

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

Del 1: Gapet mellan uppdrag, resurser och de äldres behov

LINDA NYHOLM
INGEBORG BJÖRKMAN

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 4:2021

FoU-rapport
Nestor FoU-center

2021

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 978-91-85347-39-1

Nestor FoU-center 2021

Författare: Linda Nyholm och Ingeborg Björkman
Titel: För en god och jämlik hälso- och sjukvård på SÄBO. Del 1: Gapet mellan uppdrag, resurser och de äldres behov

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Frågan om vilken hälso- och sjukvård som kommunerna ska tillhandahålla för de äldre som bor på särskilt boende (säbo) är en fråga som varit aktuell länge. Det är nu trettio år sedan Ädelreformen genomfördes och ansvaret för äldre med stora behov av vård och omsorg flyttades över till kommunerna. Kvarboendepincipen och kanske även de äldres egen vilja har gjort att äldre personer bor kvar längre i eget boende med stöd av hemtjänst. Resultatet ser vi tydligt idag, när det är dags för flytt till säbo är de äldre ofta redan sköra och multisjuka. Behovet av hälso- och sjukvård hos dem som bor på säbo har ökat, och frågan är hur de ökade behoven ska tillgodoses. På Nestor kände vi sedan länge till att detta uppfattades som problematiskt, framför allt av personer med hälso- och sjukvårdskompetens som var verksamma inom kommunen. Vi hade också stött på det i diskussioner inom Mötesplatserna, Nestors samverkansarenor med deltagare från kommuner och regionen. Det framkom även i en Nestorstudie om arbetet på säbo baserat på synpunkter från sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Frågan om hälso- och sjukvård på säbo blev mycket viktig när coronapandemin kom våren 2020 och det visade sig att kapaciteten för hälso- och sjukvårdsinsatser inom säbo var låg. Det var i och för sig inte okända behov som uppdagades, men de brister som avslöjades gjorde att frågan fick stor uppmärksamhet och har kommit upp på agendan över kvalitetsbrister i välfärden som behöver åtgärdas.

För att bidra till diskussionen om hur hälso- och sjukvården kan förbättras inom säbo startade Nestor hösten 2020 en intervjustudie med personer som själva på olika sätt arbetar med hälso- och sjukvård på säbo. Det är den första av två delstudier som vi nu presenterar. Rapporten belyser frågan om hälso- och sjukvården på säbo, hur det ser ut idag och vilka möjligheter våra intervjupersoner ser som kan utveckla kvaliteten. Beskrivningarna är utifrån intervjupersonernas lokala sammanhang, vilka kan skilja sig åt på olika sätt. Vår bearbetning av intervjumaterialet ger en mångfacetterad bild av en komplex insats och den bilden hoppas vi ska kunna bli en pusselbit i det fortsatta arbetet att utveckla och stärka en jämlik hälso- och sjukvård på säbo.

Eva Lindqvist, FoU-chef, med dr
Linda Nyholm, projektledare, med mag
Ingeborg Björkman, projektledare, med dr

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	9
Bakgrund	10
Vad är ett särskilt boende för äldre (säbo)?	10
Kommunernas uppdrag och ansvar för hälso- och sjukvård på säbo	10
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska	10
Kommunal och privat drift	11
Vad innebär primärvårdsnivå?	11
Regionens uppdrag och ansvar för hälso- och sjukvård på särskilt boende	12
Samverkan och ansvarsfördelning mellan kommunerna och Region Stockholm	13
Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)	14
Vilken hälso- och sjukvård ska bedrivas på säbo för de äldres hälsa och välmående?... ..	15
Syfte och frågeställningar	16
Syfte	16
Frågeställningar	16
Avgränsningar	16
Metod	17
En intervjuundersökning	17
Diskussion med referensgrupp och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS)	17
Intervjuguide	17
Informanter	18
Rekrytering	19
Intervjuer	19
Analys av intervjuerna	20
Resultat	21
Kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag var osynligt fram till pandemin	21
Pandemin synliggjorde att kompetens och förståelse för hälso- och sjukvårdsfrågor saknas på flera nivåer i kommunerna	21
Hälso- och sjukvårdsbehov bedöms inte inför flytt till säbo	22

