

FÖR EN GOD OCH JÄMLIK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD PÅ SÄRSKILT BOENDE

Del 2: En trygg plats med förbättringspotential

LINDA NYHOLM
INGEBORG BJÖRKMAN

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 2:2023

FoU-rapport
Nestor FoU-center
2023

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Region Stockholm. Vi vill genom praktisknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestorfou.se

ISBN 978-91-85347-46-9

Nestor FoU-center 2023

Författare: Linda Nyholm och Ingeborg Björkman
Titel: För en god och jämlik hälso- och sjukvård på särskilt boende. Del 2: En trygg plats med förbättringspotential
© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Denna rapport är den andra delen i *För en god och jämlik hälso- och sjukvård på särskilt boende*. Den första delstudien med undertiteln *Gapet mellan uppdrag, resurser och de äldres behov* finns att läsa på nestorfou.se. Med de båda studierna vill vi lyfta viktiga frågor av betydelse för hur hälso- och sjukvård bedrivs på särskilda boenden för äldre och hur den skulle kunna utvecklas, enligt personer som själva på olika sätt är involverade i hälso- och sjukvården. Frågan om vilken hälso- och sjukvård som ska erbjudas på särskilt boende har varit en fråga som diskuterats under många år och som aktualiserades ytterligare i samband med coronapandemin. Vår studie inleddes före och avslutades efter pandemin och har inte haft för avsikt att ge en beskrivning av pandemins effekter.

I denna andra delstudie breddas perspektivet till att inkludera fler yrkesgrupper, de äldre som bor på särskilt boende, anhöriga och biståndshandläggare. Vidare följs fynd från första studien upp som berör hälsofrämjande och förebyggande insatser, samverkan mellan yrkesgrupperna och framtida vård vid försämring.

Särskilt boende, är både en boendeform och en komplex verksamhet. Det är den äldres hem där den äldres integritet ska värnas, miljön ska främja livskvalitet och samtidigt ska vård och behandling utföras. De flesta som bor på särskilt boende har flera sjukdomar och behöver hjälp samt särskild anpassad vård och omsorg under hela dygnet. Verksamheten bedrivs även utifrån två lagrum. Beslut om plats på särskilt boende samt hjälp och stöd i den dagliga livsföringen beviljas enligt socialtjänstlagen medan medicinska insatser utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen. Dessa olika perspektiv ska vägas samman av professionerna i bedömning och genomförande av insatser. Vår studie visar på de utmaningar det kan innebära, men också att det är professionernas gemensamma krafter som gör att de äldre känner sig nöjda och trygga med att de får den hälso- och sjukvård de behöver. De lyfter även andra aspekter i livet som bidrar till hälsa och livskvalitet.

Intervjustudien har kunnat genomföras tack vare stort engagemang från samtliga våra ägarkommuner i att vilja belysa detta område. De båda delstudierna har genomförts av Nestors projektledare Ingeborg Björkman och Linda Nyholm. Rapporten berör många aktuella frågeställningar och kan användas som underlag till diskussioner och fortsatt utvecklingsarbete om exempelvis sammanhållen vård och omsorg, förebyggande och hälsofrämjande arbete, yrkesroller, förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare, personcentrerad och nära vård. Jag hoppas att denna rapport ger inspiration att ta diskussionen vidare tillsammans med äldre, anhöriga och de som arbetar på särskilt boende.

Stockholm i maj 2023

Camilla Andersson
Med dr
FoU-chef

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	9
Bakgrund	11
Hälso- och sjukvård på säbo	11
Vad innebär begreppen förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande?	11
Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre personer	12
Att arbeta förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande	13
Omsorgspersonalens kompetens har betydelse för hälso- och sjukvården på säbo	14
Biståndshandläggare inom äldreomsorgen	14
Omställningen till God och nära vård	15
Kritik har riktats mot hälso- och sjukvården på säbo	15
Syfte och frågeställningar	16
Syfte	16
Frågeställningar	16
Metod	17
En intervjustudie	17
Intervjuguide	17
Rekrytering	18
Intervjuer	19
Analys	20
Resultat	21
Professionernas perspektiv – undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och chefer	21
Professionernas beskrivning av hälso- och sjukvården på säbo	21
De boendes behov av hälso- och sjukvård	27
Utmaningar för en god hälso- och sjukvård	29
Personer som bodde på säbo och anhöriga	33
Tillit till hälso- och sjukvårdssystemet på säbo	33
Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter efterfrågades	35
Delaktighet och självbestämmande	36

Problem och dilemman.....	38
Biståndshandläggare	39
Vägen till plats på säbo	39
Biståndshandläggarnas syn på hälso- och sjukvården	40
Diskussion.....	41
Hälso- och sjukvården upplevdes i huvudsak som välfungerande.....	41
Att ligga steget före var inte alltid så enkelt.....	42
Aktiviteter – värdefulla på flera sätt.....	44
Andra aspekter än hälso- och sjukvård var betydelsefulla för att må bra	45
Är säbo redo för att möta framtida behov av hälso- och sjukvård?	47
Vägen till säbo är svår att förstå.....	49
Metoddiskussion	50
Slutligen	52
Referenser	54

Sammanfattning

Den här rapporten är en fortsättning på Nestors intervjustudie om hälso- och sjukvård på särskilt boende (hädanefter används förkortningen säbo). Tillsammans med den första delrapporten ger den en fördjupad beskrivning av hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo, samt exempel på hur hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas, enligt personer som i sitt arbete på olika sätt är involverade i hälso- och sjukvården. Vi beskriver också hur personer som bor på säbo samt anhöriga uppfattar hälso- och sjukvården på säbo. Vår förhoppning är att de båda delstudierna kan bidra till diskussionen om hur hälso- och sjukvården på säbo kan stärkas, liksom arbetet med att främja de boendes hälsa. Den första delrapporten *För en god och jämlik hälso- och sjukvård på särskilt boende. Del 1: Gapet mellan uppdrag, resurser och de äldres behov* finns att ladda ner på nestor.fou.se.

Studien initierades sommaren 2020. Bakgrunden var att Nestor kände till en pågående diskussion om hälso- och sjukvården på säbo, och att det vid utskrivning från sjukhus fanns en förväntan på att säbo skulle kunna ta emot patienter med stora hälso- och sjukvårdsbehov. I en tidigare Nestorrapport sågs också svårigheter med att integrera hälso- och sjukvårdsprofessionernas kompetens i det dagliga arbetet på säbo, och att arbeta i interprofessionella team. Dessutom hade coronapandemin, som startade våren 2020, ytterligare aktualiserat frågan om vilken hälso- och sjukvård som säbo skulle klara av att erbjuda de boende. Vi ville inkludera många av de olika professioner som är inblandade i hälso- och sjukvården på säbo och dessutom höra vad boende själva och anhöriga hade att säga. Det blev många olika grupper och därför delades studien upp i två delar. I den första delstudien deltog sjuksköterskor på säbo, chefer för hälso- och sjukvårdspersonal på säbo, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, läkare i läkarorganisationer, representanter från ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) samt avtalshandläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Intervjuerna genomfördes vintern 2020/21 och en delrapport var klar november 2021. Intervjuerna i denna andra delstudie genomfördes våren och sommaren 2022. Deltagare var personer boende på säbo, anhöriga, chefer för säbo*, undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister samt biståndshandläggare. Den sistnämnda gruppen inkluderades eftersom vi ville veta mer om hur beslut fattas när en person med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov beviljas plats på säbo. Intervjuerna gav ett omfattande material med beskrivningar, synpunkter och reflektioner. De transkriberades i sin helhet och bearbetades med hjälp av innehållsanalys.

Hälso- och sjukvård på säbo är en komplex verksamhet och för att få den fördjupade bilden som en intervjustudie kan ge rekommenderas genomläsning av rapportens resultatavsnitt och även det efterföljande diskussionsavsnittet där resonemanget kring några ämnesområden fördjupas. För den som vill få en snabb översikt av de viktigaste fynden som vi vill lyfta fram följer här några sammanfattande resultat från studien.

* Cheferna som deltog i delstudie 2 hade olika titlar, men var alla chefer på samma nivå med huvudansvar för ett säbo. I rapporten benämns de som "chefer".

- Hälso- och sjukvården upplevdes i huvudsak som välfungerande av boende och anhöriga, även om det också fanns en del kritik. Känslan var att det var tryggt att bo på säbo. Det fanns en tillit till systemet och här spelade kontakten med sjuksköterskan en viktig roll. Omsorgspersonalen uppskattades och var en del av tryggheten. Flertalet av de boende och anhöriga hade sällan eller aldrig träffat läkaren, men såg inte det som ett problem, den goda kontakten med sjuksköterskan var tillräcklig. Bland dem som träffat läkaren fanns både de som var nöjda och de som var mindre nöjda. En negativ aspekt var att väntetiden för läkarbesök kunde upplevas som lång.
- Boende och anhöriga såg säbo som en helhet, och det var ofta svårt för dem att specificera vad som tillhörde hälso- och sjukvård. De berättade om många andra aspekter som var betydelsefulla för deras, eller deras närståendes, hälsa och livskvalitet. Här nämndes exempelvis relationer till personal och anhöriga, att känna sig trygg och omhändertagen och hälsofrämjande aktiviteter såsom utevistelse och gruppträning.
- Professionerna som arbetade på säbo beskrev delvis en välfungerande hälso- och sjukvård, med ett gott samarbete mellan yrkesgrupperna och regelbundna teammöten. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister såg dock svårigheter med att nå ut med sin kunskap till omsorgspersonalen och bland cheferna fanns åsikter om att sjuksköterskor närvarade för lite på avdelningarna.
- Utmaningar som nämndes kunde hänföras till professionernas brist på tid eller brist på kompetens. Ett förslag var att ge mer tid till de arbetsuppgifter professionerna var utbildade för genom att renodla yrkesrollerna och låta annan personal utföra uppgifter som inte krävde hälso- och sjukvårds- eller omsorgskompetens.
- Omsorgspersonalen utförde det mesta av arbetet kring de boende och deras arbete var nödvändigt för att hälso- och sjukvården skulle fungera. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister betonade att de var beroende av omsorgspersonalen för genomförandet av insatser kopplade till deras respektive ansvarsområde. Chefer lyfte att även sjuksköterskor (som ingick i delstudie 1) var beroende av omsorgspersonalen i sitt arbete.
- Omsorgspersonalens arbetssituation påverkade det förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbetet. Enligt arbetsterapeuter och fysioterapeuter hade det blivit svårare att överlämna träning med boende till omsorgspersonalen. Omsorgspersonalens ansträngda arbetssituation blev också ett hinder för ett rehabiliterande arbetssätt i vardagen. Undersköterskorna berättade att de uppmuntrade de boende att göra sådant de klarade själva, men att synsättet inte delades av alla kollegor eftersom det ibland tog längre tid. Det kunde också vara svårt att hinna med sådant som inte uppfattades som absolut nödvändigt, exempelvis träning eller att sätta sig ned och läsa för någon av de boende.
- Det var svårt att arbeta effektivt med individuella förebyggande insatser. Att omsorgspersonalen hade mindre tid har redan påpekats, men det handlade också om att upptäcka försämring hos en boende i ett tidigt stadium. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister var sällan eller aldrig på plats hos de boende, utan de tillkallades först när personal uppmärksammat en försämring. De ansåg dock att de tillkallades alltför sent,

vilket gjorde det svårare att vända tillståndet. Dietisterna spred kunskap kring nutrition och måltider för att förebygga undernäring. Att de var ensamma i sin roll försvårade uppdraget och det fanns synpunkter på placeringen i organisationen. Det påtalades även att få kommuner hade dietist anställd.

- Behovet av individuellt anpassade aktiviteter och insatser hade ökat. Personer som flyttade in på säbo sades vara mer sjuka, eller ha kommit längre i sin demenssjukdom, jämfört med tidigare. Färre boende orkade därför delta i gruppträning och i gemensamma sociala aktiviteter. Det ställde även högre krav på att erbjuda fler och mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser, ett krav som kan växa i omställningen till Nära vård. Chefer hade olika syn på att erbjuda ytterligare hälso- och sjukvårdsinsatser på säbo. Det fanns både tankar om att inte vilja se en sådan utveckling till att konstatera att det skulle kräva annan kompetens än idag hos omsorgspersonal, men också hos sjuksköterskor. Undersköterskor tryckte särskilt på att de behöver mer tid om fler uppdrag skulle läggas på dem.
- Det ansågs att kvaliteten i undersköterskors utbildning hade försämrats och att den varierade mellan lärosäten. Chefer berättade om omsorgspersonal som saknade ”det emotionella” och kompetens för sin uppgift, och att det hade en negativ påverkan på hela arbetsgruppen. Språkproblem nämndes också av både boende och chefer, även om det inte framstod som någon stor fråga i den här studien.
- De boende hade sällan haft samtal med personal på säbo om sin framtida vård vid försämring, men litade på att personalen kunde bedöma vilken hälso- och sjukvård de behövde. Bland anhöriga fanns de som hade haft samtal om den närståendes framtida vård och de samtalen hade varit värdefulla och skapat förståelse. Professionerna berättade att de hade samtal med boende och anhöriga om den boendes framtida vård, men formerna för dessa samtal varierade mellan olika boenden.
- Biståndshandläggarna berättade att det var helhetssyn och bedömning av en persons funktion som avgjorde om plats på säbo beviljades eller inte. Biståndshandläggarna gav dock exempel på att professioner inom hälso- och sjukvård inte kände till att plats beviljas utifrån socialtjänstlagen. Det fanns exempel på gott samarbete med regionens hälso- och sjukvård men biståndshandläggarna beskrev också kulturella skillnader i deras respektive arbetssätt, något som skulle kunna försvåra sådana samarbeten.

Inledning

Detta är den andra och avslutande delen i Nestors intervjustudie om hälso- och sjukvård på särskilt boende för äldre (hädanefter används förkortningen säbo). Studien initierades sommaren 2020. Bakgrunden var att frågan om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser säbo skulle kunna erbjuda, hade lyfts och diskuterats i Nestors samverkansforum. Det framhölls att personer med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov allt oftare skrevs ut från sjukhus till säbo, och man upplevde att det fanns en förväntan på att kommunen skulle kunna hantera det. Dessutom, coronapandemin hade startat våren 2020, och för att möta ett förväntat utökat behov av hälso- och sjukvårdsinsatser på säbo hade ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) i Stockholm fått ett utökat uppdrag. Det innebar att personal från ASIH, efter remissförfarande, kunde utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på säbo, något som inte ingått i det tidigare uppdraget. Det här var en ny samverkansform som snabbt hade införts och vi undrade hur det hade fungerat och vilka erfarenheter som hade gjorts av detta. Samtidigt undrade vi om det fanns andra lärdomar från tiden med coronapandemin som var värdefulla att ta till sig. En tredje ingång till studien var en tidigare Nestorrapport som bland annat hade uppmärksammat svårigheter att integrera den hälso- och sjukvårdskompetens som respektive yrkesgrupp besitter i det dagliga arbetet på säbo, och att arbeta i interprofessionella team (Nyholm & Johansson, 2020).

Beslut om att dela upp intervjustudien i två delar togs i planeringsfasen. En utgångspunkt var att vi ville belysa hälso- och sjukvården utifrån flera olika perspektiv, genom att samla in synpunkter både från dem som planerar och utför hälso- och sjukvården och från dem som mottar hälso- och sjukvården. Totalt blev det många olika grupper som vi ville skulle få komma till tals och av praktiska skäl valde vi därför att genomföra studien i två delar. I den första delstudien deltog sex grupper med olika funktioner eller olika professioner. Det var sjuksköterskor på säbo, chefer för hälso- och sjukvårdspersonal på säbo, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, läkare i läkarorganisationer, representanter från ASIH samt avtalshandläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I den andra delstudien, som redovisas i den här rapporten, deltog ytterligare åtta olika grupper. Det var chefer för säbo*, undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter samt dietister, det vill säga professioner som arbetade på eller hade uppdrag mot säbo. Det var också personer som bodde på säbo, anhöriga och slutligen även en grupp biståndshandläggare. Att inkludera biståndshandläggare ansågs viktigt eftersom vi ville förstå mer om hur det fungerar när en person med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov flyttar till säbo, exempelvis vid utskrivning från slutenvården.

I den första delstudien ställdes öppna frågor om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som utfördes på säbo och hur det fungerade, men också mer specifika frågor om hur man såg på att erbjuda mer avancerade insatser, om det fanns lärdomar från arbetet under pandemin generellt eller erfarenheter av samarbete med ASIH. Resultatet i den första studien pekade

*Cheferna som deltog i delstudie 2 hade olika titlar, men var alla chefer på samma nivå med huvudansvar för ett säbo. I rapporten benämns de som "chefer".

bland annat på att kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag var ottydligt och gav utrymme för egna tolkningar. Intervjudeltagarna beskrev att det fanns en variation mellan olika boenden när det gällde vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjöds. Avgörande faktorer var ofta sjuksköterskebemanning och tillgång till utrustning. Om fler och mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser skulle kunna erbjudas sågs ett behov av sjuksköterskor dygnet runt, mer tillgängliga läkare och viss utrustning.

Den första delstudien gav även fynd som ledde till nya insikter. De nya fynden berörde områden som låg utanför frågeställningar om avancerad hälso- och sjukvård, och som deltagarna själva lyfte som viktiga, eller som fick en särskilt framträdande roll under intervjuerna. Det gav en bredare syn på hälso- och sjukvården på säbo. Detta ledde till att vi i delstudie 2 dels tonade ner fokus på den mer avancerade hälso- och sjukvården, dels kompletterade med nya frågor om:

- Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbete.
- Samarbete mellan olika professioner på säbo.
- Samtal om vård vid försämring och/eller vård vid livets slut.

Den första delstudien beskrivs i sin helhet i rapporten *För en god och jämlik hälso- och sjukvård på särskilt boende. Del 1: Gapet mellan uppdrag, resurser och de äldres behov*. Rapporten finns att ladda ner på nestor.fou.se.

ASIH: Avancerad sjukvård i hemmet

Fysioterapeut: Är den nya yrkestiteln för sjukgymnaster och den benämning som ska användas på yrkeskåren i första hand (Fysioterapeuterna, 2023)

HSL: Hälso- och sjukvårdslagen

LSS: Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Omsorgspersonal: undersköterskor och vårdbiträden

PSL: Patientsäkerhetslagen

SoL: Socialtjänstlagen

Ruta 1: Förkortningar och förklaringar till uttryck som används i rapporten.

Bakgrund

Hälso- och sjukvård på säbo

Enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är målet med hälso- och sjukvården i Sverige en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården (Regeringen, 2022; SOU 2022:41; SOU 2020:19) och kommunen ansvarar för att erbjuda dem som bor på säbo hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (SOU 2020:19). Det innebär åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (HSL). I vår första delstudie framkom dock att vissa säbo erbjöd mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser, och att sjuksköterska med tillräcklig kompetens samt rätt utrustning behövdes för att detta skulle vara möjligt (Nyholm & Björkman, 2021). Kommunens ansvar gäller inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, utan regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan (HSL; Region Stockholm & Storsthlm, 2015). I Region Stockholm ges läkarinsatser på säbo av vårdgivare som blivit godkända för uppdraget av hälso- och sjukvårdsförvaltningen (Region Stockholm, 2022a). Dessa vårdgivare kallas ofta läkarorganisationer. Personer som bor permanent på säbo kan antingen lista sig hos den läkarorganisation som boendet har avtal med, eller hos valfri husläkarmottagning (Region Stockholm, 2022b). Regionen ansvarar även för att erbjuda specialiserad vård till personer som bor på säbo, i de fall de har behov av sådan vård (SOU 2020:19). Frågor som berör hälso- och sjukvård på säbo på ett mer övergripande plan, såsom tolkning av avtal och överenskommelser, behandlades i den första delstudien (Nyholm & Björkman, 2021) och beskrivs därför inte i närmare här.

