständigt etiskt svåra situationer där närvarande ledning behövs. Åsa Andersson anser att sjuksköterskan har ett komplext arbete inom äldreomsorgen, det svåraste arbete man kan ha. Det kräver både ett medicinskt och ett socialt synsätt.

Många äldre i de särskilda boendeformerna har svårigheter att kommunicera med omgivningen. Att arbeta med dessa kräver kunskaper hos vårdaren.

Åsa Andersson ser risker med att sjuksköterskor arbetar som konsulter. Det innebär enligt henne bland annat att allt för mycket av de förebyggande insatserna försvinner. Hon anser att konsultsjuksköterskan har uppstått i en bristsituation. Teorier om konsultrollen har kommit senare säger hon. Uppgiften att göra medicinska bedömningar i konsultorganisationer läggs i praktiken på vårdbiträden och undersköterskor och innebär uppenbara risker för misstag. Det innebär enligt Åsa Andersson inga fördelar för de äldre att sjuksköterskor är organiserade som konsulter.

Åsa Andersson menar att det är viktigt ur patienternas synvinkel att vården bedrivs i mångprofessionella team och att läkaren måste tillhöra teamet. Idag tvingas vi lägga för mycket tid på att skapa samarbete mellan de två huvudmännen. Forskning visar att vård i mångprofessionella team påverkar överlevnaden, rehabiliteringen och livskvaliteten. Bland annat för strokevård. Åsa Andersson säger att läkaren har en viktig roll för att skapa kvalitet i vården och bör medverka i kvalitetsutvecklingsfrågor inom äldreomsorgen. Så är inte fallet nu.

Inför framtiden önskar Åsa Andersson att hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen ska bli mer evidensbaserad, att personalgrupper tar del av forskningsrapporter och även implementerar nya rön. Problemet är hur man ska veta vilka nya rön som kommer fram. Här anser Åsa Andersson att småskaligheten med många små enheter inom äldreomsorgen försvårar och att det behövs lokala Fou-centra som stöd. Sjuksköterskor forskar idag och den svenska forskningen är internationellt välkänd, men har svårt att göra sig gällande inom landet. Ett evidensbaserat arbetssätt efterfrågas inte idag. Ledningens förhållningssätt har en avgörande roll och det gäller enligt Åsa Andersson även kvalitetsarbete. Man vet inte vad alla kvalitetsbrister kostar säger och nämner fallskador, läkemedelsbiverkningar m m. Åsa Andersson önskar vidare specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg. Hon säger att inom andra arbetsområden är specialisering självklar.

Intervju med Ingegerd Fagerberg, universitetslektor, docent, Institutionen för Vård- och Folkhälsovetenskap, Mälardalens högskola

Enheter där de äldre har det bra är enligt Ingegärd Fagerberg där man har en uttalad ideologi som utgår från humanistiska värden. Där man ser de unika personerna. Viks ängar¹⁰ i Ystad är ett sådant exempel – där finns det en ideologi och en chef som anslår tonen och som arbetar målmedvetet.

Ingegerd Fagerberg är annars generellt sett bekymrad över kvaliteten på vården och omsorgen i de särskilda boendeformerna. Enligt henne så bryter kommunerna mot hälso- och sjukvårdslagen varje dag. Hon är upprörd över att inte fler fall av vanvård anmäls. Brister finns när det gäller munvård, undernäring

¹⁰ En artikel om Viks ängar finns i *Äldre i centrum* nr 2002:1.

och bensår. Politiker måste enligt Ingegerd förstå att de äldre i de särskilda boendeformerna nu är multisjuka och att de har rätt till en adekvat hälso- och sjukvård. Hon anser att man har objektifierat de äldre, *man ser inte länge personerna*. De demenssjuka står längst ner på skalan. Det speglar synen på äldre – när man inte reagerar.

Ingegerd Fagerberg anser att sjuksköterskan är en viktig kvalitetsgaranti för en god vård och omsorg. Övrig personal behöver ha formell utbildning samt intresse och vilja veta varför den äldre reagerar som den gör och vilka behov de har. Personal som tar med ”Agnes” när blommorna ska vattnas och inte väntar på sjukgymnasten som kommer en gång i veckan.