Säbo ska både erbjuda hemkänsla och hälso- och sjukvård som är utformad efter de äldres behov.....	23
Säbo är ett hem för många personer med stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser	23
Det är bäst om de äldre kan undvika sjukhus och fortsätta vårdas på säbo	24
Läkares och sjuksköterskors bedömning samt den äldres vilja påverkar valet av vård vid försämring	24
Variation på vilka insatser som kan erbjudas – bemanning och utrustning avgör	26
Avtal och överenskommelser styr, men är otydliga och tolkas olika.....	26
Låg bemanning på säbo gör det svårt att upprätthålla hälso- och sjukvård av god kvalitet	27
Läkare med för stort uppdrag skapar problem för personal och boende	28
Hälso- och sjukvårdsinsatser som överskrider primärvårdsnivå görs redan på säbo	29
Vårdsnivån på säbo skulle kunna höjas med ökad bemanning och tillgång till utrustning	29
En god hälso- och sjukvård på säbo kräver fungerande samverkan mellan professioner, organisationer och huvudmän	30
Hälso- och sjukvården är beroende av ett närvarande och kompetent team i det dagliga arbetet	30
Samverkan med andra parter vid ökat hälso- och sjukvårdsbehov.....	32
MAS – en underutnyttjad resurs?.....	33
Erfarenheter av samverkan med ASIH under pandemin	33
Faktorer som försvårar samverkan	34
Diskussion.....	36
Säbo erbjuder avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser som inte ingår i överenskommelsen med regionen	36
Relationen mellan uppdraget och verkligheten haltar	37
Hälso- och sjukvården på säbo varierar – mellan boenden och mellan kommuner.....	38
Samverkan är en del av god hälso- och sjukvård.....	39
Brist på förebyggandeperspektiv och hälsofrämjande insatser	42
Säbo – en plats att dö på	43
Coronapandemin har synliggjort kända problem på säbo	45
Metoddiskussion	46
Slutligen	47
Referenser	49

Sammanfattning

Den här rapporten ger en beskrivning av hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo i södra Stockholm, och hur den skulle kunna utvecklas, enligt personer som själva på olika sätt är involverade i hälso- och sjukvården. Vår förhoppning är att studien kan bidra till diskussionen om hur hälso- och sjukvården på säbo kan stärkas. Resultatet bygger på intervjuer som genomfördes mellan november 2020 och februari 2021 med totalt 22 personer som på olika sätt arbetade med hälso- och sjukvård på säbo. De funktioner eller yrkesgrupper som informanterna representerade var säbo-sjuksköterskor, MAS:ar, chefer i kommunen med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal, säbo-läkare, representanter för ASIH samt avtalshandläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Bakgrunden till studien var att Nestor kände till att det fanns en diskussion om vilken hälso- och sjukvård som kommunen ska erbjuda äldre personer som bor på säbo, och att det fanns olika åsikter om detta. Ett exempel var den förväntan som chefer och medarbetare på säbo kunde uppleva i samband med att en äldre skulle skrivas ut från slutenvården. Förväntan gällde att säbo skulle kunna ta emot patienter med stora hälso- och sjukvårdsbehov men som inte längre krävde sjukhusets resurser. Nestor hade också berört frågan i en tidigare enkät- och intervjustudie med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter på säbo. Dessutom startade coronapandemin våren innan studien påbörjades och det hade ytterligare aktualiserat frågan om vilken hälso- och sjukvård som säbo ska klara av att erbjuda de äldre. Vårt fokus var dock inte hälso- och sjukvård under coronapandemin, utan mer generellt hur hälso- och sjukvården brukar fungera, men samtidigt efterfrågade vi erfarenheter från tiden under pandemin som kunde vara värdefulla att ta vara på.

Intervjuerna gav ett rikt material med synpunkter utifrån informanternas olika perspektiv. Tillsammans ger de en komplex, varierade bild av förutsättningar, villkor och möjligheter som finns inom området, och som vi anser behöver skrivas fram för att underlätta den framtida utvecklingen av hälso- och sjukvården på säbo. Intervjuerna bearbetades med konventionell innehållsanalys vilket resulterade i fyra beskrivande kategorier. De två första kategorierna, *Kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag var osynligt fram till pandemin* och *Säbo ska både erbjuda hemkänsla och hälso- och sjukvård som är utformad efter de äldres behov* visar att hälso- och sjukvården på säbo i vissa fall har haft en undanskymd roll i kommunen. Samtidigt har hälso- och sjukvårdprofessionerna försökt möta de boendes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, som förändrats över tid och som ibland kräver mer avancerade insatser. De två andra kategorierna, *Variation på vilka insatser som kan erbjudas – bemanning och utrustning avgör* och *En god hälso- och sjukvård på säbo kräver fungerande samverkan* visar på faktorer som kan behöva utvecklas för att åstadkomma en bättre överensstämmelse mellan de boendes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och uppdrag och resurser.