Vad innebär begreppen förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande?

När det gäller att förhindra sjukdom och främja hälsa använder Världshälsoorganisationen, WHO, begreppen sjukdomsprevention respektive hälsopromotion (WHO, 2022). Det förstnämnda berör exempelvis vaccinationsprogram och att upptäcka sjukdom i ett tidigt skede. Hälsopromotion handlar om att öka människors kontroll över sin hälsa, och att främja hälsosamma beteenden genom policys och likande (WHO, 2022). I Sverige finns nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018a). Begreppet hälsa innebär enligt Socialstyrelsen fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada (Socialstyrelsens termbank, 2023). Vidare definieras ohälsa som brister i hälsa. Hälso- och sjukvården ska enligt HSL arbeta för att förebygga ohälsa, och både regioner och kommuner ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. HSL anger också att habilitering, rehabilitering samt hjälpmedel ska erbjudas för personer med funktionsnedsättning. Det finns ingen författningsreglerad definition av begreppen förebyggande, hälsofrämjande eller rehabiliterande (SOU 2022:41). Däremot finns begreppen definierade i Socialstyrelsens termbank.

Förebyggande

Socialstyrelsen definierar förebyggande hälso- och sjukvård som åtgärder som syftar till att bevara god hälsa, förhindra uppkomst av sjukdom, skada eller försämrat hälsotillstånd (Socialstyrelsens termbank, 2023). Vidare beskrivs att förebyggande åtgärder innebär att påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Förebyggande insatser kan baseras på medicinska bedömningar från flera olika hälso- och sjukvårdsprofessioner (SOU 2022:41). Förebyggande arbete är också en del i socialtjänstens uppdrag. Exempelvis ska verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen, SoL, såsom hemtjänst och säbo, ha rutiner för hur undernäring ska förebyggas (Socialstyrelsen, 2022a).

Hälsofrämjande

En hälsofrämjande åtgärd är, enligt Socialstyrelsens termbank (2023), en åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. I utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner beskrivs hälsofrämjande arbete som andra insatser än hälso- och sjukvård (SOU 2022:41). Enligt utredningen kan promenader, gymnastik och att utföra vardagssysslor efter egen förmåga vara hälsofrämjande insatser. I överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om omställningen till Nära vård beskrivs dock hälsofrämjande arbete som en viktig del i hälso- och sjukvårdens uppdrag (Regeringen, 2022).

Rehabiliterande

I likhet med förebyggande insatser utgör rehabiliterande insatser hälso- och sjukvård (SOU 2022:41). Socialstyrelsen menar att rehabilitering är insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsens termbank, 2023). Rehabiliterande insatser är inte samma sak som vardagsrehabilitering, där det senare handlar om att tillvarata personens egna resurser, och att agera stöttande istället för att ta över de förmågor som personen har (Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011). Det finns dock ingen entydig definition av begreppet vardagsrehabilitering (Pettersson & Iwarsson, 2015).

Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre personer

Fysisk aktivitet utgör en del i det förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbetet och definieras som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver den i vila (FYSS, 2021). Fysisk aktivitet kan alltså innebära både vardagssysslor och olika former av organiserad träning. När det gäller träning riktad till äldre personer handlar det ofta om att förebygga fall, såsom kampanjen Balansera mera (Socialstyrelsen, 2018b) och träningsprogrammet Otago (Arkkukangas, 2017; Bygdeson & Johansson, 2015). Det är känt att fysisk aktivitet och träning minskar risken för fall (SBU, 2021; Bull et al., 2020; Sherrington et al., 2020) och att personer som är fysiskt aktiva mår, sover och fungerar bättre (FYSS, 2021). För personer som bor på säbo finns det specifika rekommendationer om fysisk aktivitet (de Souto Barreto et al., 2016). Rekommendationerna syftar till att öka den fysiska aktiviteten i vardagen genom att bland annat motivera och skapa förutsättningar för rörelse, underlätta förflyttning, bryta stillasittandet och att arrangera gruppaktiviteter som exempelvis dans och olika former av

gymnastik. Gruppaktiviteter har beskrivits som den vanligaste formen av organiserad fysisk aktivitet på säbo (Mahrs Träff et al., 2018). Ett annat sätt att minska stillasittandet och få till daglig fysisk aktivitet på säbo kan vara med sit-to-stand övningar, det vill säga uppresning från sittande till stående (Grönstedt et al., 2020).

Att arbeta förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande

Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssätt på säbo

Enligt utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner behöver de hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatserna för äldre prioriteras i större utsträckning (SOU 2022:41). Ett sätt att arbeta strukturerat med förebyggande insatser är att använda kvalitetsregister såsom Senior alert och BPSD-registret. Dessa syftar till att minska risken för undernäring, trycksår, fall, blåsdysfunktion samt ohälsa i munnen respektive att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Arbetet bygger på riskbedömning och individanpassade åtgärder som följs upp och utvärderas av hela teamet. Resultaten kan också användas för förbättringsarbeten i den egna verksamheten (BPSD, 2023; Senior alert, 2023a och b). Brister i användningen av kvalitetsregister har påtalats. En studie baserad på registerdata från Senior alert visade att planerade åtgärder inte registrerades trots påvisad risk och att insatta åtgärder inte överensstämde med den identifierade riskfaktorn (Witt et al., 2018). Lannering et al. (2017) påpekade att omsorgspersonalen reagerade på förändringar hos de boende utan stöd av registrering i kvalitetsregistret, då det var en del i det dagliga arbetet. Här nämndes även fördelar med att använda Senior alert, exempelvis att alla boende bedömdes på samma sätt och att registret fungerade som ett verktyg för kommunikation.

Professionernas roller i det förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbetet

Samtliga professioner som har yrkeslegitimation inom hälso- och sjukvård arbetar utifrån HSL, vilket innebär att det i deras yrkesutövning ingår att förebygga ohälsa och att erbjuda förebyggande insatser utifrån personens individuella behov och förutsättningar. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister ska, som HSL anger, arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (Dietisternas riksförbund, 2022; Fysioterapeuterna, 2019; Sveriges Arbetsterapeuter, 2018). I dietisters arbete ingår att förebygga och lindra sjukdom/symtom med hjälp av olika former av nutritionsbehandling (Dietisternas riksförbund, 2022). Kommundietisternas uppdrag varierar, och kliniskt arbete ingår inte alltid. Vissa säbo som drivs i privat regi har dietist inom organisationen, och det förekommer också att kommuner och privata utförare anlitar dietistkonsulter (Kommundietisternas nätverk, 2023). Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar bland annat med riktad träning inom fysisk aktivitet eller vardagliga aktiviteter, även kallat specifika rehabiliteringsinsatser (Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får enligt patientsäkerhetslagen, PSL, delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med kravet på en god och säker vård, och ansvarar då för att den som får delegationen har de förutsättningar som krävs för att genomföra uppgiften. Detta innebär att sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister kan delegera arbetsuppgifter till omsorgspersonalen på säbo. Enligt Socialstyrelsen (2011) bör personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre ha kunskap om hur äldre personers hälsa kan förbättras eller bevaras, och ha förmåga att uppmärksamma och ta till vara det friska hos äldre personer. Här

anges vidare att personalen bör ha kunskap om ett funktionsbevarande och rehabiliterande arbetssätt samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet (Socialstyrelsen, 2011). Detta kan ses som vardagsrehabilitering (Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011).

Omsorgspersonalens kompetens har betydelse för hälso- och sjukvården på säbo

När omsorgspersonal medverkar i hälso- och sjukvård, eller biträder en legitimerad yrkesutövare, betraktas även de som hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL. Med begreppet omsorgspersonal avses undersköterskor och vårdbiträden. De allra flesta arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård är oreglerade, vilket innebär att det inte finns något krav på att en specifik yrkesgrupp ska utföra uppgiften så länge en god vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (SOU 2019:20). I delstudie 1 framkom att omsorgspersonal ofta utförde hälso- och sjukvårdsuppgifter på säbo, och sjuksköterskor, läkare och hälso- och sjukvårdsschefer lyfte fram vikten av att omsorgspersonalen hade tillräcklig kompetens samt att samarbetet mellan professionerna fungerade (Nyholm & Björkman, 2021).

Det finns idag en stor variation när det gäller utbildningsbakgrund och kompetens hos undersköterskor (SOU 2019:20). Riksdagen tog i juni 2021 beslut om att undersköterska ska bli en skyddad yrkestitel (Sveriges riksdag, 2021). Från och med den 1 juli 2023 kan ansökan om skyddad yrkestitel göras, i syfte att få så kallat bevis från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2022b). Under en övergångsperiod kan den som redan arbetar som undersköterska fortsätta att använda titeln, men från år 2033 får endast de som har godkänt bevis inneha titeln undersköterska. Detta gäller för verksamheter inom hälso- och sjukvårdens område samt i verksamheter som äldreomsorg och annan omsorg som definieras i socialtjänstlagen eller i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (Socialstyrelsen, 2022b; Sveriges riksdag, 2021). Utbildningsinnehållet i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram kommer vara grunden för att få beviset, och kompetensen kommer också att kunna nås genom motsvarande vuxenutbildning, såsom komvux (Sveriges riksdag, 2021). Äldreomsorgslyftet, som pågått sedan år 2020, är en statlig satsning som innebär att personal får möjlighet att vidareutbilda sig till vårdbiträde, undersköterska eller specialistundersköterska på betald arbetstid (SOU 2021:52). Riksdagen ställde sig bakom att förlänga Äldreomsorgslyftet, som fortlöper under år 2023 (Sveriges riksdag, 2022).

Biståndshandläggare inom äldreomsorgen

Biståndshandläggare utreder, bedömer och tar ofta beslut om insatser inom äldreomsorgen. Det handlar bland annat om att förstå en persons behov av stöd i det dagliga livet och att ta reda på vilka egna resurser personen har och hur den önskade målbilden ser ut (Socialstyrelsen, 2021). Biståndshandläggare är anställda av kommuner och är myndighetsutövare. De arbetar på uppdrag av socialnämnden vars uppdrag utgår från socialtjänstlagen, SoL, som är den lag som både reglerar de skyldigheter som socialnämnden har och den enskildes rättigheter (Kunskapsguiden, 2020). De beslutade insatserna genomförs av så kallade utförare, såsom hemtjänst eller säbo. För att en äldre person ska kunna flytta till säbo behöver det beviljas som bistånd enligt SoL.

Omställningen till God och nära vård

När det gäller inriktningen mot en God och nära vård, även kallad ”Nära vård”, beskriver regeringen att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten (Regeringen, 2022). I omställningen ingår en önskad förflyttning från slutna hälso- och sjukvård, som är en dyrare vårdform och som bör ges patienter som behöver sjukhusets specialiserade resurser, till att mer hälso- och sjukvård utförs i hemmet (Regeringen, 2022). Som beskrivits ovan är den kommunala hälso- och sjukvården en del av primärvården (HSL; SOU 2022:41; SOU 2020:19; Regeringen, 2020), och omställningen till Nära vård gäller även säbo.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) beskriver Nära vård som ett förändrat förhållningssätt, och som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg (SKR, 2022). Förhållningssättet handlar om att flytta fokus från organisation till person och relation, att invånare och patienter ses som aktiva medskapare istället för passiva mottagare, att vård och omsorgsinsatser går från isolerade händelser till samordning utifrån personens fokus samt att insatserna är proaktiva och hälsofrämjande istället för reaktiva. SKRs målbild för Nära vård lyfter fram det förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssättet som beskrivits ovan.

En God och nära vård enligt målbilden (SKR, 2022):

- Utgår från individuella förutsättningar och behov.
- Bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- Bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Kritik har riktats mot hälso- och sjukvården på säbo

Samtidigt som arbetet med den första delstudien pågick lyfte nationella utvärderingar fram brister i hälso- och sjukvården på säbo. Coronakommissionen påtalade bland annat att huvudregeln bör vara att sjuksköterska ska finnas på plats dygnet runt på varje säbo under alla veckodagar och menade att detta krävdes för att skapa förutsättning för att kunna genomföra vissa medicinska insatser, samt för stöd och handledning till personal (SOU 2020:80). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tittade också på tillgängligheten till sjuksköterska på säbo och konstaterade att den varit för låg (IVO, 2021). Under 2022 genomförde IVO en tillsyn av medicinsk vård och behandling på säbo (IVO, 2022). I tillsynen ingick en enkät riktad till sjuksköterskor, och här svarade knappt hälften av 2614 deltagare att de inte alltid hade förutsättningar att bedöma den boendes hälsotillstånd på plats. Att det behövdes högre sjuksköterskebemanning och sjuksköterskor som var mer närvarande i det dagliga arbetet, liksom att många insatser krävde sjuksköterska på plats, påtalades även av deltagare i vår första delstudie (Nyholm & Björkman, 2021). När det gäller läkare har Coronakommissionens och IVOs utredningar bland annat framfört att säbo-läkare har stora uppdrag och att det kan vara svårt för läkare att komma till boendet på oplanerade besök (IVO, 2022; SOU 2020:80). Dessa synpunkter framkom också i vår första delstudie. Deltagarna var nöjda med att en läkarorganisation ansvarade för läkaruppdraget, det gav kontinuitet i läkarkontakten, men det fanns stark önskan om mer läkartid och möjlighet till akuta bedömningar på plats (Nyholm & Björkman, 2021).

Syfte och frågeställningar

Syfte

Studiens syfte var att bidra till frågan om hur äldre personer som bor på säbo ska kunna erbjudas en god och jämlik hälso- och sjukvård, genom att beskriva hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo i dag och hur den skulle kunna utvecklas enligt synpunkter från:

- Sjuksköterskor på säbo, chefer för hälso- och sjukvårdspersonal på säbo, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), läkare i läkarorganisationer, representanter från ASIH samt avtalshandläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (*delstudie 1*).
- Undersköterskor, chefer för säbo, arbetsterapeuter och fysioterapeuter på säbo, dietister med uppdrag mot säbo, personer som bor på säbo, anhöriga till personer som bor på säbo samt biståndshandläggare (*delstudie 2*).

Frågeställningar

Professioner som arbetade på eller hade uppdrag mot säbo

- Hur fungerar hälso- och sjukvården på säbo?
- Vilka eventuella utmaningar/hinder ser man för att kunna ge en god hälso- och sjukvård (både akuta och förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser)?
- Hur ser man på att kunna tillhandahålla mer omfattande och avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i sin verksamhet?

Personer som bodde på säbo och anhöriga

- Hur upplever man hälso- och sjukvården på säbo?

Biståndshandläggare

- Hur tas beslut om plats på säbo?
- På vilket sätt påverkar behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser biståndshandläggarens bedömning vid ansökan om säbo?

Metod

En intervjustudie

För att besvara frågan om hur hälso- och sjukvården bedrevs på säbo och hur den skulle kunna utvecklas intervjuades personer som på olika sätt berördes av frågan. Vi ställde öppna frågor och deltagarna fick fritt berätta om sina erfarenheter och synpunkter (Patton, 2015). Vi riktade oss både till personer som arbetade med hälso- och sjukvård på säbo eller som arbetade med att utreda behov av plats på säbo, liksom till personer som var mottagare av hälso- och sjukvård på säbo.

Intervjuerna genomfördes digitalt, med undantag för intervjuer med personer som bodde på säbo som skedde på plats. Intervjuer med professionerna genomfördes i grupp. Personer som bodde på säbo och anhöriga erbjöds i första hand individuella intervjuer. Att göra digitala intervjuer underlättade inplaneringen av tider för intervjuerna. Särskilt gruppintervjuer med professionerna hade varit svårare att genomföra fysiskt, eftersom deltagarna kom från olika enheter och kommuner.

Intervjuguide

Separata intervjuguides togs fram för respektive intervjugrupp. Intervjuguides till professionerna som arbetade på, eller hade uppdrag mot, säbo innehöll gemensamma frågor men anpassades till den specifika intervjugruppen. Intervjuguides till de boende och anhöriga samt till biståndshandläggare hade andra frågeställningar. Intervjuguides till professionerna granskades av en person med kännedom inom respektive yrkesområde. Intervjuguides till boende och anhöriga granskades av utvecklingsledare med erfarenhet från arbete på säbo. Synpunkter på intervjuguiderna mottogs och ledde till mindre justeringar innan de användes. Frågorna fokuserade på följande områden:

Professioner som arbetade på eller hade uppdrag mot säbo

1. Hur beskriver undersköterskor, chefer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister sin roll i hälso- och sjukvården på säbo?
2. Hur fungerar samarbetet med andra yrkesgrupper på säbo?
3. Finns det utmaningar/hinder för att kunna ge en god hälso- och sjukvård? I så fall vilka? (här inkluderades både akuta och förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser).
4. Hur ser man på att kunna tillhandahålla mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i sin verksamhet?
5. Genomförs samtal med de boende och anhöriga om hur man vill ha sin vård vid försämring eller vid livets slut? (frågan ställdes till chefer och undersköterskor)

Personer som bodde på säbo och anhöriga

1. Känner man sig trygg med den hälso- och sjukvård som erbjuds på boendet? Vad är det som ger trygghet eller vad är det som saknas?
2. Är man delaktig i planering och genomförande av hälso- och sjukvård, och i så fall på vilket sätt?

3. Får man den information om hälso- och sjukvårdsfrågor som man behöver? Om inte, vilken information skulle man vilja ha och på vilket sätt?
4. Har man fått stöd av säbots fysioterapeut eller arbetsterapeut? I vilka situationer i så fall, och hur upplevdes det?
5. Har man samtal om vad som är viktigt vid försämrat hälsotillstånd och vilken vård man önskar? Vem pratar man med i så fall och hur går de till?

Biståndshandläggare

1. Hur beskriver biståndshandläggare processen vid ansökan om säbo?
2. På vilket sätt påverkar behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser biståndshandläggarens bedömning vid ansökan om säbo?
3. Om behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser skulle beskrivas mer detaljerat inför flytt till säbo, hur skulle det kunna gå till?

Rekrytering

Professioner

I första hand kontaktades säbon i de fem av Nestors ägarkommuner som inte deltog i den första delstudien, men kompletterades med några från tidigare medverkande kommuner. Både kommunalt och privat drivna boenden inkluderades. Rekryteringen skedde via förfrågan till chef på respektive säbo, samt direkt till potentiella deltagare i studien, bland annat till Nestors nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Då få av Nestors ägarkommuner har dietister anställda vände vi oss till de dietister som hade uppdrag mot säbo i ägarområdet under den tid då rekryteringen pågick. Rekrytering av dietist från privat utförare skedde via företagets MAS.

Personer som bodde på säbo och anhöriga

Intervjudeltagare som bodde på säbo rekryterades av aktivitetsansvarig eller gruppchef på respektive säbo. Precis som för professionerna inkluderades både kommunalt och privat drivna säbo. Aktivitetsansvarig eller gruppchef informerade personer som de trodde kunde och ville delta i en intervju. De hjälpte också till att arrangera intervjuerna. Rekryteringen av anhöriga till personer som bodde på säbo gick via förfrågan till några av de chefer som tidigare hade kontaktats för rekrytering av intervjupersoner med olika professioner. Cheferna valde antingen att skicka ut förfrågan till samtliga anhöriga via mail eller att själva tillfråga ett mindre antal anhöriga som de trodde ville delta i en intervju. Anhöriga och personer som bodde på säbo rekryterades från olika boenden.

Informerat samtycke

Ett informationsbrev där studiens upplägg och syfte förklarades skickades ut via mail till professioner och anhöriga, medan boende på säbo fick brevet i pappersformat via gruppledare eller aktivitetsansvarig på säbo. Brevets innehåll anpassades till respektive mottagargrupp. I samtliga fall framgick att deltagandet var frivilligt, att intervjuerna skulle hanteras konfidentiellt och resultaten presenteras utan att enskilda personer skulle kunna identifieras. Information till personerna som bodde på säbo och till anhöriga gavs också muntligt vid inledningen till intervjun och det fanns möjlighet att ställa ytterligare frågor.