Ingegerd Fagerberg poängterar vikten av kompetens hos personalen. Bristen på kompetens gör att man inte kan identifiera de äldres vårdbehov vilket leder till brister i det medicinska omhändertagandet. De som har en kunskapsbas kan lättare bedöma behoven – om inte kanske inte tålmodet finns att tex invänta en sårsläkning. Hon anser att de särskilda boendeformerna bör ha ett närmare samarbete med primärvården. För att förhållandena inom äldreomsorgen ska förbättras anser Ingegerd att det viktigaste är tillgång till utbildad personal. De som inte har kunskap vet inte hur de ska hjälpa. Hon anser också att det behövs utbildade läkare med kunskap i geriatrik anställda i kommunen.

Bristande personalkontinuitet ger också brister hälso- och sjukvården. Vistelser på akuten utsätter de äldre för lidande och ger dessutom ökade kostnader. Ingegerd ser risker med de nya organisationerna där hälso- och sjukvårdspersonalen organiseras i egna enheter. Hon har sett exempel där omsorgspersonalen inte har gjort som sjuksköterskan säger med hänvisning till att hon inte var deras chef.

Intervju med Wilhelmina Hoffman geriatriker och överläkare

Demensvård organiserad efter den palliativa vårdens principer.

Wilhelmina Hoffman har erfarenhet från att ha arbetat i äldreboende för personer med demenssjukdomar där vården är organiserad efter den palliativa filosofins principer. De som flyttar in till sjukhem har ett stort vård- och omsorgsbehov och deras eventuella anhöriga är ofta slitna efter att i det längsta ha stöttat den boende i det egna hemmet och har ofta behov av att vara delaktiga i vården på sjukhemmet.

Vård organiserad efter den palliativa vårdens principer bedrivs i team med läkare, sjuksköterskor arbetsterapeuter, sjukgymnaster och vårdpersonal. Varje team ansvarar för ett visst antal boende. Det är sjuksköterskan som är arbetsledare. Teamen träffas regelbundet och följer upp sitt arbete. De följer kontinuerligt samma struktur där momenten analys, åtgärd uppföljning återkommer och utgår från den palliativa vårdens ”fyra hörnstenar”, symtomkontroll, samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, kommunikation med den äldre och dennes närstående och stöd efter dödsfallet. Arbets sättet ger samtidigt kvalitetssäkring av insatserna. Wilhelmina Hoffman betonar att det är viktigt att ta tillvara alla yrkesgruppernas erfarenheter.

Ett inslag i palliativ vård är regelbundna samtal med de boende och deras anhöriga. Enligt Wilhelmina Hoffman är det viktigt att ge anhöriga information om hur demenssjukdomen utvecklar sig. Målsättningen är att den sista tiden ska bli så bra som möjligt för alla som finns runt den boende. Samtalen bidrar till att de anhöriga blir trygga. Läkaren har ett första samtal med de anhöriga när en ny boende flyttar in. Erfarenheten är att de anhöriga då är mycket oroliga för vad som ska hända. Vid samtalet förbereder läkaren de anhöriga på hur sjukdomen kan utveckla sig och vilka ställningstaganden som kan bli aktuella. Hur gör man när den sjuke inte längre kan svälja, eller när gångträning inte längre är möjligt. Så fort det finns anledning bjuder läkaren eller någon annan i teamet in anhöriga till nya samtal. Efter att någon har gått bort har de alltid avslutningssamtal med de anhöriga. Det är enligt Wilhelmina Hoffman viktigt att avsluta en ibland långvarig kontakt med en familj. Avslutningssamtalet är samtidigt ett tillfälle när all personal har möjligheter att få återkoppling på de insatser som de har gjort. Wilhelmina Hoffman konstaterar att läkaren behövs i teamet. Både för de äldre och anhöriga, men även som stöd för personalen. Hon vill gärna rekommendera övriga äldreboenden att organisera sitt arbete efter den palliativa vårdens principer. Hon anser inte att arbetssättet i sig kräver mer resurser utan att modellen underlättar arbetet genom att målen är tydliga och inriktningen på multiprofessionellt samarbete för att på bästa möjliga sätt ge både de boende och deras nätverk den vård och omsorg de behöver.