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 punkter resultat från studien.

- Lagar och riktlinjer styr vilken hälso- och sjukvård kommunerna ska erbjuda, men dessa lämnar utrymme för egna tolkningar. Några begrepp som används i styrande dokument och som bidrar till otydligheten är "primärvård" och "sjuksköterskenivå". Vi vill understryka det som flera informanter påpekade – att uppdraget behöver förtydligas för att kommunerna ska veta vilken hälso- och sjukvård de ska tillhandahålla på säbo. Vi menar dessutom att det är viktigt att uppdraget även förtydligas för att andra vårdgivare för att de ska veta vad de kan förvänta sig av kommunens hälso- och sjukvård.
- Hälso- och sjukvården ska enligt HSL planeras efter de boendes behov. Samtidigt visade studien att bemanningen var en begränsande faktor för vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kunde utföras och att insatserna snarare anpassades efter organisationen och inte efter de äldres bästa. Vi ser detta som ett exempel på konsekvenser av otydligheter i lagar och riktlinjer. Det går att uppfylla vad som krävs och samtidigt fortsätta med en underbemannad hälso- och sjukvård.
- Vissa säbo erbjuder redan hälso- och sjukvårdsinsatser som överskrider det som brukar kallas primärvårdsnivå. De säbo-sjuksköterskor som deltog i vår studie hade ofta arbetat inom ASIH eller akutsjukvård och därmed inkluderade "sjuksköterskenivån" mer avancerade insatser. Andra informanter berättade dock om att det varierade mellan olika säbo eller olika kommuner om de utförde mer avancerade insatser eller inte. En del kommuner tycks således utföra mer avancerade insatser än vad de är skyldiga till, eftersom kommunernas uppdrag är att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.
- Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen anses ha för stora ansvarsområden i förhållande till de äldres behov. I studien lyftes framförallt läkares och sjuksköterskors situation, men några tog även upp bristen på arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. När arbetsbördan är stor, prioriteras det som är det mest akut och tiden räcker inte till förebyggande teamarbete och till de viktiga samtalen med äldre och anhöriga om livets sista tid och hur de vill ha sin vård.
- Många informanter lyfte att det inte alltid är det bästa att sätta in livsuppehållande behandling till de äldre på säbo, det kan vara mer värdigt att avstå. Samtidigt berättade de om svårigheter kring att fatta beslut om behandlingsbegränsning, särskilt om läkaren inte har fått tid att prata med den äldre och anhöriga i lugn och ro innan den akuta situationen uppstod. När den ordinarie säbo-läkaren inte fanns tillgänglig och jourläkare måste fatta beslut beskrevs det vara vanligare att den äldre skickas in till sjukhus. Samtal med de äldre om livets slut kan också vara en uppgift för sjuksköterskor och omsorgspersonal. Ett palliativt förhållningssätt i vård och omsorg om äldre på säbo kan vara användbart även innan ett akut försämrat hälsotillstånd hos den äldre.