Intervjuer

Intervjuerna genomfördes som ett samtal mellan en intervjuare och deltagare. Intervjuguiden användes som stöd, men ordningen på frågorna kunde variera beroende på hur samtalet utvecklade sig. Deltagarna var fria att kommentera fritt och att ta upp andra aspekter och synpunkter som de kom att tänka på. Följdfrågor ställdes för att klarlägga innehållet i deltagarnas svar. Under gruppintervjuerna deltog även ytterligare en intervjuare som lyssnade på samtalet och mot slutet ställde kompletterande frågor utifrån vad deltagarna hade talat om. Intervjuer med professioner och anhöriga pågick från januari till juni 2022 och genomfördes digitalt via dator så vi kunde se varandra på datorskärmen, förutom i ett fall då telefon användes. Gruppintervjuer med professionerna tog i genomsnitt 74 minuter (49–95 minuter). Individuella intervjuer med anhöriga tog i genomsnitt 22 minuter (16–25 minuter). Intervjuer med personer som bodde på säbo pågick från maj till augusti 2022, och genomfördes på plats på respektive boende. Två intervjuer skedde i grupp enligt deltagarnas önskemål, medan övriga var individuella. De individuella intervjuerna tog i genomsnitt 25 minuter (14–40 minuter), medan gruppintervjuerna tog 36 respektive 53 minuter. Rekrytering av deltagare pågick under relativt lång tid. I flera intervjugrupper nådde vi inte upp till det antal personer vi hade önskat. Vid ett par tillfällen uteblev personen som hade accepterat att delta i intervjun. Ljudet från varje intervju spelades in på mobiltelefon. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant av intervjuaren och kontrollerades av den andra intervjuaren före analysen.

Tabell 1: Intervjudeltagare

Profession/funktion	Antal deltagare per profession/funktion & kommunalt/privat säbo	Grupp-/individuell intervju
Undersköterska	4 kommunalt 1 privat	2 gruppintervjuer (3 resp. 2 deltagare)
Arbetsterapeut	3 kommunalt	1 gruppintervju
Fysioterapeut	2 kommunalt 1 privat	1 gruppintervju
Dietist*	2 kommunalt 1 privat	1 gruppintervju
Chef för säbo	3 kommunalt 2 privat	2 gruppintervjuer (3 resp. 2 deltagare)
Biståndshandläggare	5 deltagare från 5 kommuner	1 gruppintervju
Personer som bodde på säbo	12 kommunalt 5 privat	11 enskilda intervjuer 2 gruppintervjuer (4 resp. 2 deltagare)
Anhöriga till personer som bodde på säbo	3 kommunalt 2 privat	5 enskilda intervjuer
Summering	46 deltagare	10 gruppintervjuer 16 individuella intervjuer

* Dietisterna hade uppdrag mot flera säbon i kommunen respektive i företaget.

Analys

För att beskriva och sammanfatta deltagarnas synpunkter användes direkt innehållsanalys samt, till viss del, konventionell innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005). Det innebar att analysen främst var deduktiv och använde förutbestämda koder som utgick från studiens frågeställningar, men att den även innehöll en induktiv del där synpunkter utanför de förbestämda koderna inkluderades. Intervjutexterna delades upp och bearbetades av de båda författarna var för sig. Texterna lästes noggrant och meningsbärande enheter (MU, meaning units) plockades ut och kodades dels med de förbestämda koderna, dels med nya koder som skapades under analysens gång. I ett nästa steg granskades koderna, justerades vid behov och koderna användes för sortering av innehållet. Därefter skrevs en sammanfattande text för varje intervjugrupp. Båda författarna var väl insatta i innehållet i samtliga intervjuer. Under analysens gång tog de del av varandras bearbetade material, diskuterade och enades om resultatet. I slutfasen av analysen delades texterna upp i tre delar. Varje del bearbetades därefter ytterligare och inom varje del sorterades innehållet i beskrivande kategorier och subkategorier. De tre delarnas resultat presenteras i varsitt avsnitt med början på nästa sida.

Resultat

Totalt intervjuades sjutton personer som bodde på säbo, fem anhöriga samt tjugofyra personer från sex olika yrkesgrupper (undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, chef, biståndshandläggare). Som beskrivits ovan är resultatet uppdelat i tre avsnitt. Det första avsnittet beskriver resultatet från intervjuerna med de professioner som arbetade på eller hade uppdrag mot säbo, det vill säga professionernas perspektiv. Därefter följer ett avsnitt med mottagarnas perspektiv, hur personer som bodde på säbo och anhöriga uppfattade hälso- och sjukvården. Det sista avsnittet innehåller biståndshandläggarnas beskrivning av hur det går till när en person ansökt om plats på säbo, och hur beslutet fattas.

Det som presenteras kommer från deltagarna och utgår ifrån deras lokala sammanhang och deras egna reflektioner, medan författarnas tankar tas upp i diskussionsavsnittet. Eftersom det är få personer i varje grupp anges sällan om det är ett fåtal eller samtliga i gruppen som har uttryckt en viss synpunkt. Istället beskrivs vilka uppfattningar som fanns i gruppen. Citat har lagts in i resultatpresentationen och några har redigerats för att öka läsbarheten, men detta påverkar inte innebörden i respektive citat.

Professionernas perspektiv – undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och chefer

Resultatet från intervjuerna med de fem professionerna som arbetade på eller mot säbo presenteras i tre kategorier och elva subkategorier. Den första kategorin *Professionernas beskrivning av hälso- och sjukvården på säbo* innehåller många subkategorier som utgör aspekter av hur deltagarna beskrev hälso- och sjukvården. Här ingår beskrivningar om deltagarnas roller i hälso- och sjukvården, synpunkter på uppdelningen i SoL och HSL, om professionernas samarbete, omsorgspersonalens viktiga roll för hälso- och sjukvården, samt hur man arbetade förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande respektive med samtal med boende om sin vård vid försämring. Den andra kategorin *De boendes behov av hälso- och sjukvård* tar upp att de som bor säbo idag är mer sjuka jämfört med tidigare och att det påverkar behovet av hälso- och sjukvård och dess möjligheter. De boendes självbestämmande tas också upp. Slutligen, den tredje kategorin *Utmaningar för en god hälso- och sjukvård* sammanfattar en rad olika svårigheter som lyftes av intervjudeltagarna. De presenteras här som utmaningar kopplade till brist på tid respektive brist på kompetens.

Professionernas beskrivning av hälso- och sjukvården på säbo

Professionernas roller i hälso- och sjukvården

Enligt undersköterskorna var deras roll på säbo att arbeta med omvårdnad dygnet runt och att arbeta med ”helheten”. Exempel på arbetsuppgifter som de utförde var aktiviteter, aktivering, städning, servering av mat, social samvaro, utevistelse och läkemedelshantering. Det var inte helt lätt att särskilja hälso- och sjukvårdsuppgifter från annan omvårdnad, utan detta ingick i ”helheten”. Hälso- och sjukvårdsuppgifter som nämndes var sådant som krävde delegering, som läkemedelsutdelning, att ge insulin, göra såromläggningar och att spola katetrar.

Arbeterapeuterna berättade att de gjorde ADL-bedömningar (ADL = aktiviteter i det dagliga livet) vid inflytt och vid försämring, arbetade kliniskt med mobilisering om någon boende skadat sig samt informerade anhöriga om skyddsåtgärder. De arbetade mycket med hjälpmedel och de handledde och utbildade omsorgspersonal, exempelvis om förflyttningsteknik och om hur de kunde hjälpa boende att träna.Handledning och utbildning var viktigt för de boendes välmående men också för att förebygga arbetsskador hos personalen. Viss tid ägnades åt förebyggande vardagsrehabilitering, men mycket mer resurser lade de på arbete vid akut skada (exempelvis vid stroke eller fraktur).

Fysioterapeuterna gjorde förflyttnings- samt fallriskbedömningar vid inflytt och vid försämring, arbetade med hjälpmedel, handledde och utbildade omsorgspersonal och träffade anhöriga till de boende. Andra uppgifter var att behandla boende vid smärta, göra insatser efter akut skada eller hitta sätt att avlasta vid sår (exempelvis vändschema, kuddar). Särskilt i början av akut skada kunde de ägna relativt mycket tid med den boende. Fysioterapeuterna nämnde även att de verkade för ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt. Liksom arbetsterapeuterna hade fysioterapeuter ansvar både för de boendes välmående och för omsorgspersonalens arbetsmiljö. En arbetsuppgift som enligt fysioterapeuterna ofta låg på dem var att inhämta och utreda samtycke vid skyddsåtgärder (exempelvis bälte och sänggrind), vilket beskrevs som både svårt och tidskrävande.

Cheferna berättade att de hade det yttersta ansvaret för att säkerställa god vård och omsorg och patientsäkerhet. Rollen såg olika ut beroende på om chefen hade egen hälso- och sjukvårdskompetens eller inte, samt om den legitimerade personalen tillhörde en separat hälso- och sjukvårdsenhet eller ingick i säbots egen personalgrupp. Chefer som inte hade hälso- och sjukvårdskompetens utsåg en behörig medarbetare som delegerades hälso- och sjukvårdsansvaret.

Dietisterna arbetade centralt och hade ett övergripande ansvar i kommunen respektive i företaget. Gemensamt för dietisterna var att de utbildade sjuksköterskor och omsorgspersonal i nutrition-, mat- och måltidsfrågor samt att de uppdaterade nutritionsrutiner. Andra uppgifter som nämndes var menyplanering, ansvar för boendes specialkost, hantering av sondnäring och stöd till avdelningarnas kostombud. Kliniskt arbete med journalföring förekom också. Alla hade dock inte detta i sitt uppdrag, utan dietisten kunde också fungera som konsult till verksamheterna och svarade då på frågor över telefon.

”Oftast är det sondmat det handlar om men det kan också vara att anhöriga önskar att personer ska få träffa dietist. Eller att sjuksköterska vill ha hjälp med vilken näringsdryck de ska välja, eller ja, om det är någon som har gått ner jättemycket i vikt på kort tid och de vill ha hjälp att utreda det.” (Dietist 1)

Organisation och uppdelning i HSL och SoL

Cheferna menade att personalen skulle arbeta tillsammans oavsett om en uppgift tillhörde HSL eller SoL. Chefer som själva inte var chef över hälso- och sjukvårdspersonalen på sitt säbo såg dock en svårighet med den organisatoriska uppdelningen. De menade att det var

spretigt och svårare att sätta gemensamma mål som gällde för hela arbetsgruppen. När det gällde hur samarbetet mellan SoL-personal (omsorgspersonal) och HSL-personal (arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor) fungerade på boendena hade cheferna olika upplevelser. Vissa uttryckte att samarbetet fungerade bra och att det inte fanns några stuprör mellan HSL- och SoL-personal. Andra menade att det fanns ett gap mellan grupperna och att det behövdes ett arbete för att få ihop HSL och SoL. På ett säbo fanns ett pågående utvecklingsarbete för att stärka samarbetet mellan professionerna.

”Gentemot våra boende så ska det inte spela någon roll, utan det är precis det som tanken är med de här tvärprofessionella grupperna, att vi tillsammans i olika mötesforum ska fånga upp olika behov och jobba med varandra på olika sätt.” (Chef 1)

Bland undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter fanns det både de som hade en gemensam chef för all personal och de som arbetade där det fanns en separat hälso- och sjukvårdsenhet. Det framkom inga synpunkter på att den ena eller andra organisationsmodellen skulle anses vara bättre eller sämre än den andra. Undersköterskorna menade att de arbetade med helheten och att det inte var viktigt om själva insatsen var hälso- och sjukvård eller omsorg. En brist påtalades dock, på vissa säbo kunde undersköterskorna inte ta del av HSL-dokumentationen. Fysioterapeuterna å sin sida menade att en fördel med en särskild hälso- och sjukvårdschef var att “HSL-frågor” inte försvann bland “SoL-frågorna”, vilket de annars kunde göra. Men det lyftes också att en gemensam chef kunde vara fördelaktigt när det gällde att få till en bra teamsamverkan. Dietisterna hörde antingen till en hälso- och sjukvårdsenhet eller till samma enhet som kökschefen. Eftersom dietisterna arbetade mot många olika enheter fanns synpunkter om att deras placering i en hälso- och sjukvårdsenhet försvårade möjligheten att nå ut.

Samarbete och stöd i vardagen

De olika professionerna, med undantag av dietisterna, beskrev att de samarbetade mycket med sjuksköterskorna och med varandra i vardagsarbetet. Chefer menade att sjuksköterskan var viktig bland annat för att hen var länken till läkarna, men de tryckte samtidigt på att hela teamet var viktigt för att arbetet på säbo skulle fungera. Chefer diskuterade också vikten av närvarande sjuksköterskor på avdelningarna och menade att de behövdes där för att fungera som arbetsledare och finnas till hands som stöd för omsorgspersonalen.

”Jag tänkte på min omvårdnadspersonal, det här behovet att ha kontakt med sjuksköterskan, [för] en del osäkerhet som kan finnas, när brukare är dåliga och så vidare.” (Chef 2)

Undersköterskorna tyckte att de hade bra stöd av sjuksköterskorna och även av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Med sjuksköterskorna hade de daglig kontakt. Ansvarig sjuksköterska kontaktades om någon boende inte mårde bra eller något annat hade inträffat. Om hen inte var på plats kunde de alltid få stöd av någon av de andra sjuksköterskorna på boendet. Under jourtid kunde de ta kontakt med jour-sjuksköterska, som även kunde komma till boendet om det krävdes. Flera av undersköterskorna hade daglig kontakt med

arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De kontaktades om frågor kring hjälpmedel, träningsprogram eller vid förändringar hos en boende. På vissa boenden kom arbetsterapeuten eller fysioterapeuten förbi och ställde frågor, erbjöd hjälp eller visade nya hjälpmedel.

”Det är bra samarbete faktiskt [med sjuksköterskan på boendet]. Jag vet att jag har stöd där. Och den här jouren också, jouren är i kommunen och vi känner de flesta, där får man stöd faktiskt, man känner sig lite mer trygg på helgen och kvällen.”
(Undersköterska 5)

Samtliga professioner som arbetade på säbo beskrev att de hade regelbundna teammöten. Här träffades undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, gruppchefer samt ibland chefen för säbot eller andra chefer. Dietisterna arbetade centralt i sina organisationer och deltog inte på dessa möten. Teammöten inföll ibland varje vecka medan andra hade det varje månad. Mötet ägnades åt genomgång av de boendes hälsotillstånd, skattning och registrering i kvalitetsregister och information från respektive profession. Cheferna berättade att de förutom regelbundna teammöten hade dagliga rapporter och avstämning. Att ses ofta ansågs viktigt för att inte någon information som behövde delas tappades bort.

”Sedan har vi teammöten varje onsdag. Och då pratar ju vi om alla hyresgäster, när vi gör BPSD-registreringar och sådant, och då går vi igenom alla som bor om det är någonting speciellt om det är något vi behöver ta upp.” (Undersköterska 4)

Ett sätt att sprida kunskap bland omsorgspersonalen var att arbeta med ombudsgrupper, exempelvis för palliativ vård, kost, kvalitet eller dokumentation. Undersköterskorna ansåg att ombudsfunktionen var värdefull, ombuden fick mer kunskap inom ett område och kunde stötta kollegorna. En uppgift för ombudsgrupperna var också att utveckla och ta fram nya rutiner. Alla intervjuade undersköterskor var ombud för minst ett område.

När det gällde samarbete med läkare menade professionerna som arbetade på säbo att de sällan eller aldrig hade kontakt med läkaren. De ansåg heller inte att de behövde ha det. Fysioterapeuterna trodde att de skulle kunna vara med på läkarronden om de ville, men hade sällan tid. Eventuella frågor till läkaren gick istället via sjuksköterskan. Bland chefer nämndes att boendet hade samverkansmöten med läkarorganisationen ett par gånger per år och att de själva ibland deltog i dessa möten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens beroende av omsorgspersonalen

Både arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister betonade att de var beroende av omsorgspersonalen i sitt arbete. De sa att omsorgspersonalen var viktig både för att upptäcka eventuell försämring hos de boende och för att utföra vården och omsorgen. Även undersköterskorna själva beskrev att det var de och deras kollegor som utförde det mesta arbetet kring de boende. Hälso- och sjukvårdspersonalen hade inte samma dagliga närhet till de boende. Dietister var sällan eller aldrig närvarande på avdelningarna. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter var visserligen knutna till ett eller ett par säbo och det förekom att de själva kunde gå ut till avdelningarna för att fånga upp behov. Dock framhölls att det vanliga var att

de gick till ut till avdelningarna när omsorgspersonal eller sjuksköterska hade uppmärksammat ett behov, tog kontakt och bad om hjälp.

I omsorgspersonalens roll ingick att utföra rehabiliterande insatser, till exempel att gångträna med en person som ofta satt i rullstol. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter sa att det var så systemet fungerade, att de initierade insatsen men att uppgiften sedan skulle tas över av omsorgspersonalen. Undersköterskor hade samma uppfattning, arbetsterapeut och fysioterapeut hjälpte de boende med träning men att sedan var det de själva som skötte den mesta av träningen.

”Rehab är ju inte alls bemannade för att själva sköta all rehabiliterande verksamhet på säbo, utan det bygger ju i stort på att vi ska delegera ut mycket av arbetsuppgifterna.”
(Fysioterapeut 2)

Hälso- och sjukvårdsprofessionerna beskrev att omsorgspersonalen behövde ta del av deras specialistkunskaper för att kunna arbeta på ett säkert sätt och för att bidra till god hälso- och sjukvård. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter menade att personalen behövde kunskap om exempelvis hur de skulle göra olika arbetsmoment i vardagen, hur de skulle hjälpa personer att förflytta sig och hur de hanterade hjälpmedel. Dietisterna menade att kunskap kring nutrition och måltider behövdes för att de boende skulle äta god och näringsriktig mat och för att göra måltiderna till en trevlig stund. Professionerna använde olika metoder för att nå ut med sin kunskap och sina ordinationer och rekommendationer. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter handledde genom att arbeta tillsammans med personal när de gjorde en insats med den boende. Dietisterna försökte öka kunskapen och engagemanget kring mat och måltider. Exempel på metoder de använde var att följa upp utbildning med gruppdiskussion, att arbeta aktivt med avdelningarnas kostombud eller att involvera avdelningar i kartläggning och analys av de boendes nattfasta och nutritionstatus, följt av diskussioner kring åtgärder vid eventuella brister.

”Jag har ju valt att göra mina ADL-bedömningar tillsammans med personal. Just för att uppmärksamma om de gör någonting konstigt vid förflyttning, eller om jag kan ge tips och så där.” (Arbetsterapeut 1)

”Vi jobbar mycket nu med att involvera kostombud på varje avdelning, så att de ska liksom känna sig säkra i sin roll [...] det känns som att de har verkligen vuxit och tagit mer ansvar. Och det gör ju stor skillnad på avdelningarna.” (Dietist 2)

Chefer tog upp att även sjuksköterskor var beroende av omsorgspersonalen i sitt arbete, till exempel utförde undersköterskor olika medicinska hälso- och sjukvårdsuppgifter. De menade dock att det var vanligt att undersköterskor kände sig osäkra på medicinska hälso- och sjukvårdsuppgifter och att de behövde få undervisning och handledning av sjuksköterskorna för att utveckla sin kompetens. De undersköterskor som intervjuades upplevde att de hade kompetens för de hälso- och sjukvårdsuppgifter de utförde, men de påpekade att det var

viktigt att undersköterskor fick säga nej till en delegering om de inte kände sig säkra på uppgiften. Flera hade till exempel kollegor som sagt nej till att ge insulin.

Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbete

Chefer berättade att de arbetade förebyggande och hälsofrämjande på deras säbo. Att arbeta förebyggande och hälsofrämjande beskrevs som att fokusera på det som var friskt och att använda de funktioner som den boende hade. Man sa att det framförallt var arbetsterapeuter och fysioterapeuter som bidrog med det synsättet. Dessa chefer hade arbetsterapeut och/eller fysioterapeut med i säbots ledningsgrupp.

”Min arbetsterapeut är fullständigt ovärderlig, jag skulle inte klara mig en dag utan hen just också för att hen har det andra perspektivet, den kompetensen vi andra inte har överhuvudtaget.” (Chef 4)

Deltagare påpekade att personer ibland påverkades på ett positivt sätt när de flyttade in till säbo, men att det även fanns exempel på motsatsen. Arbetsterapeuter menade att en försämring kunde bero på att personen hade tappat de vardagliga sysslorna, och att här skulle en arbetsterapeut kunna hjälpa till för att hitta sätt att förbättra eller bibehålla den boendes funktioner. Fysioterapeuter lyfte fram att det behövdes en viss mängd träning för att en person ska kunna behålla sina förmågor och påtalade omsorgspersonalens betydelse i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Arbetsterapeuters och fysioterapeuters roll sades vara att rekommendera och ge kunskap till omsorgspersonalen. Ett exempel var att visa hur personal kunde hjälpa till med påklädning på ett sätt som minskade risken för frakturer. Undersköterskorna själva tyckte att de arbetade förebyggande och hälsofrämjande. De var överens om att de boende, så mycket som möjligt, skulle göra sådant som de klarade av själva för att bevara det friska. Andra sätt som undersköterskorna nämnde som förebyggande var att träna med de boende, att arbeta med fallprevention och med individuella förebyggande aktiviteter för att minska beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Gruppaktiviteter som levande musik och dans nämndes också som hälsofrämjande. Menyplanering och att tillhandahålla näringsriktiga mellanmål var exempel på hur dietisterna arbetade förebyggande och hälsofrämjande. Andra exempel var aktiviteter för att minska nattfastan och att arbeta med måltidssituationen så att de boende uppskattade måltiderna.

”Ungefär nittio procent utav all rehabilitering är ju vardagsrehabilitering skulle jag vilja säga.” (Arbetsterapeut 2)

”Vi jobbar med BPSD. Och då förebygger vi ja, om de skulle bli oroliga eller de är oroliga, vi har en aktivitet för var och en.” (Undersköterska 3)

Samtal med de boende om hur de vill ha sin vård vid försämring

Både undersköterskor och chefer berättade att de hade samtal med den boende och anhöriga om den boendes vård vid försämring. Båda grupperna tryckte på hur viktigt det var att det skulle bli rätt för den boende i livets slut. Bland undersköterskor nämndes att det var en lättnad för personalen om de visste hur den boende ville ha sin vård, annars fick de försöka läsa av vad den boende ville. Undersköterskor berättade att det varierade vem som höll i samtalen och när dessa

samtal hölls. På en del säbon togs det upp vid inflytt och det dokumenterades om personen ville åka till sjukhus eller inte vid försämring. Det hände också att frågan om sjukhusvård togs upp först i livets slutskede. Chefer gav en liknande bild, hos vissa togs alltid frågan om hur de arbetade med vård vid försämring upp i inflyttningssamtalet, medan hos andra varierade det när ett sådant samtal hölls. Vissa chefer berättade att de hade palliativa ombud och särskilda utbildningar för undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i palliativ vård, men den typ av utbildning fanns inte hos alla. Det nämndes också att man använde ”DöBra-kortleken”^{*} i samtal med de boende.

”Hos oss blir det oftast sjuksköterskor, eller läkare. Men det är lite svårt det blir försent att prata med boende. Oftast pratar man med anhöriga och det är de som bestämmer, eller hur det ska gå till.” (Undersköterska 2)

”Det sker så hos oss, att när de flyttar hit så har vi ett samtal med anhöriga och eventuellt med den boende som kommer. Och då gör vi upp det liksom hur de vill ha det i det sista skedet. [...] Och då är det antingen kontaktpersonen eller sjuksköterskan som är med på det samtalet.” (Undersköterska 1)

De boendes behov av hälso- och sjukvård

Många är sköra när de flyttar in

Många av de intervjuade hade arbetat länge på säbo och tog spontant upp att hälsotillståndet hos de boende idag var sämre jämfört med hur det var tidigare. Det fanns också fler demensplatser numera jämfört med tidigare. Undersköterskor beskrev att det idag var många som krävde mycket omvårdnad och hade behov av aktivering. Chefer menade att flertalet nyinflyttade inte orkade med det som säbo skulle kunna ge i form av social stimulans och meningsfulla aktiviteter, och det blev mycket sjukvård istället. Fysioterapeuter påpekade att behovet av individuella aktiviteter hade ökat nu när hälsotillståndet hos de boende var sämre, och att personer som inte klarade av att delta i gruppaktiviteter kunde hamna i kläm.

”Jag tycker att de kommer lite i kläm. [...] De som är allra sämst de får ju mycket uppmärksamhet och mycket insatser och sådär. Och de som är piggare, som kan gå på gruppaktiviteter de får sitt, men de mitternellan.” (Fysioterapeut 1)

En annan aspekt av att många personer var multisjuka och sköra när de flyttade in, som nämndes av chefer, var att det också medförde en större omställning för de boende. De hamnar i ett kollektiv och de kan inte välja sina grannar. Kanske får de vara tillsammans med personer som är sjukare än de är själva, vilket kan kännas ovant.

”Alla har ju lika rätt att vistas ute i de gemensamma utrymmena och så där. Så att det är klart att man blir ju påverkad av varandra. Och vi pratar mycket om att man väljer inte sina grannar och alla bor här av en anledning liksom.” (Chef 4)

^{*} En kortlek med påståenden om sådant som kan vara viktigt i livets slutskede, tänkt att används för reflektion och samtal. Kortleken är översatt och testad av en svensk forskargrupp, se dobra.se

Behov av avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Det fanns chefer som menade att det redan utfördes avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser på säbo. Man sa att det berodde på att behoven idag hade förändrats och att många som flyttade in var multisjuka. De trodde också och att behovet av sådana insatser skulle komma att öka framöver och menade att säbo får anpassa sig till det. Det fanns också chefer som inte ville se en sådan utveckling med ytterligare hälso- och sjukvård på säbo. Undersköterskor hade inte funderat på att säbo kunde vara något annat än ett hem för de boende, även om boende behövde mycket hälso- och sjukvårdsinsatser. De berättade att det ibland förekom sondmatning, vilket de såg som mer avancerat, men inte dagligen. De kände också till att personer med tracheostomi ibland flyttade in på säbo och att undersköterskor då fick utbildning för att kunna sköta den.

Självbestämmande

Flera professioner tog upp de boendes rätt till självbestämmande. Undersköterskor tryckte på att de boende måste få bestämma vad de vill göra och hur det ska ske, även de personer som har demenssjukdom. Chefer uttryckte att säbo bara kan rekommendera och lirka. Ett exempel var att säbo inte kan bestämma vad den boende ska äta, det måste de få välja själva.

”Jag har varit med om tidigare att jag har haft kollegor som kanske bara har kommit in och jobbat extra och så har de sagt att ja, men vad ska hon dricka? Ja, men fråga. Men vad då, hon är dement. Ja, men fråga ändå liksom. De är människor, jag vet inte vad hon vill dricka, du får fråga.” (Undersköterska 4)

Ett annat exempel som togs upp var att säbo inte får använda skyddsåtgärder (exempelvis grind) om inte den boende accepterar det. Chefer berättade om erfarenheter av att det kunde vara svårt för anhöriga att förstå det. Fysioterapeuter hade liknande upplevelser från möten med anhöriga, men också med omsorgspersonal. Om en person inte gav samtycke eller uppvisade obehag när en skyddsåtgärd testades fick inte åtgärden användas, men det kunde vara svårt att förmedla och få förståelse för det.

Förväntningar som inte kan infrias

En fråga som kunde vara besvärlig var anhörigas förväntningar på äldreomsorgen. Chefer berättade om anhöriga som efterfrågade mycket aktiviteter och träning för sin närstående, och att de inte alltid förstod att den äldre var trött och inte orkade delta i allt. Undersköterskor påpekade att anhöriga, men också boende själva, kunde ha svårt att acceptera försämringar. Fysioterapeuter hade också erfarenhet av att boende och anhöriga ibland hade större förväntningar på träning och rehabilitering än vad som var möjligt. De tryckte på vikten av att informationen om vad säbo erbjuder måste vara realistisk och lyfte biståndshandläggares roll i att förmedla den bilden.

”Jag skulle ju efterfråga ett tydligare eller bättre samarbete med biståndshandläggarna för många gånger så ger dom en felaktig bild, dom säger jaa men det finns sjukgymnast och arbetsterapeut alla dagar i veckan. Och då kanske dom inte förmedlar att man är en och en halv tjänst på 90 boende eller så.” (Fysioterapeut 1)

Utmaningar för en god hälso- och sjukvård

Utmaningar kopplade till brist på tid

De exempel på svårigheter som deltagarna tog upp och som kunde kopplas till brist på tid handlade om en ansträngd arbetssituation, arbetsuppgifter utanför yrkesrollen samt om sjuksköterskor som inte var närvarande på avdelningarna.

Att undersköterskorna hade en *ansträngd arbetssituation* togs upp både av dem själva och av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Undersköterskor berättade att de hade många dagliga uppgifter som måste utföras och att det kunde vara svårt att hinna med att till exempel sitta tillsammans med någon boende och fika eller läsa, eller att utföra arbetsterapeuters eller fysioterapeuters ordinationer. Att det var ont om tid kunde bero på brist på omsorgspersonal eller att de boendes hälsotillstånd varierade och ibland behövdes extra omsorg.

Arbetsterapeuter uppmärksammade att omsorgspersonalen inte fick någon extra resurstilldelning för att utföra deras ordinationer och fysioterapeuterna sa att när de såg att omsorgspersonalen hade mindre tid drog de sig för att lägga över träning på dem. En uppfattning de hade var att många undersköterskor ville stötta de boende att göra framsteg och bibehålla sin förmåga, men att de inte hann.

-Man hinner inte med allt. Tyvärr. (Undersköterska 5)

-Nej så är det. Det är mycket som ska göras under ett arbetspass och under en vecka. Vi har inte bara omvårdnadsbiten, utan vi ska, som sagt, dela mediciner göra såromläggningar om det behövs, man kanske har någon som är extra dålig, då ska den ha extra. Det ska aktiveras varje vardag, det är bingo det är alla möjliga och sen ska vi hinna städa och servera mat däremellan liksom. Så att ja, det går lite i ett faktiskt.

(Undersköterska 4)

Brist på tid kunde vara ett hinder för vardagsrehabilitering. Fysioterapeuterna hade uppmärksammat att omsorgspersonalen kunde ha svårt att inta ett rehabiliterande förhållningssätt i vardagen. Ett exempel var att de lät boende använda rullstol istället för att gångträna med rollator. Undersköterskorna nämnde att det fanns kollegor som tyckte att olika sysslor gick fortare om de hjälpte till, istället för att låta de boende utföra sådant som de kunde göra själva.

”Vi försöker skriva jättetydligt på deras genomförandeplan så alla vet att den personen behöver inte ha så mycket hjälp som man tänker, eller vissa tänker, det kan gå lite fortare om man hjälper till.” (Undersköterska 5)

Hälso- och sjukvårdsprofessionerna tog också upp att deras egen tid och resurser var begränsade. Fysioterapeuter uttryckte att insatserna hos de boende var behovsstyrda och att träningsperioder behövde vara tidsbegränsade. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter önskade mer tid för att kunna vara mer närvarande ute på avdelningarna, tid som skulle användas för att föra ut sin kunskap till omsorgspersonalen och för att hinna arbeta mer med de boende. Dietister kände sig ensamma i sin roll och menade att om de var fler till antalet skulle de kunna arbeta mycket mer med att förebygga undernäring genom att stötta de boende. En

synpunkt var att personer som bor på säbo har störst behov av dietiststöd, men minst tillgång till dietister.

Undersköterskorna berättade att de utförde *arbetsuppgifter utanför yrkesrollen* och menade att de ibland var "vaktmästare", de bytte glödlampor och ordnade med gardinstänger. De kunde också arbeta som "hårfrissa" och de jobbade med nagelvård. Arbetsterapeuterna hade olika ansvarsområden kring hjälpmedel, såsom hantering av larm och trasiga lyftar och sängar. Fysioterapeuterna hade också arbetsuppgifter som de menade att en vaktmästare skulle kunna utföra. De ansåg att både de själva och andra professioner på säbo behövde få renodla sina yrkesroller mer, till exempel borde omsorgspersonalen få utföra sina arbetsuppgifter och avlastas från annat såsom matlagning och städning.

"Ska vi få behålla undersköterskor på särskilda boenden då måste vi låta dom göra sina... man vill ju utöva det man lär sig, eller det man tror är sin yrkesroll i praktiken, inte belamras med en massa andra saker som hindrar en i att utöva det man har faktiskt lärt sig." (Fysioterapeut 3)

Det fanns chefer som lyfte problem med sjuksköterskerollen och de önskade att sjuksköterskorna skulle vara *mer närvarande på avdelningarna*. De menade att sjuksköterskorna prioriterade administrativt arbete på sin expedition. Cheferna ansåg att det var två viktiga delar som gick förlorade när sjuksköterskorna inte var ute i verksamheten. Dels missade de helheten, de såg inte själva hur de boende mädde och kunde varken göra egna bedömningar eller uppföljningar, och blev beroende av bedömningar av personalen som inte alltid hade den kompetensen. Dels försvann möjligheten, vilket redan har nämnts ovan, att axla den arbetsledande rollen och att vara ett stöd för omsorgspersonalen.

"De agerar så mycket som konsulter på våra enheter, HSL-personal. Och det är precis där man tappar hela poängen. Då är de inte arbetsledare längre och då kan de ju inte heller vara där och ge dem det stöd som personalen behöver." (Chef 1)

Utmaningar kopplade till brist på kompetens

Deltagarna tog upp många exempel på svårigheter som kunde kopplas till brist på kompetens. Dessa handlade om hinder för vardagsrehabilitering, svårigheter att nå ut med sitt budskap till personalen, undersköterskornas utbildning, otydliga yrkesroller, problem i arbetsgruppen samt nya utmaningar om ytterligare avancerade insatser ska skötas av säbo. Vissa av exemplen kunde kopplas till både brist på kompetens och brist på tid, men har sorterats som brist på kompetens eftersom detta vägde tyngre.

En gemensam uppfattning hos hälso- och sjukvårdsprofessionerna var att ett *hinder för vardagsrehabiliteringen* var att försämring hos en boende upptäcktes för sent. De upplevde de att de blev tillkallade när en försämring pågått länge, då det var mycket svårare att återfå en förmåga. Arbetsterapeuter pratade om att de släckte bränder och menade att ett sätt att lyfta vardagsrehabiliteringen skulle vara att vända fokus hos personalen så att de uppmärksammade försämring i ett tidigare skede.

”När omvårdnadspersonalen väl flaggar för att en patient till exempel börjar bli stel så har det ofta gått ganska långt skulle jag säga.” (Fysioterapeut 2)

Dietister och arbetsterapeuter pratade om *svårigheten att nå ut med sin kunskap och information*. Dietister behövde nå ut både till omsorgspersonal och sjuksköterskor, och även till chefer, medan arbetsterapeuter pratade om att nå ut till omsorgspersonal. Dietister menade att frågor om mat och måltider kunde bli lite styvmoderligt behandlade och det kunde vara svårt att förmedla vad det betydde i praktiken. Om det inte fanns någon person på avdelningen med särskilt intresse för mat och måltider så fungerade mathållningen oftast sämre. En svårighet var också att dietister arbetade mot stora personalgrupper, samtidigt som de var ensamma i sitt uppdrag och det kunde vara svårt att hinna med utbildningar och workshops med alla.

”Det behöver finnas en eldsjäl där för att det ska funka och finns det inte det så rinner det ut i sanden det här med mellanmål då och annat.” (Dietist 1)

Arbetsterapeuter arbetade gärna tillsammans med omsorgspersonal för att förmedla kunskap och för att visa vad en boende klarade av. Det gick dock endast att ta med en personal samtidigt, att ta med två var inte möjligt eftersom det måste finnas omsorgspersonal tillgänglig för de andra boende på avdelningen. Det kunde också finnas brister i språket som gjorde handledning och utbildning svårare.

”Jag har också alltid med mig personal, för att man blir ibland ifrågasatt, att nehej det här kan inte personen. Men sen när jag är med så, oj det gick jättebra att ta på sig tröjan, så att de upptäcker att man ska inte hjälpa för mycket.” (Arbetsterapeut 3)

Utbildningen för undersköterskor hade förändrats, det ansåg både undersköterskor och chefer. Undersköterskor menade att förr hade nyutexaminerade undersköterskor en bredare kompetens. Chefer kommenterade att det fanns stora skillnader i kvaliteten mellan olika lärosäten och att den behövde bli jämnare. De nämnde även att det fanns språkliga problem. Arbetsterapeuter lyfte att för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården på säbo behövde omsorgspersonal undersköterskeutbildning och utbildning i svenska språket.

”Sedan önskar jag för att det ska bli bättre så behövs det kanske utbildning för omsorgspersonal i svenska och att de får faktiskt gå undersköterskeutbildningen.” (Arbetsterapeut 3)

Dietisterna upplevde *otydligheter i yrkesrollen* när det gällde deras egna arbetsuppgifter. De menade att det kunde finnas en förväntan att sjuksköterskan skulle göra dietistens arbete, trots att sjuksköterskor sällan hade den kompetens som krävdes. I det kliniska arbetet kunde det bli otydligt vad som var dietistens ansvar och vad som var sjuksköterskans, särskilt när det gällde uppföljning av insatser. En annan synpunkt var att det ibland förväntades att dietisten skulle utföra logopeders arbete, vilket de inte hade kompetens för.

”Det är inte någon som förväntar sig att det är sjuksköterska som ska göra deras jobb [fysioterapeuters och arbetsterapeuters arbete], utan det finns ju tillräckligt med anställda fysio- och arbetsterapeuter för att göra det. Men när det gäller just nutritionen då är det liksom, då ska det vara på sjuksköterskan som kanske inte ens har någon utbildning i det och som har ett helt annat fokus.” (Dietist 2)

Ett annat hinder för god hälso- och sjukvård, som lyftes av chefer, var svårigheter kopplade till *problem i arbetsgruppen*. Det kunde vara omsorgspersonal som misskötte sig eller som saknade kompetens för sin uppgift, något som sades påverka hela arbetsgruppen. De menade att praktiska arbetsuppgifter kunde personalen lära sig på säbo, men det emotionella var någonting man hade i sig från början. Chefer berättade att om de anställt en person som sedan visade sig inte fungera blev det ett personalärende. Chefen jobbade då tätt med HR-avdelningen och det ledde till att personen slutade eller omplacerades. Andra chefer hade dåliga erfarenheter av samarbetet med HR-avdelningen i sådana situationer. Det fanns berättelser om otillräckligt stöd eller en känsla av att känna sig motarbetad istället för stöttad.