DISKUSSION

Studien visar att förhållandena i hälso- och sjukvården i de särskilda boendena inom Stockholms stad i olika avseenden varierar. Skillnaderna gäller främst hur hälso- och sjukvårdsuppdraget tolkas, hur hälso- och sjukvården organiseras och vilken roll den legitimerade personalen har.

Samtidigt visar intervjuerna med MAS, enhetschefer, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare och även med de externa experterna att det i många avseenden finns en gemensam uppfattning i frågor som rör hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna. De intervjuade ger en samstämmig bild av de boendes hälsotillstånd och behoven av vård och omsorg. Majoriteten betonar komplexiteten i arbetet med äldres sjukdomar och omvårdnadsbehov och att arbetsuppgifterna kräver en hög kompetens. De betonade också vikten av att sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns nära de boende och i tillräckligt antal för att kontinuerligt kunna följa deras hälsotillstånd och ha möjligheter att handleda övrig personal. De boendes tillstånd är ofta inte stabila och i många fall krävs löpande kontroller eller andra återkommande medicinska behandlingar. Många av de boende har behov av rehabilitering som med befintliga resurser inte alltid kan tillgodoses. Utan tillräcklig kompetens finns risker att kvaliteten brister, ansåg de intervjuade och konsekvenserna kan bli att de boende får lida i onödan när förändringar i deras hälsotillstånd inte uppmärksammas i tid.

De intervjuade är även i hög grad eniga i beskrivningen av aktuella problem och önskemål om framtida förändringar och utveckling. När det gäller hälso- och sjukvårdens organisation finns dock en skillnad mellan de intervjuade som har ledande ställningar och de som arbetar direkt i vården. Bland chefer var inställningen till separata hälso- och sjukvårdsenheter mer positiv än bland övriga intervjuade.

Alla intervjuerna präglades av ett stort engagemang från de intervjuade och de uttryckte uppskattning över att hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna uppmärksammas. Beskrivningarna som de intervjuade gav, ringar in flera strategiskt viktiga frågor om hälso- och sjukvården och som behöver uppmärksammas ytterligare. Flera av de utvecklingsområden som de intervjuade pekade på finns med i Stockholms stads äldreomsorgsplan – något som ger goda förutsättningar för fortsatt utvecklingsarbete.

Vad erbjuder särskilt boende?

En avgörande fråga för de äldre och deras anhöriga inför en flyttning till ett särskilt boende är vilken vård och omsorg man kan förvänta sig att få där? Är vården säker och fungerar den dygnet runt och veckans alla dagar? Vad kan det särskilda boendet erbjuda, som man inte kan få i sitt hem? Idag är den frågan inte lätt att besvara eftersom förhållandena varierar. Intervjuerna ger olika bilder av särskilda boenden, både av vård som enligt de intervjuade fungerar väl och vård som inte tillgodoser de boendes behov och där säkerheten har brister. För de berörda pensionärerna och även för deras anhöriga kan valet av boende

få stora konsekvenser och som i valsituationen är svåra att förutse. Att flytta till särskilt boende innebär en stor förändring i en människas liv och det är angeläget att i den situationen ha tillgång till adekvat information om vad man kan förvänta sig.

Behov av ett tydligt uppdrag för hälso- och sjukvården

Enligt regeringen och riksdagen har hälso- och sjukvården av de allra äldsta hög prioritet och förutsätter att kommunerna och landstinget samverkar. Inom Stockholms stad finns olika meningar om vilket ansvar kommunen har för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna och det verkar vara svårt att hitta en gemensam inriktning bland de olika stadsdelsnämnderna. Olika regler tillämpas om vad de boende i de särskilda boendeformerna kan få för hälso- och sjukvård och det varierar även när på dygnet vilken hälso- och sjukvård de boende har tillgång till. Studiens resultat visar att bristen på samsyn om hur hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna ska bedrivas får konsekvenser för de boende och deras anhöriga. En oklar uppfattning från ledningen i Stockholms stad försvårar också för dem som arbetar i särskilt boende. Detsamma gäller även samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting. På övergripande nivå finns samverkansöverenskommelser, men de båda huvudmännen har på lokal nivå inte lyckats förankra vilken inriktning på hälso- och sjukvården för de äldsta ska ha. Det är idag delvis oklart om vilken av de båda huvudmännen som ansvarar för vad. (Hjalmarson & Norman, 2005) Svårigheterna i samarbetet kan motverka de ansträngningar som de båda huvudmännen gör för att minska sina kostnader.