- Sjuksköterskorna berättade att de är beroende av ett gott samarbete med omsorgspersonalen för att hälso- och sjukvården ska fungera. Eftersom en stor del av hälso- och sjukvården utförs av omsorgspersonalen efterfrågades undersköterskor med särskild hälso- och sjukvårdskompetens.
- Idag bor äldre personer längre tid i ordinärt boende och när de flyttar till säbo är många redan sköra och multisjuka. Detta är en förändring som skett över tid och situationen på säbo idag är mycket annorlunda än den var när Ädelreformen genomfördes på 1990-talet. Att många äldre som bor på säbo är sköra och multisjuka innebär ett större behov av hälso- och sjukvård. Det innebär också, vilket var uppfattningen hos nästan alla informanterna, att de äldre mår bättre om de får sin vård på säbo och slipper flyttas till sjukhus: möjlighet till sjukhusvård ska finnas, men mycket av hälso- och sjukvårdsinsatserna ska helst kunna ges på plats.
- Under pandemin har ASIH fått ett utökat uppdrag att stötta säbo med hälso- och sjukvårdsinsatser. De som hade erfarenhet av det var mycket nöjda, med stödet från ASIH hade det varit möjligt att vårda de äldre på plats. Några svårigheter med koppling till ASIH-uppdraget nämndes, några kände inte till vilken vård ASIH kunde erbjuda medan andra tyckte det var ett nytt och krångligt förfarande. För sjuksköterskor fanns en viss osäkerhet om vem som hade ansvar för att exempelvis ta bort ett dropp eller att följa upp en insats, var det ASIH-sjuksköterskan eller säbo-sjuksköterskan? En ASIH-enhet hade utvidgat personalgruppen och satsat på ett särskilt team som tog uppdrag till säbo vilket hade underlättat att ta dessa uppdrag.
- Bland de förslag som gavs angående hur fler och mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser skulle kunna skötas på säbo var en vanlig synpunkt att bemanningen behövde öka, likaså tillgången till viss utrustning som inte fanns idag. Det som nämndes var sjuksköterskor på plats dygnet runt alla dagar, säbo-läkare som är mer tillgängliga för akuta bedömningar och mer omsorgspersonal med hälso- och sjukvårdskompetens. Det fanns en positiv inställning till ett permanent uppdrag för ASIH att bistå med insatser på plats när säbos egna resurser inte räcker till. Alternativ till detta var direktinläggning på sjukhus eller särskilda platser för äldre i primärvården där det fanns personal som kunde övervaka patienter med oklara symtom eller om vissa behandlingar skulle ges.
- Slutligen kan vi konstatera att hälso- och sjukvården för äldre som bor på säbo inte är jämlik. Som redan nämnts finns en variation mellan kommuner och säbon när det gäller bemanning och kompetens vilket resulterar i olikheter i den hälso- och sjukvård som erbjuds. Det finns också en skillnad mellan att bo i ordinärt boende och att bo på säbo. Några exempel som togs upp var att äldre person som bor i på säbo har svårare att få träffa läkare, få insatser från arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist samt att få stöd vid psykisk ohälsa jämfört med äldre personer som bor i ordinärt boende.

Inledning

Flertalet personer som bor på särskilt boende för äldre (säbo) är multisjuka med funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen, 2019a, 2021a). Behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser är stort för dessa personer, och en fråga som blivit alltmer aktuell är hur detta ska tillgodoses. Vilken hälso- och sjukvård ska säbo kunna tillhandahålla? Under coronapandemin fick hälso- och sjukvården på säbo stor uppmärksamhet och ledde till debatter och utredningar. Men frågan i sig är inte ny. På Nestor kände vi till att det fanns en diskussion om vilket ansvar kommunen har när det gäller hälso- och sjukvård på säbo. I de samverkansforum som bedrivs av Nestor diskuterades exempelvis utskrivning från slutenvården och de förväntningar som fanns på att kommunen skulle klara alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser på säbo. Nestor hade också berört frågan om hälso- och sjukvård på säbo i rapporten *Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter på särskilt boende- hur kan deras kompetens komma de äldre och verksamheten till nytta på bästa möjliga sätt?* (Nyholm & Johansson, 2020). Här beskrevs bland annat svårigheten att integrera den hälso- och sjukvårdskompetens som respektive yrkesgrupp besitter i det dagliga arbetet på säbo, och att arbeta i interprofessionella team. Mot denna bakgrund startade Nestor våren 2020 ett projekt med avsikten att undersöka vilken hälso- och sjukvård som utförs på säbo idag, och hur hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas i framtiden. Projektet genomförs i två delar och denna rapport beskriver det första delprojektet, en intervjustudie med personer som i sin yrkesroll på olika sätt ansvarar för, eller är involverade i, vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kan ges på säbo. I den andra delen av projektet, som påbörjas hösten 2021, intervjuas fler grupper av aktörer som på andra sätt arbetar med hälso- och sjukvård på säbo, eller berörs av dessa insatser.

ASIH: Avancerad sjukvård i hemmet

Fysioterapeut: Är den nya yrkestiteln för sjukgymnaster och den benämning som ska användas på yrkeskåren i första hand (Fysioterapeuterna, 2021)

HäF: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

HSL: Hälso- och sjukvårdslagen

MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Omsorgspersonal: undersköterskor och vårdbiträden

SoL: Socialtjänstlagen

Säbo: Särskilt boende för äldre

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

Bakgrund

Vad är ett särskilt boende för äldre (säbo)?