Cheferna hade olika synpunkter på hur det skulle fungera om säbo ska tillhandahålla *mer hälso- och sjukvård och fler avancerade insatser* i framtiden. Det fanns de som menade att det skulle vara svårt att möta sådana krav. Andra konstaterade att de skulle behöva anställa personer med mer utbildning jämfört med idag och nämnde särskilt undersköterskor. Undersköterskorna uttryckte att de skulle behöva mer utbildning men sa också att det behövdes mer personal om de ska kunna utföra fler insatser. Arbetsterapeuterna å sin sida uttryckte att det skulle bli ännu viktigare att utbilda omsorgspersonal i förflyttning och användning av hjälpmedel så att personal inte skadar sig. De tryckte även på vikten av teamarbete, att ytterligare arbeta för att stärka de boende samt utbildning för att kunna hantera medicinsk utrustning.

Personer som bodde på säbo och anhöriga

De boende som intervjuades bodde främst på somatiska avdelningar, och några hade demenssjukdom. De var aktiva och deltog i de aktiviteter som erbjöds, även om det fanns undantag. Bland de intervjuade fanns både de som var beroende av personal för att förflytta sig, och de som kunde röra sig på egen hand inomhus eller i närområdet. En del gick utan hjälpmedel, medan andra använde rollator eller rullstol. De anhöriga som intervjuades var engagerade och på olika sätt delaktiga i den boendes liv.

Resultatet från intervjuer med boende och anhöriga presenteras i fyra kategorier och tolv subkategorier. Den första kategorin *Tillit till hälso- och sjukvårdssystemet på säbo* innehåller beskrivningar av att de boende och anhöriga uppfattade det som tryggt att bo på säbo, och att de också kände sig trygga med hälso- och sjukvården. Vidare beskrivs att det framförallt var sjuksköterskan som stod för tryggheten men att även omsorgspersonalen bidrog till detta, medan man inte hade så stor kontakt med säbo-läkaren. Nästa kategori *Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter efterfrågades* beskriver erfarenheter av insatser från arbetsterapeut och fysioterapeut samt önskemål om mer sysselsättning och fysisk aktivitet. Kategorin *Delaktighet och självbestämmande* tar upp att boende behöver känna att de kan påverka och att de respekteras. Här berättas också om man har haft samtal med personal om önskemål om framtida vård vid försämring samt några exempel på hur man fick plats på boendet. Slutligen, den sista kategorin *Problem och dilemman* tar upp olika problem och oklarheter som nämndes av deltagarna.

Tillit till hälso- och sjukvårdssystemet på säbo

Tryggt att bo på säbo

Personerna som bodde på säbo kände sig trygga med att de fick den vård de behövde på boendet. De uttryckte också en generell känsla av trygghet och av att känna sig omhändertagen som inte enbart handlade om hälso- och sjukvård. Detsamma gällde anhöriga, de litade på att den boendes hälsa och läkemedel var under kontroll och saknade inte direkt någonting när det gällde hälso- och sjukvården på säbo. Anhöriga menade också att om den boende själv inte märkte att hen mår dåligt, skulle omsorgspersonalen ändå uppmärksamma det. De kände sig trygga med att kontaktpersonen eller sjuksköterskan skulle ta kontakt vid behov. Här fanns åsikter om att hälso- och sjukvården på säbo var bättre än den i ordinärt boende och att det var ett gott samarbete mellan olika professioner. Anhöriga menade också att omsorgspersonalen såg varje person, att det kändes tryggt med utbildad personal och man slapp åka till säbot på grund av oro över hur den boende hade det. En trygghet var vetskapen om att den boende hade tillsyn och inte var ensam. Att ha anhöriga framhölls också som viktigt av de boende, särskilt om de bodde nära säbot. De gav trygghet, hjälpte till i kontakten med boendet och övrig hälso- och sjukvård samt med transporter.

Sjuksköterskor bidrog till trygghet i hälso- och sjukvården

Både för personerna som bodde på säbo och för anhöriga spelade sjuksköterskan en stor roll i systemet kring hälso- och sjukvården. De boende sa att sjuksköterskan visste om något behövde diskuteras med läkaren och bokade vid behov in läkartid. De upplevde att de hade god kontakt med sjuksköterskan som fanns på avdelningen, likaså med andra sjuksköterskor

på boendet. Någon pratade hellre med omsorgspersonalen, men annars var det sjuksköterskan som stod för tryggheten när det gällde hälso- och sjukvården. De boende nämnde den ansvariga sjuksköterskan vid namn och uppgav att det var lätt att få prata med hen, personalen kunde hämta sjuksköterskan om man sa till. Personerna visste också att det fanns jour-sjuksköterskor att tillgå under kvällar och helger. Några hade träffat en jour-sjuksköterska och enligt deras beskrivningar hade det fungerat bra.

De anhöriga hade främst kontakt med omsorgspersonalen, men ansåg att det var lätt att få kontakt med sjuksköterska. De visste vem som var ansvarig sjuksköterska för avdelningen och några brukade ofta prata med hen. Man var nöjd med kontakten och hade möjlighet att ringa sjuksköterskan vid behov. En beskrivning var att sjuksköterskan ordnade det som behövdes.

“...det är mycket lätt att få tag på hen [sjuksköterskan] och hen svarar kompetent och återkommer jättebra också, så det känns väldigt tryggt där, det känns som kommunikationen fungerar väldigt bra mellan oss.” (Anhörig 1)

Annat som nämndes av anhöriga var att det fanns tillräckligt många sjuksköterskor på boendet och att det fungerat bra trots att många slutat och bytts ut. De anhöriga kände till att det fanns sjuksköterskejour, och någon hade haft kontakt med dem. Det fanns även upplevelser av att det på vissa säbon hade blivit bättre bemanning av sjuksköterskor efter pandemin, att de numera fanns på plats även under helger.

Den närvarande omsorgspersonalen

Omsorgspersonalen fungerade som länk till sjuksköterskan för personerna som bodde på säbo. Det var i första hand dem som personerna vände sig till när de ville att sjuksköterskan skulle komma. Generellt var personerna som bodde på säbo positiva till omsorgspersonalen, de nämnde dem antingen vid namn eller som ”personalen”. Så gott som alla boende tyckte att de blev lyssnade på av omsorgspersonalen om det var något som de oroade sig för. Men det fanns även de som kände att de inte hade någon att prata med om oro, eller att man inte blev lyssnad på. En del berättade att de valde att prata med vissa personer i omsorgspersonalen. Språksvårigheter i kontakten med omsorgspersonalen nämndes men lyftes inte fram som något stort problem. Anhöriga beskrev omsorgspersonalen som kompetenta, de noterade försämringar hos den boende och delgav den anhörige sådant som de bedömde var av intresse.

Läkemedelshantering

Personerna som bodde på säbo beskrev att läkemedelshanteringen nästan alltid sköttes av boendet, om det var av omsorgspersonal eller sjuksköterska framgick inte alltid. Några personer fick hantera sina sömntabletter eller ögondroppar själva, men boendet tog hand om resten. En del hade skött sina egna läkemedel i början när de flyttade in, men hade övergått till att boendet hanterade det. Det fanns frågetecken kring varför, eftersom de var vana att ta sina egna läkemedel. Systemet med dospåsar tyckte personerna fungerade bra. Det gavs även exempel på hygienrelaterade brister som uppmärksammas i omsorgspersonalens hantering av läkemedel, och det fanns åsikter om att detta borde skötas av sjuksköterska.

Olika erfarenheter av kontakt med säbo-läkaren

De flesta av personerna som bodde på säbo hade ingen eller mycket liten kontakt med läkaren, men de visste att läkaren kom till boendet en dag i veckan och vilken dag det var. Bland anhöriga fanns de som aldrig hade haft kontakt med läkaren. De såg heller inget behov av det, men antog att det skulle gå att ordna kontakt via omsorgspersonalen eller sjuksköterskan. Det framkom dock en tveksamhet till att kontakten med läkare gick via sjuksköterskan.

“För att ibland tycker jag vägen till läkare är lite lång och svår att fatta. Utan det gäller att få tag i en sjuksköterska då och be henne att kontakta läkare.” (Anhörig 4)

Bland de boende förekom att man försökt få träffa läkare, exempelvis för att få veta mer om sin sjukdom. Men man hade fått vänta på läkartid och hade inte fått information om när mötet med läkaren skulle ske, var det idag eller om en vecka eller senare. En reflektion från en person som inte träffat läkaren, var att det inte fanns något intresse för hens hälso- och sjukvård från boendets sida. Vilka som fick träffa läkaren under rond var heller inte känt av de anhöriga, ifall det var alla på avdelningen eller om det var boende som sjuksköterskan valt ut efter sin bedömning.

De boende som hade haft kontakt med säbots läkare var oftast nöjda med den kontakten, och någon var mycket nöjd. Bland anhöriga som hade haft kontakt med läkaren fanns olika syn på läkaren. Någon upplevde att läkaren såg alla boende, fanns tillgänglig för möten och anpassade informationen till den boende, men det fanns också berättelser om fördröjd vård, vilket påverkade förtroendet för läkaren. Andra synpunkter var att läkaren var svår att nå, att denne inte alltid kom på utsatt tid och verkade se säbo-uppdraget som en bisyssla.

Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter efterfrågades

Erfarenheter av insatser från arbetsterapeuter och fysioterapeuter

Boende på säbo hade haft kontakt med fysioterapeut eller arbetsterapeut när de behövde hjälpmedel, såsom rollator. En del hade erfarenhet av individuell träning med fysioterapeuten. Några hade köpt egna hjälpmedel eller träningsutrustning, antingen för att arbetsterapeut eller fysioterapeut inte ordinerade hjälpmedlet eller för att boendets utrustning var gammal och inte fungerade tillfredsställande. Ingen av dem som köpt egna material tyckte att det var något problem med det. Fysioterapeuterna sades också ofta stå för gruppträning. Det kunde vara balansträning, handgymnastik, nackgymnastik eller annan gymnastik. Spontana kommentarer var att gymnastiken uppskattades, att det kändes skönt att röra på sig och det beskrevs även som veckans höjdpunkt. De boende nämnde också sittgymnastik som leddes av aktivitetsombud. Generellt fanns önskemål om mer stöd för träning, och det fanns åsikter om att nivån på den gruppträning som erbjöds var för låg.

“...vi är ganska många som kunde få lite mera rehabilitering än vad vi får här, för det är bara 30 minuter som man sitter på en stol och det är väl bra för dem som inte kan mera, men vi skulle vilja ha, att till exempel sjukgymnasten, de har ju ett rum, satt av en timma i veckan, då är vi där och då kan vi bättre använda motionscykel och grejer.”

(Person som bodde på säbo 8)

När träning skulle gå från att utföras med fysioterapeut till att göras med stöd av omsorgspersonal fungerade det sämre. Detta eftersom omsorgspersonalen hade så mycket annat att göra. Dessutom kom det ny omsorgspersonal och då måste de få lära sig av fysioterapeuten hur de skulle träna, och den tiden fanns inte.

Anhöriga visste att det fanns tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut på säbo. En del av dem var insatta i de boendes insatser, medan andra inte hade kännedom om eventuella kontakter med arbetsterapeut och fysioterapeut. Gruppaktiviteter som sittgymna nämndes, och även att omsorgspersonalen tränade med de boende. De anhöriga som hade haft kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut berättade att den varit vag och ojämn, och att tidigare insatser hade runnit ut i sanden. Det fanns också önskemål om att nyttja arbetsterapeutens och fysioterapeutens kompetens för att få veta vilken typ av träning som den boende skulle behöva.

”Jag skulle väl då kanske vilja att de med sin utbildning och professionalitet skulle se hen och kanske se vad man kan sätta in för insats. För jag är inte tillräckligt kunnig. Behövs det balansträning, behövs det bara promenader, jag vet inte, ja lite så, men jag skulle vilja ha lite mer proffshjälp ifrån dem som det besitter.” (Anhörig 1)

Andra anhöriga saknade ingenting varken gällande träning eller hjälpmedel, men det påtalades att inaktuella hjälpmedel inte plockades bort från den boendes lägenhet.

Önskemål om mer sysselsättning och fysisk aktivitet

Något som de boende återkom till var att de önskade mer sysselsättning, ofta kopplat till fysisk aktivitet. Det kunde handla om mer utevistelse, motion eller få åka på utflykt någon gång. Det framhölls som viktigt att få komma utomhus, och i samband med detta lyftes att informationsbroschyren om säbot inte stämde överens med hur det var.

”Det står ju faktiskt i deras informationsbrev att ja så viktigt det är med motion och frisk luft och att man ska börja gå ut en gång om dagen. Och det som står i deras informationsblad det tycker inte jag stämmer riktigt.” (Person som bodde på säbo 11)

En annan berättelse handlade om stöd till träning, säbots vaktmästare hade följt med den boende på promenader. När vaktmästaren slutade kunde omsorgspersonalen av olika anledningar inte göra detsamma. Den boende promenerade nu på egen hand, men inte lika långa sträckor som tillsammans med vaktmästaren.

Delaktighet och självbestämmande

Att kunna påverka och känna sig respekterad

Som beskrivits ovan litade de boende på att sjuksköterska och omsorgspersonal agerade på det sätt som var bäst för dem liksom att de kände sig lyssnade på. När det gällde att få information om sin hälsa och att kunna påverka sin hälso- och sjukvård uppgav de flesta att de inte hade så mycket sådana frågor eller funderingar. Ett fåtal hade ställt frågor om sina läkemedel och

tyckte att de hade fått bra svar och någon hade diskuterat sin behandling med läkaren och var mycket nöjd med det. När det gällde upplevelsen av att vara respekterad var en synpunkt att omsorgspersonalen talade över huvudet på de boende.

“...jag vill ju att personalen ska prata till, nu har de väl förstått att till mig ska de prata med, men annars pratar de ofta över huvudet på de boende. Det gjorde de med mig till att börja med men då sa jag ifrån.” (Person som bodde på säbo, 9)

En annan åsikt var att integriteten inte respekterades på säbot, utan att hälso- och sjukvårdsinformation exponerades utan den boendes godkännande. En fråga gällde också varför brev från sjukvården skickades till boendet och inte direkt till personen själv. Vikten av självbestämmande nämndes av anhöriga. Exempel som gavs var att den boende skulle kunna säga nej till rehabilitering, aktiviteter och utevistelse eller få den fotvård eller massage som man ville ha. Det fanns en samstämmig bild av möjligheten av att som anhörig kunna påverka, men det handlade mer om säbot och den boendes omsorg generellt, inte specifikt hälso- och sjukvården. Man kände sig lyssnad på, blev tagen på allvar, kunde få tät telefonkontakt vid oro. När det gällde att påverka hälso- och sjukvården lyftes svårigheten att påverka utan egen medicinsk kunskap.

Hälso- och sjukvård vid försämrat tillstånd

Det var ovanligt att de boende hade diskuterat framtida vård vid försämring, men några hade pratat med sjuksköterskan eller med sina barn. Några signalerade att de var inställda på att åka till sjukhus om det blev aktuellt, och att de litade på att personalen visste om det behövdes sjukhusvård eller inte.

”Ja och är man för sjuk då ringer de ju efter ambulans och då kommer man ju in på sjukhus. Ja, det får man göra. Och det tycker jag är bra också.”
(Person som bodde på säbo 5)

Det fanns också uppfattningar om att det bästa skulle vara att få stanna på säbot vid försämring. Något personerna som bodde på säbo återkom till var att många andra boende var mycket dåliga. En reflektion var att det fanns en närhet till döden som man inte upplevt tidigare.

”Ja och det är rätt stor omsättning på patienter tycker jag. För det... till största delen är det helt enkelt att... vi är för svaga, det är på dessa ett och ett halvt åren drygt så har det gått bort många människor här.” (Person som bodde på säbo 12)

Det förekom att anhöriga hade haft samtal med läkare eller sjuksköterska om hur man skulle agera vid försämring. Detta kunde tas upp i samband med inflytt, eller på den anhöriges initiativ. Det fanns åsikter om att denna typ av samtal borde ske på rutin, eftersom det kan gå fort i akuta situationer. Det kunde också vara så att den anhörige inte ens börjat tänka i dessa banor, att den boende snabbt kunde bli sämre. Några hade pratat med den boende och visste hur hen ville ha det, det kunde handla om att inte vilja åka till sjukhus vid försämring. Det

nämndes också att det var viktigt att få tillräcklig information av läkare inför beslut om behandlingsbegränsningar för att kunna förstå varför ett sådant beslut kunde vara det bästa.

Hur man fick plats på säbo

Kommunikationen med kommunens biståndshandläggare togs upp av några av de boende. De lyfte spontant hur det gick till när de fick plats på säbo och deras berättelser skiljde sig åt. En uppfattning var att det var enkelt att få plats, det var bara att ta kontakt med kommunen, och ytterligare en åsikt var att beslutet hade kommit lite förhastat. Andra påpekade svårigheter att förstå biståndshandläggarens beslut, att man inte kunde få plats på säbo trots att vårdcentralsläkaren skrivit ett intyg som bekräftade behovet.

Problem och dilemman

Problem kopplade till omsorgspersonalens förutsättningar

Något som anhöriga återkom till var omsorgspersonalens arbetsförhållanden, och hur det påverkade deras arbete gentemot de boende. Problem som sågs var bland annat hög personalomsättning och mycket tillfällig personal, vilket också nämndes av de boende. Vidare upplevde personer som bodde på säbo att omsorgspersonalen var stressade och hade mycket att göra. Som nämnts ovan påverkade det bland annat möjligheten till träning.

Oklarheter vid behov av externa vård- och omsorgskontakter

Några personer som bodde på säbo hade sjukdomar som behandlades av specialistläkare utanför boendet. Här fanns funderingar kring säbo-läkarens kompetens samt vem som hade övergripande ansvaret när vård gavs både via extern specialist och via läkaren på säbo.

“Så att man kan inte räkna med [att det finns ett samarbete], man måste ha någon som man kan lita till som håller i helheten. För man får ju mediciner från olika håll. Det efterlyser jag.” (Person som bodde på säbo 8)

Det upplevdes också som oklart hur det fungerade med tandvård, optiker och hur man skulle få hjälp med sina hörapparater. Det fanns erfarenheter av att tandläkaren som kom till boendet inte kunde genomföra lika avancerade åtgärder som tandläkare utanför säbo. Några hade åkt iväg tillsammans med anhöriga och ordnat tandläkarbesök, glasögon och hörapparater medan andra funderade på om det gick att ordna så att exempelvis optiker kom till boendet. Både boende och anhöriga lyfte frågan om ledsagning vid externa läkarbesök. De boende var missnöjda med att inte få ledsagning, varvid anhöriga fick ta ledigt från arbetet för att kunna följa med. Några anhöriga berättade att de hade följt med till denna typ av besök. De antog dock att omsorgspersonal skulle kunna följa med, men ingen av dem hade behövt be om detta.

“...alla bokningar jag får och som kommer hem, det blir automatiskt att det är jag som följer med hen, men såklart jag vet inte, jag tror att de skulle ställa upp om det är så att jag inte kan, att någon måste följa med hen. För om inte jag skulle finnas, då måste det vara någon som följer med.” (Anhörig 5)

Biståndshandläggare

Resultatet från intervjuerna med biståndshandläggare presenteras i två kategorier och fyra subkategorier. Den första kategorin *Vägen till plats på säbo* innehåller en beskrivning av biståndshandläggarens uppdrag samt hur beslutet fattas, att det sker utifrån bedömning av helhet och funktion i personens livssituation. Den andra kategorin *Biståndshandläggarnas syn på hälso- och sjukvården* beskriver biståndshandläggarnas erfarenheter av samarbete med hälso- och sjukvården och hur de uppfattar att de själva och hälso- och sjukvården har olika arbetssätt och olika förhållningssätt till kunden/patienten.