Den bild som vuxit fram under arbetet med denna studie av den pågående diskussionen inom Stockholms stad om hur och vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas i de särskilda boendeformerna är att den ibland tycks utgå från vilka insatser som inte kan eller inte ska utföras inom de särskilda boendeformerna, alternativt vad som anses vara landstingets uppgift. Samma sak gäller den pågående diskussionen om hälso- och sjukvårdspersonalens organisation. Den tycks inte i första hand utgå från de boendes hälso- och sjukvårdsbehov utan mer utifrån behov av att avgränsa hälso- och sjukvårdsinsatserna samt de legitimerade yrkesgruppernas behov att få stöd för sin egen professionella utveckling. Medarbetarnas behov att få sitt uppdrag definierat och att ha tillgång till ledning och kompetensutveckling är viktigt, men inte det primära.

Hur kan hälso- och sjukvården i särskilt boende utvecklas?

En utgångspunkt för beslut om vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas i de särskilda boendeformerna och hur den ska organiseras borde vara de boendes behov. Vilka insatser ska man klara i de särskilda boendeformerna? När ska man kunna ge hälso- och sjukvårdsinsatser och i vilka situationer behöver akutsjukvården ta över? Svaren kan ge blivande boende i särskilda boendeformer och deras anhöriga besked om vården och omsorgens innehåll i de sär-

skilda boendeformerna och frågeställningarna kan också vara utgångspunkten för utvecklingsarbete.

Vilka möjligheter har de särskilda boendeformerna att utvecklas för att bättre möta de boendes behov? De intervjuades utvecklingsförslag för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna var bland annat att utveckla olika mellanvårdsformer. En sjuksköterska som arbetade i ett korttidsboende såg flera möjligheter i sin verksamhet att ge pensionärer en tids rehabilitering för att sedan klara eget boende igen. Flera förslag var också att starta speciella korttidsboenden/hospice för dem som endast har en kort tid kvar att leva när de flyttar till särskilt boende. En möjlighet som flera påpekade var att i ökad utsträckning samverka med landstingens team från den avancerade hemsjukvården. Att de vid behov ska kunna ge insatser även i särskilt boende. Några av de intervjuade läkarna såg fördelar att äldre får hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer i stället för inom akutsjukvården. Deras uppfattning var att miljö inom akutsjukvården inte är lämplig för de allra äldsta att vistas i. Utvecklingsmöjligheterna är många och fler öppnar sig troligen när Stockholms stad i framtiden övertar ansvaret för hemsjukvården för de äldre.

Palliativ inriktning

Flera utredningar från regering och riksdag förordar att vården av de allra äldsta utvecklas enligt den palliativa vårdens principer. Vård med palliativ inriktning innebär att såväl sociala, andliga existentiella och medicinska behov beaktas. Arbetssättet sätter den boende och hans eller hennes nätverk i centrum och bygger på en humanistisk människosyn, som också kan tjäna som vårdfilosofi eller värdegrund. Vård med palliativ inriktning kan bedrivas både i tidig och i sen fas och kan bidra till att ett äldreboende i sin helhet får en social inriktning. Sättet att arbeta innebär att insatserna kontinuerligt utvärderas och kvalitetssäkras.

Resultaten i denna studie talar för att en sådan inriktning av vården och omsorgen i de särskilda boendeformerna skulle kunna bidra till en positiv utveckling av de särskilda boendeformerna både när det gäller insatsernas kvalitet och personalens arbetsmiljö. De boendes behov av hälso- och sjukvård innebär i många fall att de sjukdomar eller besvär som de har är inte möjliga att bota, men är angelägna att i så hög utsträckning som möjligt lindra. Forskningen ger också ett entydigt stöd för att arbeta med en palliativ inriktning för gruppen äldre i livets slut och det finns även andra goda erfarenheter från enheter som arbetar med den inriktningen.

Den legitimerade personalens roll i de särskilda boendeformerna

Vården och omsorgen om de äldre är och kommer även i framtiden att vara ett viktigt område att klara för kommunerna. En förutsättning för att kunna bedriva en bra äldreomsorg är att ha tillgång till personal med god kompetens, inte minst i hälso- och sjukvård. Prognoserna visar att tillgången på arbetskraft under de närmaste tio åren minskar. Utvecklingen innebär att det är av stor bety-

delse hur Stockholms stad agerar för att säkra tillgången på personal och göra äldreomsorgen till ett intressant och attraktivt arbetsområde.