Säbo är inte en vårdinrättning i lagens mening utan en bostad (Region Stockholm & Storsthlm, 2015), och kan beskrivas som en verksamhet ”som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd” (SOU 2021:52). Att kommunen ska inrätta säbo regleras i 5 kap. 5 § SoL. För att en äldre person ska kunna flytta till säbo behöver det beviljas som bistånd enligt 4 kap. 1 eller 2 §§ SoL. Det finns ingen definition i lag av vad som är ett särskilt boende (SOU 2021:52) och det förekommer många olika benämningar av denna boendeform, bland annat äldreboende och vård- och omsorgsboende. Enligt socialtjänstlagen, SoL (2001:453), har kommunerna skyldighet att tillhandahålla boenden för äldre personer som har behov av särskilt stöd. Kommunen har också enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs på säbo men delar det med andra vårdgivare. De olika vårdgivarna och deras respektive ansvar och uppdrag beskrivs nedan.

Kommunernas uppdrag och ansvar för hälso- och sjukvård på säbo

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar brukar beskrivas som “insatser upp till och med sjuksköterskenivå” (Regeringen, 2020a; SOU 2017:21), och här innefattas även andra professioner som arbetsterapeut och fysioterapeut. Ansvaret 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 2017:30; Region Stockholm & Storsthlm, 2015). Regionens uppdrag och ansvar beskrivs mer ingående längre fram. Kommunerna ska enligt HSL (2017:30) erbjuda en god hälso- och sjukvård motsvarande primärvårdsnivå till personer som bor på säbo (HSL 2017:30; SOU 2020:19; Region Stockholm & Storsthlm, 2015), se mer om primärvårdsnivå nedan. Vidare beskrivs att kommunal hälso- och sjukvård avser sjukvård som kommunen ger i patientens bostad eller där patienten vistas (Regeringen, 2020b). Kommunerna i Stockholms län har dock inte ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende då regionen har behållit detta ansvar. Det finns en trend mot att allt mer vård ska utföras i hemmet, det vill säga på säbo eller i ordinärt boende, och i mindre utsträckning inom slutenvården. Exempel på det är utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård som pågått sedan 2017 (SOU 2017:53; SOU 2018:39; SOU 2019:29; SOU 2020:19), samt Socialstyrelsens förstudie Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2019a). Även lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, LUS (2017:612) pekar åt samma håll, att personer inte ska vårdas inom slutenvården längre än nödvändigt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska

I varje kommun ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, förkortat MAS (HSL 2017:30). MASens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen, HSF (2017:80). Bland annat regleras ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om, att journaler förs enligt patientdatalagen (2008:355) och att beslut om att

delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten. Att det finns fungerande rutiner för exempelvis läkemedelshantering och kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal ingår också i MASens ansvar.

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten (HSL 2017:30). När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser är verksamhetschefen ansvarig för att det finns rutiner som säkerställer att bedömningar och åtgärder är av god kvalitet (Socialstyrelsen, 2013). Verksamhetschefen får dock endast bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta (HSF 2017:80). På säbo finns omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, vilket innebär att en namngiven sjuksköterska har ett särskilt sammanhållande omvårdnadsansvar för vissa namngivna personer/patienter i verksamheten (Region Stockholm & Storsthlm, 2015). Den enskilde ska känna till vem som är omvårdnadsansvarig sjuksköterska, och även vilka som är ansvarig arbetsterapeut och ansvarig fysioterapeut på säbot.

Kommunal och privat drift

Kommunerna kan överlämna driften av särskilda boenden till privata utförare (kommunallag 2017:725; SKR, 2021). Huvudman för verksamheten är dock fortfarande kommunen, vilket innebär att kommunen har det yttersta ansvaret gentemot omsorgstagaren (Socialstyrelsen, 2012). Även om verksamheten sköts av en privat utförare, så ska kommunen följa upp och kontrollera verksamheten (kommunallag 2017:725). Kommunen styr villkoren för verksamheten genom upphandlingsdokument respektive förfrågningsunderlag enligt lagen om offentlig upphandling, LOU (2016:1145), eller godkännande enligt lagen om valfrihetssystem, LOV (2008:962).

Vad innebär primärvårdsnivå?