Vägen till plats på säbo

Biståndshandläggarens uppdrag

Biståndshandläggarna beskrev att när en person ansökte om insatsen särskilt boende var det deras uppgift att utreda om det fanns ett behov av platsen. I handläggarens yrkesstolthet låg att vara duktig på att utreda och bedöma. Hembesök och kontinuitet underlättade bedömningen eftersom man fick en relation och lättare kunde se förändringar över tid hos en person. Efter utredningen fattades beslut och ansökan beviljades eller avslogs. Antingen hade handläggaren delegation att själv fatta beslut om säboplat, eller så var chefen beslutsfattare. Om ansökan beviljades tog kommunens boendesamordnare vid och började leta säboplat. I de kommuner som saknade boendesamordnare var det handläggaren som gjorde detta. Kommunerna hade krav på sig att erbjuda plats inom tre månader.

Helhet och funktion påverkar beslutet

Biståndshandläggarna bedömde helheten och vad personen klarade av eller inte klarade av. De pratade inte om diagnoser och bedömde inte hälsotillståndet, utan tittade på hur en funktionsnedsättning eller en sjukdom yttrade sig. Det fanns ingen exakt gräns för vad som behövdes för att få en plats på säbo, men det krävdes en egen uttalad vilja att flytta och ett omfattande varaktigt behov som inte kunde tillgodoses med hemtjänst i ordinärt boende. Man sa att ett omfattande hälso- och sjukvårdsbehov inte motiverade en plats på säbo, men om dessa behov yttrade sig som oro eller ångest kunde ansökan till säbo beviljas.

Biståndshandläggarna menade att säbo kunde neka till att ta emot personer med stora hälso- och sjukvårdsbehov, och att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) då involverades. Handläggarna kände till att mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser förekom på säbo. En åsikt var att dessa insatser inte var säbos uppgift, utan hörde hemma på sjukhus.

Vid akuta händelser var det ibland svårt för både handläggaren och personen själv att veta hur situationen skulle utveckla sig. Korttidsboende kunde användas för utredning, eller för att se om personen verkade trivas med boendeformen. Personer som befann sig i akuta situationer prioriterades och fick snabbare plats på säbo. Exempel på akuta behov var om personen försatte sig själv i fara, vid våld i nära relationer eller särskilda behov vid utskrivning från sjukhus.

“...det blir inte som en vanlig bostadskö för egentligen är det så att den dagen jag har beviljat en plats då finns man med i kön. Men i den här kön görs det ju prioriteringar, är det någon som har ett väldigt akut behov så går ju den före.” (Biståndshandläggare 1)

Biståndshandläggarna beskrev att de beviljade insatserna vid beslut om säbo följdes upp till viss del, men oftast inte i den utsträckning de borde. Det förekom att kommuner hade biståndshandläggare som enbart fokuserade på uppföljning. Insatserna behövde följas upp då behovet kunde förändras över tid, som att en person som tidigare varit uppegående kunde ha blivit helt sängliggande. Handläggarna menade att uppföljningen visade om insatserna genomfördes eller inte, men att den inte visade insatsens kvalitet.

Biståndshandläggarnas syn på hälso- och sjukvården

Olika synsätt och ansvar

Enligt biståndshandläggarna krockade deras helhetssyn av en persons behov med hälso- och sjukvårdens diagnosinriktade synsätt. För handläggarna var det viktigt att beakta självbestämmanderätten, att personer har rätt att fatta egna beslut även om de kunde vara ogenomtänkta. Att själv bestämma över de sista åren i livet och var man ville bo sågs som ett väldigt stort beslut. Handläggarna menade att regionens hälso- och sjukvårdsaktörer ofta glömde självbestämmanderätten, att personers önskemål inte fångades upp eller hanterades ganska nonchalant. Biståndshandläggarna upplevde att både slutenvården och hemsjukvården försökte skjuta över sitt ansvar till kommunen, att personer som inte var utskrivningsklara skrevs ut och att hälso- och sjukvården "gav order" till kommunen. Exempelvis kunde sjukhusläkare informera en person om att hen skulle till korttidsboende, för att sedan ringa upp handläggaren och be om ett snabbt beslut. Handläggarna menade också att bristande hälso- och sjukvård i primärvården kunde skapa otrygghet, och därmed leda till att personen behövde bo på ett boende. När de pratade om primärvården var det tydligt att de menade vårdcentralens uppdrag, och inte kommunens.

"Ibland funderar jag på om vi är lite hårda där, för att jag är ganska tydlig med att om det är ett hälso- och sjukvårdsansvar så är det det. Vi kan inte ta över hälso- och sjukvårdens arbete, oavsett om det är till säbo eller i hemtjänstinsatser och vi har inte heller hälso- och sjukvård i vårt uppdrag utan det har primärvården. Så att vi försöker sätta en tydlig gräns liksom. Är det så att personen skulle behöva medicinsk rehabilitering då är det till medicinsk rehabilitering den ska." (Biståndshandläggare 5)

Samarbetet mellan biståndshandläggare och hälso- och sjukvården behöver förbättras

Bland biståndshandläggarna fanns en uppfattning om att regionens hälso- och sjukvård inte ville samarbeta med dem. Man såg dock ett behov av att utveckla samarbetet med hälso- och sjukvården, och att träffas och skapa relationer kunde ge förståelse för varandras uppdrag. Det fanns exempel på när samarbetet fungerade, såsom god kontakt med sjukhusets utskrivningsplaneringsgrupp eller regelbundna möten tillsammans med vårdcentral, primärvårdsrehab, hemtjänst och hemsjukvård. Att göra gemensamma hembesök med distriktssköterska beskrevs också som positivt

"[...] distriktssköterskan, vi pratar ju varje dag, vi stöter ihop med varandra ibland [...]. Åh, jag ska precis upp till henne, ska du hänga på? Och det är så roligt att jobba så och att man förstår varann och litar på varandra och att man också kan hamna lite i det här ge och ta-läget, när man faktiskt behöver lirka sig in och motivera extra, för det tror jag också man får komma ihåg när det handlar om alla våra insatser." (Biståndshandläggare 1)

Diskussion

Som resultatdelen visar är hälso- och sjukvården på säbo ett komplext område, med många inblandade aktörer. Syftet med denna studie var att bidra till frågan om hur äldre personer som bor på säbo ska kunna erbjudas en god och jämlik hälso- och sjukvård, genom att beskriva hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo i dag och hur den skulle kunna utvecklas. Detta enligt synpunkter från undersköterskor, chefer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, biståndshandläggare samt personer som bor på säbo och anhöriga. I den första delstudien låg fokus på möjligheten att erbjuda olika hälso- och sjukvårdsinsatser, och huruvida en mer avancerad hälso- och sjukvård skulle bedrivas på säbo (Nyholm & Björkman, 2021). I denna andra delstudie har fokus flyttats från akuta till proaktiva insatser, det vill säga hur man arbetar förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande. I diskussionen kommer de huvudsakliga resultaten från delstudien att summeras, diskuteras och kommenteras utifrån relevanta utredningar samt befintlig forskning. Resultaten pekar på att hälso- och sjukvården i huvudsak upplevdes som välfungerande, men att det fanns svårigheter kopplade till det förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbetet. Betydelsen av aktivitet och rörelse lyftes också, liksom att andra aspekter utöver hälso- och sjukvård är viktiga för att må bra. Säbos beredskap att möta framtida behov av hälso- och sjukvård, samt att det kan vara svårt att förstå processen kring beviljandet av plats på säbo, tas också upp i diskussionen.

Hälso- och sjukvården upplevdes i huvudsak som välfungerande

Sjuksköterskan stod för trygghet

De intervjuade personerna som bodde på säbo kände sig trygga med att de fick den vård de behövde på sitt boende. Tryggheten låg i den goda kontakt som fanns med den ansvariga sjuksköterskan. Om hen inte var på plats visste alla boende att de kunde få tillgång till en annan sjuksköterska, antingen på boendet eller via jourverksamhet. Man uttryckte en tillit till att systemet kring hälso- och sjukvård fungerade på boendet. Att vara delaktig i den egna behandlingen var viktigt för några, men mestadels litade man på att omsorgspersonalen och sjuksköterskan agerade på det sätt som var bäst för en. Det fanns dock önskemål från chefer om att sjuksköterskor skulle vara mer närvarande på avdelningarna. Problem kopplade till sjuksköterskebemanningen togs också upp av sjuksköterskor som deltog i den föregående delstudien (Nyholm & Björkman, 2021) och har även lyfts flera gånger av IVO (2021; 2022). Varken de boende själva, anhöriga eller de professioner som ingick i teamet på säbo (undersköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter) såg några svårigheter kring sjuksköterskerollen. Tvärtom framhölls det goda samarbetet med sjuksköterskorna, och undersköterskor upplevde att de fick det stöd de behövde för att kunna utföra sitt arbete. Endast en av personerna som bodde på säbo nämnde att sjuksköterska borde finnas på plats dygnet runt, och då för att kunna ge läkemedel. I Socialstyrelsens undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* från 2022 (Socialstyrelsen, 2022c) uppgav 69 procent av deltagarna som bodde på säbo att det var mycket eller ganska lätt att få träffa sjuksköterska vid behov. I fritextsvaren framkom också, i likhet med våra resultat, att många boende och anhöriga var positiva till sjuksköterskornas arbete (Socialstyrelsen, 2022c). Som beskrivs i metoddiskussionen nedan är det dock få äldre som själva besvarar denna enkät.

Den perifera läkaren

Även om läkaren var medicinskt ansvarig så var det främst sjuksköterskan som anhöriga och boende nämnde i relation till att få den vård som behövdes. Personerna som bodde på säbo var inte heller lika positivt inställda till läkaren som till omsorgspersonal och sjuksköterska. Det kunde vara lång väntetid till läkarbesök, det fanns en osäkerhet kring läkarens kompetens och vägen till att få träffa läkare var inte helt självklar. I *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* syns en trend med en sjunkande andel äldre på säbo som anser att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare vid behov (Socialstyrelsen, 2022c). Sedan år 2013 har resultatet sjunkit med 15 procentenheter. Det verkar således finnas ett behov av att förtydliga strukturen kring läkarbesök på säbo för boende och anhöriga, att det bygger på sjuksköterskans bedömning och att denne involverar läkaren vid behov. I vår studie fanns även flera boende som upplevde att kontakten med läkaren fungerade bra. Att man var nöjd med läkarkontakten förekom också bland anhöriga. Flera hade dock inte försökt få kontakt med läkare, men uppfattningen var att det nog skulle fungera att nå läkaren vid behov.

I vår första delstudie (Nyholm & Björkman, 2021) framkom, i likhet med Coronakommissionens och IVOs utredningar (IVO, 2021, 2022; SOU 2020:80), att säbo-läkare hade för stora uppdrag och att det kunde vara svårt för läkare att komma till boendet på oplanerade besök. Att bristen på läkartid medförde att boende och anhöriga inte kunde prata med läkare så ofta som de ville påtalades också i vår första delstudie. Där beskrev läkare själva att sådant som inte var akut ofta prioriterades bort, eftersom det inte hanns med (Nyholm & Björkman, 2021). I en gemensam överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län framgår att läkare behöver samverka med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut kring den enskilde på säbo (Region Stockholm & Storsthlm, 2015). Vidare beskrivs att hälso- och sjukvårdspersonal från säbo och läkare från läkarorganisationerna ska delta i samverkansforum för information och diskussion om planering av respektive verksamhetsområde utifrån behoven hos de äldre som bor på säbo (Region Stockholm & Storsthlm, 2015). Dessutom framgår att båda parter ska ha ett förebyggande arbetssätt. Trots detta fann vi i denna andra delstudie att inga andra professioner än sjuksköterskan hade regelbunden kontakt med läkaren.

Att ligga steget före var inte alltid så enkelt

Förvirring kring begreppen förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande

Olika yrkesgrupper i studien använde olika sätt för att beskriva arbete som syftar till att bevara förmågor. Arbetsterapeuter använde termen vardagsrehabilitering, fysioterapeuter pratade om rehabiliterande förhållningssätt. Undersköterskor däremot, beskrev att de strävade efter att de boende skulle göra så mycket som möjligt själva för att bibehålla sina funktioner, men använde inte något specifikt begrepp. Det finns också möjligheter till förvirring kring vilka aktiviteter som utgör en hälsofrämjande, förebyggande eller rehabiliterande insats. Promenader, gymnastik och att utföra vardagssysslor efter egen förmåga beskrivs som hälsofrämjande insatser i utredningen om en äldreomsorgslag (SOU 2022:41). Samtidigt skulle dessa aktiviteter likaväl kunna vara förebyggande eller rehabiliterande insatser ifall de ordinerats av en arbetsterapeut eller fysioterapeut.

Begreppen förebyggande och hälsofrämjande använd ofta tillsammans, vilket gör det svårt att förstå vad som särskiljer dem (se exempelvis Regeringen, 2022). Att hälsofrämjande arbete ibland framställs som en del av hälso- och sjukvården (Regeringen, 2022) och ibland som andra insatser än hälso- och sjukvård (SOU 2022:41) bidrar troligen till förvirringen. De senaste åren har flera lagändringar gjorts i HSL, och den tidigare formuleringen om att hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande för alla medborgare oavsett ålder, har tagits bort. Hälsofrämjande finns alltså inte längre med i HSL, vilket möjligen kan vara en anledning till att hälsofrämjande arbete ibland beskrivs som andra insatser än hälso- och sjukvård.

Svårigheter med att genomföra rehabiliterande insatser

Termen rehabiliterande insatser användes främst av arbetsterapeuter och fysioterapeuter i våra intervjuer. Dessa professioner pratade om att det tidigare var naturligt att lägga över olika rehabiliteringsuppgifter på omsorgspersonalen, men att de numera ofta drog sig för att göra det eftersom personalen hade svårt att hinna med. Att fysisk aktivitet inte ryms i de dagliga rutinerna och att omsorgspersonal har svårt att hinna med både vardagsrehabilitering och träning som delegerats av fysioterapeut har framkommit i tidigare studier (Högstedt, 2022; Arman, 2019; Mahrs Träff et al., 2018). Detta påtalades även i våra intervjuer med personer som själva bodde på säbo, behövdes stöd av omsorgspersonal för att genomföra träning så fungerade det ofta dåligt. Enligt Mahrs Träff et al. (2018) prioriterade personalen andra arbetsuppgifter framför fysisk aktivitet, och det verkade finnas en acceptans för att inte tillgodose de boendes individuella önskemål ifall personalen hade andra sysslor. Högstedt (2022) såg också att det förekom att den vardagliga träningen glömdes bort, och att personal exempelvis använde rullstol istället för att låta den boende gå själv. Detta sistnämnda tog fysioterapeuter upp i våra intervjuer, och de försökte med olika medel få omsorgspersonalen att inta ett rehabiliterande förhållningssätt.

Behovet av förebyggande insatser i ett tidigare skede

Fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister önskade bli kontaktade i ett tidigare skede, innan den boendes tillstånd hade försämrats drastiskt. Detta för att kunna sätta in åtgärder innan situationen blev alltför allvarlig och svår att vända. Man efterlyste en fokusförflyttning så att omsorgspersonal reagerade på försämring i ett tidigare stadium. För att stärka det förebyggande arbetet ville arbetsterapeuter och fysioterapeuter i vår studie vara ute mer på avdelningarna. Att arbeta tillsammans med omsorgspersonalen sågs som ett sätt att öka kompetensen hos de sistnämnda, vilket även Högstedt (2022) fann i en studie med fysioterapeuter som arbetade på säbo. Kraven på att upptäcka, förebygga och behandla undernäring har också stärkts i och med Socialstyrelsens uppdaterade föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring (Socialstyrelsen, 2022a). Dietisterna i vår studie arbetade mycket med utbildning och försökte föra ut sin kunskap via kostombud, eftersom de själva sällan var ute i verksamheterna. Undersköterskorna beskrev det förebyggande arbetet som ständigt pågående, och nämnde bland annat arbete med Senior alert och fallprevention. Skattning av risker inom de områden som ingår i Senior alert skedde gemensamt på avdelningarnas teammöten. Det sågs som en bra genomgång av fysioterapeuter och nämndes också av arbetsterapeuter som något man gjorde regelbundet. Trots de regelbundna skattningarna upplevde fysioterapeuter och arbetsterapeuter att de alltför ofta

blev inkopplade när försämringen hos en boende hade gått för långt. Exempel på försämring i sent stadium var när någon person hade blivit väldigt stel. Denna iakttagelse gjorde även IVO, att försämrade hälsotillstånd inte uppmärksammades i tid vilket kunde leda till fördröjd behandling (IVO, 2019). I likhet med dietisterna i vår studie tog IVO upp vikttnedgång som exempel i detta sammanhang. Det hade varit intressant att även känna till mer om sjuksköterskors syn på förebyggande arbete på säbo. Dock, när sjuksköterskor deltog i delstudie 1 ställdes inte specifika frågor om detta. Några nämnde att det var starkt fokus på det mest akuta men vi fick inga ytterligare kommentarer om det förebyggande arbetet. Eftersom sjuksköterskor har en central roll i hälso- och sjukvården på säbo hade deras synpunkter kompletterat den bild som ges i denna andra delstudie.

Statistik från Senior alert visar att behovet av förebyggande insatser på säbo är stort. Under 2021 riskbedömdes 50 436 unika personer på säbo och av dessa hade 92 procent risk för något av områdena undernäring, trycksår, fall, blåsdysfunktion eller ohälsa i munnen (Senior alert, 2021). Trots detta har det rapporterats om att förebyggande arbete och regelbundna uppföljningar prioriteras ner då akuta insatser tar mycket tid (Arman, 2019). Det har också uppmärksammats att bedömda risker inte leder till åtgärder, exempelvis av Gusdal et al. (2021) som fann att mindre än hälften av planerade åtgärder för fall eller undernäring genomfördes. I samma studie framkom också att åtgärder med stark evidens, såsom balans- och styrketräning för att förebygga fall, var ovanliga (Gusdal et al., 2021). Behovet av förebyggande insatser när det gäller fallprevention har uppmärksammats av Regeringen, som nyligen gav Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en informationsinsats om fördelarna med ett fallpreventivt arbete (Regeringen, 2023). Insatsen ska riktas mot kommuner och regioner, och i uppdraget ingår också att lyfta fram mat och måltiders betydelse för det fallpreventiva arbetet. Som dietisterna i vår studie poängterade saknas tillgång till dietist i många kommuner, enligt Socialstyrelsen fanns 38 dietister anställda inom säbo och ordinärt boende år 2019 (Socialstyrelsen, 2022d). Bristen på kompetens inom området skulle kunna försvåra för kommunerna att arbeta vidare med frågan.

Aktiviteter – värdefulla på flera sätt

Fysisk aktivitet fyllde flera funktioner

Intervjudeltagarna som bodde på säbo pratade om olika former av gruppgymnastik, och att de uppskattade dessa tillfällen. Gruppgymnastiken framhölls som något att se fram emot, det kändes skönt att röra sig. Intresset för träning visade sig också på andra sätt, några hade köpt egen träningsutrustning och det förekom även att mer, eller en högre nivå på träning efterfrågades. Som beskrivits i bakgrunden finns flertalet rekommendationer och riktlinjer för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande hos äldre personer (exempelvis FYSS, 2021; de Souto Barreto et al., 2016). Fysioterapeuter påpekade i Högstedts studie (2022) att personal behöver ha kompetens och förståelse för varför fysisk aktivitet är viktigt, vilka fördelar det kan ge och dess påverkan på livskvalitet och självkänsla hos den äldre. I en interventionsstudie på säbo där gemensam träning ingick (Grönstedt et al., 2020) beskrev de boende att de blev starkare och fick mer energi att göra andra aktiviteter (Vikström et al., 2020). Vidare sågs en social aspekt då deltagarna peppade varandra och sig själva. Våra intervjuer med personer som bodde på säbo visade att det fanns ett intresse för fysisk aktivitet i vardagen, men även specifikt för gruppträning.