Den bild som framkommer av arbetsmiljön för hälso- och sjukvårdspersonalen i de särskilda boendeformerna är delvis problematisk. De flesta av de sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter vi intervjuade var inte nöjda med sina förutsättningar i arbetet. De kände inte att de får gehör för sina kunskaper och för sina förslag och idéer. Det som försvårar är också att de anser att den vård- och omsorg de bedriver inte alltid motsvarar de boendes behov och att den inte alltid håller den kvalitet som de själva vill ge. Förhållanden som dessa påverkar arbetsmiljön negativt och kan ge upphov till stress och en känsla av otillräcklighet hos medarbetarna. Inte heller de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna eller enhetscheferna gav intryck av att känna att de har möjlighet att påverka utvecklingen. De intervjuade var mycket medvetna om de begränsade ekonomiska ramarna och förväntar sig att det ekonomiska utrymmet i framtiden ska bli ännu mindre. De gav knappast uttryck för någon framtidstro utan kände oro för hur kvaliteten på vården och omsorgen ska utvecklas.

En central fråga är vilken roll den legitimerade personalen ska ha i hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna. De begränsade ekonomiska ramarna bidrar troligen till att försök att bedriva vården inom de särskilda boendeformerna med en lägre andel legitimerad personal kan framstå som attraktiva. Men blir vården på lång sikt billigare med färre legitimerade medarbetare och vad händer med kvaliteten? Ännu finns det inte några studier eller utvärderingar som visar vilka effekterna blir för hälso- och sjukvårdens kvalitet och för kostnaderna.

Vården av äldre i livets slutskede sker i allt större utsträckning i särskilt boende och inte på sjukhus. Det innebär i praktiken att samtliga äldreboenden behöver ha en vårdorganisation som klarar både de medicinska insatserna och behoven av fysisk, psykisk social och existentiell karaktär vid vård i livets slutskede. Att vårda äldre människor i deras sista tid i livet är en av äldreomsorgens svåraste uppgifter. Det är då som den kommunala vårdorganisationen prövas till sitt yttersta.

REFERENSER

- Andersson, L.. (2002). Ålderism i Socialgerontologi Andersson, L red Studentlitteratur. Lund
- Beck-Friis, B. & Strang, P. (1999). Inledning i Palliativ Medicin (red Beck-Friis, B. & Strang, P.) Almqvist och Wiksell. Stockholm
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). Dirigent saknas. Natur och Kultur. Stockholm
- Hjalmarson, I. & Norman, E. (2005). Samverkan enkelt i praktiken svårare att praktisera. Äldrecentrumrapport 2005:3: Stockholm.
- Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, (2000). Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre. Stockholm.
- Malterud, K. (1998). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Studentlitteratur. Lund.
- Regeringskansliet Ds 2003:47. På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga. Stockholm.
- Regeringens proposition (1990/91:14, Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m m. Stockholm.
- Regeringens proposition 1996/97:60 Om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Regeringens proposition 1997/98:13 Nationell handlingsplan för äldreomsorgen.
- Regeringens proposition 2005/06:115 Nationell handlingsplan för vård och omsorg om äldre.
- Regeringens skrivelse 2004/05:166, Vård i livets slutskede.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlag, Socialdepartementet. Stockholm.
- SFS 1982 :763 Hälso- och sjukvårdslag, Socialdepartementet. Stockholm.
- SFS 1990:1404 Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Socialdepartementet, Stockholm.
- SFS 1998:531. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Socialdepartementet. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2001). Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform. Stockholm. Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2004). God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg av äldre. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005a). Äldre – vård och omsorg år 2004, Sveriges officiella statistik. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005b). Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma? Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005c). Regionala tillsynsmyndigheten för Stockholm och Gotland. Verksamhetsberättelse verksamhetsår 2004. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2006a). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2006b). Folkhälsorapport 2005. Stockholm.
- SOSFS 1993:17 Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården
- SOSFS 1997:8 Socialstyrelsens allmänna råd Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård
- SOSFS 2005:12 Socialstyrelsens Ledningssystem för Kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård
- SOU 1995:5 Vårdens svåra val. Slutbetänkande av prioriteringsutredningen Socialdepartementet. Stockholm.
- SOU 2000:6 Döden angår oss alla- värdig vård vid livets slut. Delbetänkande av Kommitten om vård i livets slutskede 2000. Socialdepartementet. Stockholm.
- SOU 2003:91, Äldrepolitik för framtiden 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning. Socialdepartementet. Stockholm.
- SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård. Slutbetänkande av äldrevårdsutredningen. Stockholm.
- Svenska kommunförbundet & Landstingsförbundet. (2000). Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg om äldre. Stockholm.
- Svenska kommunförbundet & Vårdförbundet. (2000). Utveckling av kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm.
- Sveriges kommuner och landsting (2005). Aktuellt om äldreomsorgen. Stockholm.