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda är insatser på primärvårdsnivå (SOU 2020:19). Både regioner och kommuner är alltså huvudmän för primärvård. Primärvårdens uppdrag har beskrivits som otydligt och varierande, exempelvis medför det kommunala självstyret att viss hälso- och sjukvård kan ingå i primärvårdens uppdrag i en region men utföras på en annan vårdnivå i andra delar av landet (Regeringen, 2020b). Utredningarna En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) och Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har pekat på behovet av att vidareutveckla och stärka primärvården. En reformering av primärvården har därför inletts, vilket påverkar hela hälso- och sjukvårdssystemet. Som en del av denna omställning sågs ett behov av att förtydliga primärvårdens grunduppdrag i HSL. Detta skedde också i den ändring av HSL, som trädde i kraft 1 juli 2021, där ett nytt kapitel om primärvårdens uppdrag infördes (se 2017:30 13a kap. 1 §). Eftersom den kommunala hälso- och sjukvården redan anses vara på primärvårdsnivå menar dock regeringen att denna reglering inte kommer ha någon stor påverkan på kommunernas möjlighet att organisera sin hälso- och sjukvård (Regeringen, 2020b). Definitionen av primärvård i HSL ändrades också vid samma tidpunkt som grunduppdraget (se 2017:30 2 kap. 6 §), och enligt denna definieras primärvård som "hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder

eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana 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”.

Kommunerna har alltså ansvar för att erbjuda personer som bor på särskilt boende hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, men regionen har ett fortsatt ansvar för att erbjuda specialiserad vård till dessa personer, i de fall de har behov av sådan vård (SOU 2020:19). Vilka specifika insatser som ingår i primärvårdsnivå, och vilka som ska betraktas som mer specialiserade är dock inte helt enkelt att avgöra. I och med att HSL ger utrymme för lokala anpassningar är det heller inte preciserat i lag exakt vilka insatser som kan ges i hemmet, utan det ska framgå i det avtal som har ingåtts mellan huvudmännen, se mer om dessa avtal nedan. I takt med att den medicinska utvecklingen öppnar upp för mer vård i hemmet, förändras också gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård. Detta medför att det kan vara svårt att säga var gränsen för kommunernas ansvar går (Regeringen, 2020b). Regeringen har i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (Regeringen, 2020b) försökt förtydliga vad som ligger utanför primärvårdens uppdrag utifrån den nya definitionen i HSL. Där framgår att *särskilda medicinska resurser* kan avse annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller likvärdig specialitet, såsom geriatrik. När det gäller *särskilda tekniska resurser* avses exempelvis särskilt avancerad eller kostsam utrustning som brukar finnas på sjukhus. Vad uttrycket *annan särskild kompetens* innebär är inte helt klarlagt, men enligt propositionen kan det till exempel röra sig om viss teknisk utrustning som kräver särskild kompetens, eller om det krävs ett sammansatt team av yrkeskategorier som inte finns tillgängliga i primärvården.

Socialstyrelsen menar att regelverket som styr hälso- och sjukvård och socialtjänst är komplicerat och att det riskerar att försvåra samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård samt mellan vårdnivåerna (Socialstyrelsen, 2020b). Under coronapandemin blev detta tydligt, och myndigheten tog därför fram ett meddelandeblad för att underlätta för kommunerna att tillämpa bestämmelserna (Socialstyrelsen, 2020b). Det kan också vara svårt att avgöra om en specifik handling för en enskild person är en hälso- och sjukvårdsinsats eller en socialtjänstinsats, vilket tas upp i delbetänkandet God och nära vård - Vård i samverkan (SOU 2019:29). Detta kan bland annat ha betydelse för hur dokumentation ska ske. Samma åtgärd kan vara hälso- och sjukvård eller socialtjänst, beroende på insatsens bakgrund och syfte. Om syftet är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador hos individen klassas insatsen som hälso- och sjukvård enligt utredningen. Om den utförs som en del av ett av socialnämnden bedömt biståndsbehov är det istället socialtjänst. I praktiken kan det dock vara svårt att tillämpa denna gränsdragning, och området beskrivs som omdiskuterat och komplext.

Regionens uppdrag och ansvar för hälso- och sjukvård på särskilt boende

Regionen ansvarar för den vård och behandling som ges av läkare, och ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende (HSL 2017:30; IVO, 2020). I Region Stockholm kan vårdgivare, så kallade läkarorganisationer, ansöka om att tillhandahålla läkarinsatser i särskilda boenden. Ansökan kan gälla hela Stockholms län, specifika kommuner/stadsdelar eller enskilda säbon.