De boendes hälsotillstånd påverkade behovet av individuellt anpassade aktiviteter

Både chefer och boende lyfte att många som bodde på säbo var svaga och sjuka, och cheferna menade att det var så redan vid inflytt. Personerna som bodde på säbo berättade om att andra boende var mycket dåliga, och att en del gått bort. Samma bild beskrevs av de andra professionerna som arbetade på säbo. Bilden delades även av deltagarna i vår första delstudie, de upplevde att de som flyttade in var skörare och sjukare jämfört med tidigare och att behovet av hälso- och sjukvård hade ökat (Nyholm & Björkman, 2021). Detta syns även i Socialstyrelsens nationella statistik, ett halvår efter inflytt till säbo har i genomsnitt 35 procent av personer utan demenssjukdom avlidit (Socialstyrelsen, 2022d). Medianvistelsetiden för personer som flyttade till säbo under åren 2015–2018 var 25 månader, det vill säga drygt två år (Socialstyrelsen, 2022d). Cheferna i vår studie menade att de boendes hälsotillstånd medförde att de inte klarade av att delta i de aktiviteter och sociala sammanhang som säbo erbjöd, vilket de ansåg var synd. Även arbetsterapeuter, fysioterapeuter och undersköterskor framförde att de boende inte orkade vara med på gruppaktiviteter på samma sätt som för ett antal år sedan. Mot denna bakgrund kan det ses som än viktigare att de aktiviteter och insatser som erbjuds individanpassas och utgår ifrån vad varje person klarar av. I SoL och HSL framgår att när en person har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Att denna plan ska upprättas när en person flyttar till säbo förtydligas i den föreslagna äldreomsorgslagen (SOU 2022:41). I äldreomsorgslagen föreslås även ett förtydligande om att förebyggande och rehabiliterande insatser ska inkluderas i planen, samt vad målet med insatsen är utifrån den enskildes perspektiv. I våra intervjuer med undersköterskor framkom att de försökte dokumentera så tydligt som möjligt i genomförandeplanen vad personen klarade själv, för att deras kollegor inte skulle ta över och hjälpa till för mycket. Eftersom genomförandeplanen är ett viktigt arbetsverktyg för omsorgspersonalen så behöver information om förebyggande och rehabiliterande insatser finnas där, och inte bara i arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas dokumentationssystem. Att som undersköterska inte kunna komma åt HSL-dokumentationen lyftes också som ett problem. En vidareutveckling av de individuella planerna, inklusive genomförandeplanen, skulle kunna gynna ett mer personcentrerat arbetssätt, men också öppna upp för en diskussion kring vad som är rimligt att uppnå med insatsen. I vår studie fanns synpunkter från några av professionerna att både boende och anhöriga kunde ha större förväntningar på exempelvis träning och aktivering än vad boendet kunde erbjuda. Det är tänkbart att en gemensam diskussion där personen själv är med och berättar vad hen vill uppnå och klara av skulle kunna underlätta i planeringen av förebyggande och rehabiliterande insatser.

Andra aspekter än hälso- och sjukvård var betydelsefulla för att må bra

Hälsa och livskvalitet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (HSL). Att hälsa inte bara handlar om frånvaro av sjukdom, utan att andra aspekter spelar in blev tydligt under intervjuerna med personerna som bodde på säbo. De berättade om mycket annat som var viktigt, exempelvis relationer till personal och anhöriga, att känna sig trygg och omhändertagen, att bli lyssnad på och att få möjlighet att vara utomhus eller åka på utflykt. Många liknande förslag framkom i en intervjustudie från Botkyrka kommun med boende på säbo (Hedin Ribeiro & Hietamäki, 2023). Man ville ha mer sysselsättning och menade att utbudet av aktiviteter skulle utgå från boendes önskemål och

behov. Särskilt efterfrågades mer utevistelse, utflykter och fysisk aktivitet. Det fanns också en längtan efter samvaro och samtal. Brist på aktiviteter sades minska upplevelsen av meningsfullhet och det minskade även trivseln (Hedin Ribeiro & Hietamäki, 2023).

Bhattacharyya et al. (2022) tittade i en artikelsammanställning på vilka områden som var betydelsefulla för att personer som bodde på säbo skulle vara nöjda med sitt boende. Totalt fann man ett drygt hundratal "nöjdhetsfaktorer", som sedan grupperades i fem olika områden; det psykologiska, medicinska, sociala, miljömässiga samt det andliga området. Författarna menade att samtliga dessa områden behövde beaktas för att äldre på säbo ska behålla livskvaliteten. I artikeln beskrivs att det *psykologiska* området handlade om personens upplevelse av autonomi, respekt och värdighet, men också om att anhöriga var involverade i personernas vård och omsorg och om deras eget engagemang i vardagliga rutiner. Det *medicinska* området innefattade sjukvårdens kvalitet, exempelvis uppfattningar om sjuksköterskas och läkares kompetens, men också om relationer med sjuksköterska och läkare liksom rutiner för hur man fick kontakt. Det *sociala* området handlade om relationer med personal och övriga boende, om meningsfulla aktiviteter och om sociala kontakter med familj och nära vänner samt om att ha kontakt med yttervärlden. Det *miljömässiga* området innefattade integritet och säkerhet i det privata rummet, att maten var av god kvalitet och serverades på ett trevligt sätt, hur boendet som helhet uppfattades, exempelvis om det var rent och snyggt och om det var lätt att ta sig ut, men också om det fanns tillräckligt med personal samt om finansiella frågor. Slutligen, det *andliga* området handlade om andligt välmående, exempelvis att kunna delta i andliga samtal. Vi kunde se att de boende som intervjuades i vår studie tog upp faktorer som hänförde sig till samtliga av dessa områden, förutom det andliga. Både i vår studie och i Bhattacharyya et al:s analys framträdde att faktorer som tillhör det medicinska området är viktiga, men att många icke-medicinska faktorer också är betydelsefulla för att en person som bor på säbo ska känna sig nöjd (Bhattacharyya et al., 2022). Det är svårt att se hälso- och sjukvård som något isolerat för att skapa hälsa för personer som bor på säbo, eftersom det hänger samman med så mycket annat som sker på boendet och i personens liv. WHO har utvecklat instrument för att mäta livskvalitet, WHOQOL-100 respektive kortversionen WHOQOL-BREF (WHO, 1998). Dessa instrument skulle kunna användas på säbo för att synliggöra områden som ligger utanför hälso- och sjukvård, men som kan vara minst lika viktiga för individen när det gäller hälsa och välmående.

Hälsofrämjande aktiviteter efterfrågades

Några av de intervjuade personerna som bodde på säbo önskade sig mer sysselsättning, vilket överensstämmer med tidigare forskning (Sandgren et al., 2021; Gustavsson et al., 2015). Edvardsson et al. (2014) fann att vardagliga aktiviteter som att duka bordet eller vattna blommor kunde vara betydelsefulla aktiviteter för att främja boendes livskvalitet. Sandgren et al. (2021) såg dock att det kunde vara svårt för sköra äldre på säbo att engagera sig i vardagliga aktiviteter. Boende i vår studie uttryckte också önskemål om mer utomhusvistelse, utflykter och att möjliggöra individuella aktiviteter utifrån intresse. Denna typ av aktiviteter kan ses som hälsofrämjande utifrån Socialstyrelsens definition (Socialstyrelsens termbank, 2023).

Gustavsson et al. (2015) fann att det saknades tid och resurser för att genomföra individuella anpassade aktiviteter med enskilda personer på säbo, trots att personalen ville arbeta på detta sätt. De undersköterskor som ingick i vår studie tyckte oftast att det fungerade bra med den bemanning man hade, men berättade samtidigt att de inte hann med allt de ville. Sådant som

inte var absolut nödvändigt, som träning, vardagsrehabilitering eller att sätta sig ner och läsa för någon av de boende, kunde vara svårt att hinna med.

Är säbo redo för att möta framtida behov av hälso- och sjukvård?

Kompetens och bemanning

I enlighet med omställningen till Nära vård kommer mer hälso- och sjukvård utföras i hemmet (Regeringen, 2022), vilket även innefattar säbo. För att klara av detta menade de intervjuade professionerna i vår studie att det behövdes mer utbildning, och särskilt cheferna påtalade att omsorgspersonalen behövde en annan kompetens än vad de hade idag. Det fanns både chefer som inte ville se en utveckling mot mer hälso- och sjukvård, medan andra redan hade börjat anpassa sig och införskaffat medicinteknisk utrustning som ökade möjligheten att bedöma en boendes hälsotillstånd på plats och därmed undvika att personen skickades till sjukhus. Den stora utmaningen med att rekrytera omsorgspersonal med rätt kompetens har beskrivits i betänkande av utredningen reglering av yrket undersköterska (SOU 2019:20). Beslutet om att införa skyddad yrkestitel för undersköterskor (Sveriges riksdag, 2021) förväntas bidra till ökad kvalitet och säkerhet, då det idag är oklart vilken utbildningsbakgrund den som använder yrkestiteln har (SOU 2019:20). Dock, även om kompetensen blir mer enhetlig så är frågan om den räcker till ifall ytterligare hälso- och sjukvård ska genomföras på säbo.

Förutom utbildning efterfrågade undersköterskorna i vår studie mer tid för att hinna genomföra insatserna, ifall de skulle bli fler eller mer avancerade. Enligt statistik för säbo i kommunal regi finns i genomsnitt 0,30 omsorgspersonal per lägenhet under vardagar och 0,26 på helgdagar (Ahlsten, & Huupponen, 2021). Prognoser från statistikmyndigheten SCB visar att det kommer bli svårt att möta det framtida behovet av omsorgspersonal inom äldreomsorgen, bland annat på grund av pensionsavgångar men också för att andelen äldre ökar i samhället (SCB, 2016). Även arbetsterapeuter och fysioterapeuter såg problem kopplade till den egna bemanningen. Administration tog upp mycket arbetstid och ledde till mindre resurser för rehabilitering och handledning av personal. Just handledning av omsorgspersonal menade de skulle behövas i högre utsträckning ifall insatserna skulle öka och bli mer avancerade. I Socialstyrens årliga kartläggning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård uppgav 50 procent eller fler av kommunerna att de hade personalbrist bland grupperna sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut (Socialstyrelsen, 2023a). Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och till viss del dietister beskrev i våra intervjuer att de framförallt arbetade via omsorgspersonalen, vilket även sjuksköterskorna i delstudie 1 påtalade (Nyholm & Björkman, 2021). I utredningen nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer (SOU 2017:21) framgår att ungefär 90 procent av vård- och omsorgsarbetet inom kommunal vård och omsorg utförs av omsorgspersonal. Att omsorgspersonalen har kompetens och förutsättningar för sitt arbete kan därför ses som avgörande för att hälso- och sjukvården ska fungera på säbo.

Strävan efter en gemensam helhet

I vår studie pratade alla professioner som arbetade på säbo om det täta samarbetet mellan yrkesgrupperna. Man träffades i princip dagligen, hade regelbundna teammöten och det var lätt att kontakta varandra vid behov. Ändå såg arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna ett

behov av vara ute mer på avdelningarna och efterfrågade mer tid för handledning av omsorgspersonal. Hos cheferna fanns upplevelser av att det var svårt att sätta gemensamma mål ifall de själva inte var chef över hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket kunde påverka samarbetet mellan yrkesgrupperna negativt. Svårigheten att få till ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal har tidigare rapporterats av IVO (2019) och av Coronakommissionen i sitt första delbetänkande (SOU 2020:80). Liknande beskrivningar kunde vi rapportera om i vår första delstudie, där sjuksköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdschefer beskrev att organisationerna var uppdelade i stuprör och att det påverkade hur hälso- och sjukvårdsfrågor togs omhand både på säbo och på strategisk ledningsnivå (Nyholm & Björkman, 2021). Undersköterskorna i denna andra delstudie menade däremot att det inte var särskilt viktigt om en uppgift var hälso- och sjukvård eller inte, för dem var arbetet en helhet och ibland var det också svårt att särskilja dessa uppgifter från omsorg.

Undersköterskorna och cheferna var de enda professionerna i vår studie som pratade om helheten, att för de boende ska det inte spela någon roll om insatsen räknas som omsorg eller hälso- och sjukvård. Möjligen kan detta bero på att arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister är legitimerade inom hälso- och sjukvård, medan undersköterskor även arbetar med omsorg och att cheferna i sin tur har ett övergripande helhetsansvar. Enligt Koopmans et al. (2018) kan ett mångsidigt team där olika kompetenser ingår ha en positiv effekt när det gäller kvalitet på vården. Här spelar även faktorer som bra kommunikation, samsyn på vården, en trygg kultur inom teamet och att vara självständig i sin profession in (Koopmans et al., 2018). Utifrån våra båda delstudier kan vi konstatera, att trots att samarbetet initialt beskrivits som välfungerande av professionerna på säbo, så fanns hinder för ett optimalt samarbete. Vi vill åter lyfta fram att vi tror att det finns en stor potential i att utveckla olika samarbetsformer för att stärka hälso- och sjukvården på säbo och skapa förbättringar för de boende. I SKRs kartläggning om rehabilitering i hemmet beskrivs ett exempel där teamarbetet på säbo fungerade väl (SKR, 2023). Regelbundna teammöten där förändringar hos de boende fångades upp tidigt var en viktig faktor, liksom handledning av omsorgspersonal, uppdaterade genomförandeplaner och att samtliga professioner var involverade i rehabiliteringsplanen (SKR, 2023). Teamarbete lyfts även inom Nära vård-omställningen och Socialstyrelsen har tagit fram en webbutbildning om teambaserat arbetssätt i arbetet med äldre personer som har sammansatta behov, bland annat för teamet på säbo (Socialstyrelsen, 2023b).

Samtal om framtida vård hade sällan skett enligt boende och anhöriga

De flesta av de boende uppgav att de inte hade haft samtal med personalen om hur de ville ha sin framtida vård om de försämrades. Intrycket var dock att de inte bekymrade sig så mycket om detta utan litade på att personalen kunde bedöma deras behov, till exempel om de behövde åka till sjukhus eller inte. Bland de anhöriga fanns de som hade haft samtal med personal på boendet om framtida vård och några hade pratat med sin närstående. De som samtalat med läkare eller med sjuksköterska om framtida vård menade att samtalet hade varit värdefullt och skapat förståelse. Enligt professionerna hade de samtal med de boende och anhöriga om vård vid försämring. Vi fann dock en stor variation i hur samtalen hanterades. Det fanns säbon som hade utbildning om palliativ vård och om hur man kan samtala om vad som är viktigt vid försämring, medan andra inte hade någon sådan utbildning. Det varierade

också när samtalen togs upp och vem som hade samtalen. Det kunde ske som rutin vid välkomstsamtalet, eller tas upp av personal när de bedömde att det passade, ibland blev det först i det akuta skedet och ibland blev det för sent att samtala med den boende. Det kunde vara sjuksköterskans och läkarens uppgift, medan det på andra ställen var fler professioner som deltog i samtalen.

Det tycks finnas både en osäkerhet kring hur man samtalar med de boende om förväntningar på framtida hälso- och sjukvård och även kring hur man ska beskriva den hälso- och sjukvård som bedrivs på säbo. I vår rapport om delstudie 1 skrev vi om palliativ vård, att begreppet håller på att omtolkas och delas upp i två faser, en tidig och en sen. Den sena fasen motsvarar det som brukar kallas ”vård vid livets slutskede”, medan den tidiga fasen innefattar en hälso- och sjukvård med fortsatt behandling som tidigare men med stort fokus på välbefinnande och livskvalitet (Nyholm & Björkman, 2021). Det kan innebära att man ibland avstår från behandling som sänker välbefinnandet hos personen, men en individuell bedömning ska alltid göras. Mer om de två faserna av palliativ vård och vad de innebär beskrivs i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård (RCC, 2021). Region Stockholm använder sig av begreppet palliativ vård i två faser i sin uppdragsbeskrivning för läkare på säbo (Region Stockholm, 2022c). Här anges att ”uppdragets tyngdpunkt ligger på tidig och sen palliativ vård samt att förebygga och tidigt åtgärda försämring av hälsotillståndet”. Vidare beskrivs att läkaren kan ha en roll i att bedöma när en person befinner sig i den tidiga fasen, och att när en person är i tidig fas bör ett samtal föras med personen och närstående om målet med vården och framtidsplanen. Det anges däremot inte att det behöver vara en läkare som tar det samtalet. Den senare palliativa fasen ska däremot alltid bedömas av läkare och det är läkaren som ska hålla det så kallade brytpunktssamtalet. Det är möjligt att det är svårt att införa det nya synsättet om palliativ vård i två faser och att säga att den tidiga fasen är lämplig för hälso- och sjukvård på säbo, något som vi också tog upp i vår förra rapport (Nyholm & Björkman, 2021). Vår uppfattning är att många känner sig tveksamma till att kalla vården på säbo för palliativ vård, även med tillägget att det är tidig fas, troligen för att begreppet fortfarande är starkt förknippat med vård vid livets slutskede.

Vägen till säbo är svår att förstå

Statistik från Socialstyrelsen (2022d) visar att 87 procent av de personer som beviljades plats på säbo under 2020 fick hälso- och sjukvårdsinsatser. Behovet av hälso- och sjukvård bedöms dock inte när en person söker plats på säbo och i vår första delstudie beskrev intervjudeltagarna att detta kunde leda till att viktiga hälso- och sjukvårdsbehov missades och upptäcktes först efter inflyttning (Nyholm & Björkman, 2021). Biståndshandläggarna i denna senare studie berättade att beslut om plats på säbo baserades på en bedömning av helheten, vilket här betydde hur en funktionsnedsättning eller sjukdom yttrade sig och vad personen klarade av. Att bedöma hälso- och sjukvårdsbehov ingick inte, och biståndshandläggarna betonade att de själva inte hade sådana kunskaper. De var tydliga med att deras arbete grundas i SoL och de hade inte några tankar om hur en bedömning av hälso- och sjukvårdsinsatser skulle kunna ske, utifrån det skulle göras. En reflektion är att det kan tyckas märkligt att bedömningen av behov av plats på säbo enbart styrs av SoL, och inte HSL, då de allra flesta har behov av både omsorg och hälso- och sjukvårdsinsatser. Likaså arbetar personalen på säbo utifrån båda dessa lagar. Representanter för Svensk sjuksköterskeförening har också reagerat

på detta och har i en debattartikel föreslagit att biståndshandläggare och specialistsjuksköterska skulle kunna ha gemensamt ansvar för beslut om serviceinsatser som innehåller hälso- och sjukvård (Dahl & Wijk, 2023). Artikeln diskuterar kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i hemsjukvård och på säbo. Här uppmärksammas att det krävs biståndsbeslut från kommunen för att äldre personer ska få hälso- och sjukvård (här definierat som omvårdnad) och/eller serviceinsatser. Förslaget skulle innebära att biståndshandläggarens kompetens inom det sociala området skulle kompletteras med en sjuksköterskas kompetens inom hälso- och sjukvård. En kommentar från oss är att ett sådant samarbete skulle behöva förberedas grundligt med gemensamma diskussioner för att skapa samsyn kring frågor som arbetsprocess, syfte, ansvar, roller. Biståndshandläggarna i vår studie berättade om kulturskillnader mellan deras arbetssätt och hur hälso- och sjukvården i regionen arbetar. Den bild de förmedlade var att hälso- och sjukvården arbetade alltför diagnosinriktat samt att de ofta glömde personers självbestämmanderätt. Biståndshandläggarna uppfattade också att hälso- och sjukvården lade sig i handläggarnas arbete och försökte "ge order". Biståndshandläggarna å sin sida, beskrev säbo enbart i termer av sociala insatser, och verkade inte uppfatta den kommunala hälso- och sjukvård som bedrivs på säbo som en del av primärvården (SOU 2020:19).