Thorslund, M. & Larsson, K. (2002). Äldres behov – en kunskapsöversikt och diskussion om framtiden. Stiftelsen Stockholms läns, Äldrecentrum. Stockholm.

Övriga referenser

Stockholms stad, Utrednings och statistikkontoret, (2005). Prognos över antalet äldreomsorgstagare i Stockholm 2004-2010.

Stockholms stad Stadsledningskontoret (2005b). Äldreomsorgsplan Dnr327-2500/2004

Stockholms stad (2006a). Liljeholmens stadsdelsnämnd. Kartläggning av hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer för äldre. Dnr 50/2006 505.

BILAGA 1

Frågor vid gruppintervjuerna med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast	Frågor till stadsdelsdirektörer och äldreomsorgschefer
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka hälso- och sjukvårdsbehov finns bland de boende i de särskilda boendeformerna? <ul style="list-style-type: none"> - Har behoven för förändrats - Vad kan de inte klara av 2. Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser kan de äldre få i det särskilda boendet? <ul style="list-style-type: none"> - Möjligheter/Svårigheter? - Hur fungerar läkarvården 3. Vilken roll har den legitimerade personalen i den kommunala hälso- och sjukvården? <ul style="list-style-type: none"> - Sjuksköterska - Arbetsterapeut - Sjukgymnast 4. Hur skall de äldres hälso- och sjukvårdsbehov tillgodoses i framtiden om du fick bestämma? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka är stadsdelsnämndens mål för Hälso- och sjukvården? 2. Hur ser nämnden respektive förvaltningen på sitt uppdrag att vara hälso- och sjukvårdsarbetsgivare? 3. Vilket är det viktigaste målet 4. Uppfylls målen, svårigheter /möjligheter 5. Hur är hälso- och sjukvården organiserad 6. På vilket sätt sker samverkan med landstinget om läkarinsatser i de särskilda boendeformerna 7. Vad anser Du är god kvalitet i hälso- och sjukvård 8. Hur bedömer Du kvaliteten på hälso- 9. Hur skall de äldres hälso- och sjukvårdsbehov tillgodoses i framtiden om du fick bestämma och varför?
Frågor till läkare	Frågor till externa experter
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka hälso- och sjukvårdsbehov har de äldre i säbo? 2. Har de äldres behov av hälso- och sjukvård förändrats sedan Ädel. I så fall vilka. Ge exempel? 3. Vad fungerar bra i den kommunal hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna? I allmänhet och som läkare. 4. Vad fungerar mindre bra i den kommunala hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna? I allmänhet och som läkare. 5. Hur anser Du att den leg personalen ska vara organiserad och bemannad? 6. Är läkarresurserna tillräckliga i säbo? 7. Hur lever kommunerna upp till de intentioner som finns för hur hälso- och sjukvården i lagstiftning m m? 8. Vad anser Du att ett särskilt boende ska klara av när det gäller hälso- och sjukvård? 9. Hur skall de äldres hälso- och sjukvårdsbehov tillgodoses i framtiden om du fick bestämma? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vad fungerar bra i den kommunal hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna 2. Vad fungerar mindre bra i den kommunala hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna 3. Hur lever kommunerna upp till de intentioner som finns för hur hälso- och sjukvården utförs i lagstiftning m m. 4. Hur skall de äldres hälso- och sjukvårdsbehov tillgodoses i framtiden om du fick bestämma och varför?