Det var självklart för biståndshandläggare hur beslut fattades om plats på säbo och att sjukdomsdiagnos och beroende av omfattande sjukvårds- eller omvårdnadsinsatser i sig inte utgjorde en grund för beslutet. Detta var något som verkade vara svårt att förstå av andra. Biståndshandläggarna berättade om läkare som trodde att läkarens egen bedömning om behov av säbo garanterade en plats. När personer som bodde på säbo berättade om hur det gick till när platsen på säbo beviljades stämde det inte överens med biståndshandläggarnas beskrivning av hur beslut fattades. Det berättades att plats inte beviljats trots intyg från vårdcentralen och att närstående hade behövt vara mycket engagerade för att platsen skulle beviljas. En studie från Äldrecentrum lyfte fram att det kan vara svårt att förstå beslutsprocesser för omsorgsinsatser (Hedberg & Norman, 2010). Personer i den här studien hade beviljats hemtjänstinsatser men hade inte förstått att de hade ansökt om insatserna. Samtidigt framgår det i utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) att det är viktigt för medborgarnas trygghet att kunna förutse vilket stöd och hjälp man kan förvänta sig från äldreomsorgen när behov uppstår. Det finns dock en risk att det är otydligt för medborgarna att det är behov enligt SoL som avses och inte behov enligt HSL. Det är troligt att de ser sina behov som en helhet och inte uppdelade enligt olika lagrum.

Metoddiskussion

Det är alltid viktigt att fundera på hur trovärdiga resultaten i en studie är (Hamberg et al., 1994; Lincoln & Guba 1985). En styrka i denna studie är att den fångat hälso- och sjukvården ur många olika perspektiv samt att personer från olika kommuner och säbon har deltagit. Deltagarna har varit fria att utifrån våra frågor berätta om sina erfarenheter, associera och kommentera. För att stärka trovärdigheten har analysen varit noggrann och systematisk. Vi tog också del av varandras analys och diskuterade och enades om de resultat som växte fram. Citat har lagts in i resultatpresentationen för att ge exempel som visar att det som presenteras är grundat i deltagarnas synpunkter. Eftersom data bygger på deltagarnas berättelser och är

förankrade i en specifik tid och kontext är överförbarheten begränsad. För att läsaren ska kunna bedöma om resultaten är användbara i liknande sammanhang har vi försökt att noggrant beskriva hur vi gått till väga när deltagare rekryterats, hur data samlats in och bearbetats. Vi kommenterar också begränsningar som vi själva har identifierat. En svaghet i studien kan ses i antalet deltagare. Det var få personer i varje intervjugrupp förutom när det gällde personer som bodde på säbo där det var fler som deltog. Vårt syfte var dock att ge en sammansatt bild utifrån många perspektiv och det syftet tycker vi att vi har uppnått även om ett större antal deltagare troligen bidragit med ytterligare erfarenheter vilket hade gett ett ännu mer giltigt resultat.

Ytterligare en begränsning som vi behöver lyfta fram är urvalet av deltagare. Rekryteringen av både professionerna, de boende och anhöriga skedde främst via chefer, förutom dietister som tillfrågades personligen. Det är tänkbart att chefer valde ut medarbetare som var särskilt kompetenta i sitt arbete. Exempelvis märkte vi under intervjuerna med undersköterskorna att de var erfarna och hade arbetat inom äldreomsorgen länge och således främst representerar en mycket kompetent grupp undersköterskor. Att kompetensen hos omsorgspersonalen varierar lyftes av både undersköterskorna själva, chefer och arbetsterapeuter. Det framkom även i vår första delstudie (Nyholm & Björkman, 2021). Bland arbetsterapeuter, fysioterapeuter och anhöriga fanns personer som hade anmält sig själva och det är möjligt dessa hade ett särskilt intresse och engagemang för frågan. De boende som deltog i studien tillhörde en mer aktiv grupp jämfört med många andra personer som bor på säbo. Urvalet av deltagare kan därför inte ses som representativt för ”alla” inom respektive grupp. Ytterligare en svårighet som behöver nämnas är att personer som intervjuas ibland kan vilja ge en mer positiv bild av en situation. Det kan röra sig om att vilja vara ”duktig” hellre än att berätta som sina egna tillkortakommanden, något som vi även tog upp i delstudie 1. Det kan också röra sig om personer som i sin situation är i beroendeställning därför vill vara till lags och inte kritisera, vilket skulle kunna gälla för personerna som bodde på säbo och för anhöriga i den här studien. Vi kan dock konstatera att många av dem presenterade positiva synpunkter men att de också förde fram kritik på flera områden.

Svårt att fånga in synpunkter från personer som bor på säbo

En styrka i denna studie är att vi har intervjuat ett relativt stort antal personer som bodde på säbo, och därmed fått deras bild av hur hälso- och sjukvården fungerar. Både IVO och Socialstyrelsen har försökt fånga in åsikter från boende på säbo, utan att lyckas särskilt väl. Endast femton personer som bodde på säbo svarade på IVOs enkät som ingick i tillsynen mot säbo under 2022 (IVO, 2022). Desto fler respondenter återfinns i Socialstyrelsens undersökning *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* från 2022 (Socialstyrelsen, 2022c). Men svårigheten att nå de äldre själva syns även här, bara 14 procent av knappt 29 400 deltagare på säbo besvarade enkäten själva. Tjugofem procent bevarades av den äldre tillsammans med någon, medan majoriteten av svaren alltså kommer från någon annan än personen själv.

Slutligen

De två delstudierna om hälso- och sjukvård på särskilda boenden är nu klara. Med dessa studier har vi velat ge en bild av hur hälso- och sjukvården bedrivs, vad som fungerar och vad som skulle behöva utvecklas. Resultaten vi presenterar är en bearbetning och sammanfattning av synpunkter från professioner som direkt eller indirekt är involverade i hälso- och sjukvården på säbo. Att vi dessutom kan förmedla en bild av hur personer som bor på säbo och anhöriga ser på hälso- och sjukvården är vi särskilt glada för. Det blev många olika grupper som intervjuades, och det i sig kan ses som ett kvitto på hur komplex verksamhet hälso- och sjukvården på säbo är. Den första delstudien visade att de avtal som styr hälso- och sjukvården är otydliga och öppnar upp för olika tolkningar. Ett annat fynd var att många säbo erbjöd mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser (än basal hemsjukvård/primärvård) men att det fanns en variation mellan olika säbo. Sjuksköterskornas kompetens och arbetstider begränsade vad som kunde erbjudas liksom tillgång till kompetent omsorgspersonal. Generellt var man nöjd med att läkare från en läkarorganisation var ansvarig för boendet, men man såg en bristande tillgänglighet. Många påtalade det stora behov av hälso- och sjukvård som numera finns hos personer som bor på säbo. Intrycket var att arbetssituationen ofta var ansträngd och att akuta uppgifter behövde prioriteras framför det icke-akuta. Förebyggande arbete och samtal om framtida vård var exempel på sådant som inte var akut och därför kunde prioriteras ned. I den andra delstudien fick vi en annan bild när vi intervjuade personer som bodde på säbo och anhöriga. Vi fann att de inte bekymrade sig så mycket om hälso- och sjukvården. Även om det fanns kritiska kommentarer så var de i stort sett nöjda och kände sig trygga med att få den vård de behövde, respektive den vård deras närstående behövde. Både de boende och anhöriga berättade också om mycket annat som var viktigt för att trivas och må bra på säbo och det kunde vara svårt att enbart hålla samtalet kring hälso- och sjukvården. Omsorgspersonalen lyftes fram som viktiga både av dem som bodde på säbo, av anhöriga och av professionerna. Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister menade att de var beroende av omsorgspersonalen eftersom de var närmast de boende och utförde både omsorg och det mesta av hälso- och sjukvården. Undersköterskorna själva menade också att de gjorde det mesta kring de boende. De sa att de såg sitt arbete som en helhet och delade inte upp arbetet i SoL- eller HSL-uppgifter. Även chefer pratade om att omsorgen och hälso- och sjukvården måste vara en helhet. Det fanns en hel del att önska enligt de grupper vi intervjuade. Omsorgspersonalen hade allt svårare att hinna med alla sina arbetsuppgifter och ibland hann de inte träna med de boende. Förebyggande och hälsofrämjande arbete sägs vara nödvändigt för att klara den framtida hälso- och sjukvården. Men vad som ingår i ett förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande arbete behöver konkretiseras och bli en tydligare del i professionernas arbetsuppgifter. I denna delstudie framkom att omsorgspersonal kunde avstå från ett rehabiliterande förhållningssätt i vardagsarbetet för att det gick snabbare att utföra olika moment själva. Det uttrycktes också problem med förebyggande insatser eftersom försämringar hos de boende upptäcktes i ett för sent stadium. Frågan är hur personalen ska räkna till för de behov som finns. Utökad samverkan brukar ofta lyftas som en lösning i komplexa sammanhang – kanske är det fokus på förebyggande arbete, hälsofrämjande aktiviteter och stärkt teamsamverkan som är vägen framåt för en god och jämlik hälso- och sjukvård på säbo.

Referenser

- Ahlsten, M. & Huupponen, M. (2021). Rätt bemanning – En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen. Kommunal.
- Arkkukangas, M. (2017). Evaluation of the Otago Exercise Programme with or without motivational interviewing: Feasibility, experiences, effects and adherence among older community-dwelling people. Mälardalen University Press Dissertations No. 225
- Arman, R. (2019). ”Vi är ingen ö” – vardagen i kommunal hälso- och sjukvård ur ett medarbetarperspektiv. Göteborgsregionen, FoU i Väst.
- BPSD, Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (2023).
<https://bpsd.se/samlad-information-om-bpsd-registret/>
Sidan uppdaterades 2023-01-17 [hämtad 2023-01-19]
- Bhattacharyya, K. K., Molinari, V., & Hyer, K. (2022). Self-Reported Satisfaction of Older Adult Residents in Nursing Homes: Development of a Conceptual Framework. *The Gerontologist*, 62(8), e442–e456. doi.org/10.1093/geront/gnab061
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G. et al. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Bygdeson, Å. & Johansson, H. (2015). Otago Tränings Program (OTP) Förebyggande av fall för äldre. Ett hembaserat, individuellt anpassat balans- och styrketräningsprogram. Översatt från originalet Otago exercise programme to prevent falls in older adults av A.J. Campbell och M.C. Robertson, Otago Medical School vid universitetet i Otago, 2003
- Dahl, O. & Wijk, H. (2023). Gör sjuksköterskor delaktiga i kommunala biståndsbeslut. Debattartikel i Dagens Samhälle publicerad 2 februari 2023.
- de Souto Barreto, P., Morley, J. E., Chodzko-Zajko, W., H Pitkala, K., Weening-Dijksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, L. et al. (2016). Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 381–392. doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.021
- Dietisternas Riksförbund (2022). Etisk kod för dietister.
- Edvardsson, D., Petersson, L., Sjögren, K., Lindkvist, M. & Sandman, P-O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: Associations with person-centredness and quality of life. *International journal of older people nursing* vol. 9,4 (2014): 269-76. doi:10.1111/opn.12030
- Fysioterapeuterna (2023). Fysioterapeut – nytt namn på yrket sjukgymnast sedan 2014.
<https://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Om-professionen/Fysioterapeut--ny-skyddad-yrkestitel-for-sjukgymnaster/> [Hämtad 2023-04-11]
- Fysioterapeuterna (2019). Fysioterapi Profession och vetenskap.
- FYSS, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (2021). FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre (från 65 år).
- Grönstedt H., Vikström S., Cederholm T., Franzén E., Luiking Y.C., Seiger Å. et al (2020). Effect of Sit-to-Stand Exercises Combined With Protein-Rich Oral Supplementation in Older Persons: The Older Person’s Exercise and Nutrition Study. *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*. 21, 1229-37.

- Gusdal, A. K., Johansson-Pajala, R.-M., Arkkukangas, M., Ekholm, A. & Zander, V. (2021). Preventing Falls and Malnutrition among Older Adults in Municipal Residential Care in Sweden: A Registry Study. *SAGE Open Nursing*. 7, 1-14.
- Gustavsson, M., Liedberg, M. G., & Larsson Ranada, Å. (2015). Everyday doings in a nursing home – described by residents and staff. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22:6, 435-441. doi: 10.3109/11038128.2015.1044907
- Hamberg, K., Johansson E., Lindgren G. & Westman G. (1994). Scientific rigour in qualitative research – Examples from a study on women's health in family practice. *Family Practice* 11(2), 176-81
- Hedberg, R-M & Norman, E. (2010). Från ord till handling. Från ansökan till utförd hemtjänst - en studie på Kungsholmen. SNAC-K rapport nr 16, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:5
- Hedin Ribeiro, E & Hietamäki, S (2023). Handen på hjärtat. Intervjuer med boende på vård- och omsorgsboende höst/vinter 2022. Rapport, Vård- och omsorgsförvaltningen, Botkyrka kommun.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9), 1277–88.
- Högstedt, K. (2022). How physiotherapists promote physical activity at long-term care facilities for older adults, *Physiotherapy Theory and Practice*, doi:10.1080/09593985.2022.2059035
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2019). Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018. Artikelnr: IVO 2019-6
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2021). Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister. <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2021/forutsattningar-for-god-varld-och-behandling-pa-sabo-saknas-och-leder-till-brister/> [hämtad 2022-12-16]
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2022). Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård. Artikelnr: IVO 2022-07
- Kommundietisternas nätverk (2023). Uppgifter hämtade från kommundietisternas nätverk januari 2023.
- Koopmans, L., Damen, N. & Wagner, C. (2018). Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study. *BMC Health Serv Res* (18), 988. doi.org/10.1186/s12913-018-3812-4
- Kunskapsguiden (2020). Bistånd enligt socialtjänstlagen för äldre personer. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/bistand-enligt-socialtjanstlagen-for-aldre-personer/bistand-enligt-socialtjanstlagen/> [hämtad 2023-03-08]
- Lannering, C., Ernsth Bravell, M. & Johansson, L. (2017). Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff's experiences of a structured preventive care process. *Health Soc Care Community*, 25:1011-1020. doi.org/10.1111/hsc.12400
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage, Beverly Hills, CA.

- Mahrs Träff, A., Cedersund, E., & Abramsson, M. (2018). Fysisk aktivitet för äldre på särskilda boenden: Om inställningar och handlande i svensk äldreomsorg. *Tidsskrift för omsorgsforskning*, 02(4), 165–76. [doi/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-12](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-12)
- Nyholm, L. & Johansson, K. (2020). Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter på särskilt boende - hur kan deras kompetens komma de äldre och verksamheten till nytta på bästa möjliga sätt? Nestor FoU-centers skriftserie nr. 4:2020.
- Nyholm, L & Björkman, I. (2021) För en god och jämlik hälso- och sjukvård på SÄBO. Del 1: Gapet mellan uppdrag, resurser och de äldres behov. Nestor FoU-centers skriftserie nr. 4:2021.
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Pettersson, C. & Iwarsson, S. (2015). Vardagsrehabilitering– en kunskapsöversikt. Sveriges Arbetsterapeuter (tidigare Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter)
- RCC, Regionala Cancercentrum i samverkan (2021). Palliativ vård. Nationellt vårdprogram 2021-05-27 Version: 3.1.
- Regeringen (2020). Regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform
- Regeringen (2022). Regeringsbeslut 2022-01-27 nr. I:2. God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner.
- Regeringen (2023). Regeringsbeslut IV:1. Uppdrag om fallprevention. 2023-02-23
- Region Stockholm & Storsthlm (tidigare Stockholms läns landsting och KSL, Kommunförbundet Stockholms län) (2015). Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län.
- Region Stockholm (2022a). Läkarinsatser i särskilt boende för äldre Ansökningsdel. Vårdval i region Stockholm gäller fr.om 2022-09-01.
- Region Stockholm (2022b). Information till de som ska tillsäkra läkarinsatser genom vårdval till ett särskilt boende enligt Socialtjänstlagen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avdelningen för Närsjukvård Allmänmedicin. Faktablad 2022-11-01
- Region Stockholm (2022c). Uppdragsbeskrivning – Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, Bilaga 1, 2022-06-22.
- Sandgren, A., Arnoldsson, L., Lagerholm, A. & Bökberg, C. (2021). Quality of life among frail older persons (65+ years) in nursing homes: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 8:1232–1242. doi.org/10.1002/nop2.739
- SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). SBU kommenterar: Fysisk träning för att minska risken för fall hos äldre.
- SCB, statistikmyndigheten (2016). <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2016/Stora-insatser-kravs-for-att-klara-40-talisternas-aldreomsorg/> [hämtad 2023-03-16]
- Sherrington, C., Fairhall, N. Wallbank, Gm, Tiedemann, A., Michaleff, Z.A., Howarde, K. et al. (2020). Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54, 885-91. doi: [10.1136/bjsports-2019-101512](https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512)
- Senior alert (2021). Årsrapport 2021.

Senior alert (2023a). <https://www.senioralert.se/om-senior-alert/>
Sidan uppdaterades 2022-12-01 [hämtad 2023-01-12]

Senior alert (2023b). <https://www.senioralert.se/for-personal/forbattningsarbete/>
Sidan uppdaterades 2021-10-14 [hämtad 2023-01-19]

SKR, Sveriges kommuner och regioner (2022). Omställning till Nära vård.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravarad.57446.html> Publicerad 2022-08-15 [hämtad 2023-01-17]

SKR, Sveriges kommuner och regioner (2023). Rehabilitering i hemmet. En kartläggning av rehabilitering i hemmet och dess effekter på individ, närstående och verksamhet.

Socialstyrelsen (2011). SOSFS 2011:12. Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

Socialstyrelsen (2018a). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen (2018b). Balans- och styrketräningsprogram för att minska risken för fall.

Socialstyrelsen (2021). Individens behov i centrum. Ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation i socialtjänsten. Artikelnummer 2021-2-7203

Socialstyrelsen (2022a). HSLF-FS 2022:49. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring.

Socialstyrelsen (2022b). Undersköterska blir en skyddad yrkestitel
<https://legitimation.socialstyrelsen.se/underskoterska-blir-en-skyddad-yrkestitel/>
Publicerad 2022-11-14 [hämtad 2023-01-19]

Socialstyrelsen (2022c). Öppna jämförelser 2022. Resultat från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen (2022d). Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022.

Socialstyrelsen (2023a). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023.

Socialstyrelsen (2023b). Ny webbutbildning i teambaserat arbetssätt med äldre personer.
<https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/ny-webbutbildning-i-teambaserat-arbetssatt-med-aldre-personer/> Publicerad 2023-02-28 [hämtad 2023-04-13]

Socialstyrelsens termbank (2023). <https://termbank.socialstyrelsen.se/> [hämtad 2023-04-13]
Sökningar genomfördes januari – april 2023.

SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer.

SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2021:52. Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. Betänkande av Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.

SOU 2022:41. Nästa Steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner.

- Sveriges Arbetsterapeuter och dåvarande Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (numera Fysioterapeuterna) (2011). Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering.
- Sveriges Arbetsterapeuter (2018). Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter, 2018.
- Sveriges riksdag (2021). Socialutskottets betänkande 2020/21:SOU30. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.
- Sveriges riksdag (2022). Förlängd satsning på Äldreomsorgslyftet. Motion 2022/23:2018
- Vikström, S., Grönstedt, H.K., Cederholm, T. et al. A health concept with a social potential: an interview study with nursing home residents. *BMC Geriatr* (20)324. doi.org/10.1186/s12877-020-01731-4
- WHO, Världshälsoorganisationen (1998) (reviderad 2012). Programme on mental health. WHOQOL User Manual. Division of mental health and prevention of substance abuse.
- WHO, Världshälsoorganisationen (2022). <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html> [hämtad 2023-01-12]
- Witt, S., Englander, E., Kumlien, C. & Axelsson, M. (2018). Mismatch between risk factors and preventive interventions? A register study of fall prevention among older people in one Swedish county. *Int J Older People Nurs*. 13:e12209. doi.org/10.1111/opn.12209



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16