För att bli godkänd som vårdgivare av läkarinsatser måste de krav som framgår i förfrågningsunderlaget från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF (Region Stockholm, 2019b), uppfyllas. HSF, som är beställare av läkarorganisationens tjänster, godkänner enligt LOV de vårdgivare som uppfyller kraven och tecknar avtal med dessa för Region Stockholm. I ansökan ska det framgå vem som kommer vara medicinskt ansvarig läkare, vilket kräver minst tre års klinisk erfarenhet som specialist inom specialiteten geriatrik. Regionen behåller dock alltid huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, även om den utförs av privata vårdgivare (HSL 2017:30; IVO, 2020). Det innebär att regionen har skyldighet att följa upp att de godkända läkarorganisationerna uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget.

Det finns fem läkarorganisationer som är godkända för att utföra läkarinsatser i särskilt boende i hela Stockholms län (Region Stockholm, 2021a). Dessutom finns tre läkarorganisationer som utgår från geriatrisk klinik och en stiftelse, samtliga med uppdrag i enskilda kommuner eller säbon. En utsedd representant för det kommunalt eller privat drivna särskilda boendet väljer vilken vårdgivare som ska utföra läkarinsatser på enheten (Region Stockholm, 2018). Rent konkret får verksamheten välja mellan de läkarorganisationer som är godkända för uppdrag i kommunen, och anmäler sitt val till HSF (Region Stockholm, 2018). Personer som bor permanent på särskilt boende kan välja att lista sig hos den valda läkarorganisationen, eller hos valfri husläkarmottagning (Region Stockholm, 2019a). Det går alltså att behålla sin husläkare vid flytt till särskilt boende (Region Stockholm & Storsthlm, 2015).

Samverkan och ansvarsfördelning mellan kommunerna och Region Stockholm

Regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av, och formerna för, läkarmedverkan i särskilt boende (HSL 2017:30). En specifik uppdragsbeskrivning för läkarorganisationerna finns i det förfrågningsunderlag som gäller vårdval för läkarinsatser i särskilda boenden (Region Stockholm, 2019b). Här framgår bland annat att vårdgivaren ska tillgodose individens behov av hälso- och sjukvård i form av läkarinsatser dygnet runt, och göra hembesök hos individ som själv eller via närstående har uttryckt detta behov.

Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län har även en gemensam överenskommelse, *Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre* (Region Stockholm & Storsthlm, 2015). Denna överenskommelse togs fram och fastställdes under 2015, och har antagits av alla kommunerna i Stockholms län. Överenskommelsen ska dels utgöra en grund och ett stöd för det gemensamma lokala arbetet mellan kommunerna och Regionen, men också klargöra ansvarsgränserna. Ett ytterligare syfte är att eftersträva en effektiv samhällsekonomisk resursanvändning, vilket enligt överenskommelsen kan ske genom att verksamheter samverkar så effektivt som möjligt. Det övergripande målet är att de enskilda ska få en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg efter sina behov, uppleva vård och omsorg som trygg och säker, samt få vård och omsorg av god kvalitet, genom god samverkan mellan kommun- och regionfinansierade verksamheter. I överenskommelsen framgår också att läkare behöver samverka med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut kring den enskilde på säbo. Det kan exempelvis gälla förebyggande insatser eller bedömning och uppföljning av den enskildes hälsotillstånd (Region Stockholm & Storsthlm, 2015).

Kommunen och den valda läkarorganisationen åtar sig genom överenskommelsen också att skapa en lokal samverkansöverenskommelse där bland annat rutiner ska framgå för informationsöverföring mellan läkare och hälso- och sjukvårdspersonal på särskilt boende, veckovisa besök, akuta oplanerade besök och närståendekontakt. Sjuksköterskan på säbo ska kunna nå läkare på telefon dygnet runt, årets alla dagar. Vid behov av specialistvård ska läkaren remittera för konsultation, vilket det också ska finnas rutiner för. Det är kommunens ansvar att erbjuda ledsagning till specialistvård (Region Stockholm & Storsthlm, 2015).

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)

Personer i ordinärt boende som har behov av specialiserad medicinsk vård och omvårdnad, exempelvis vid kronisk sjukdom eller vård i livets slutskede, kan få vård inom ASIH. ASIH fungerar som ett komplement eller alternativ till slutenvård, och kan ge insatser dygnet runt i patientens hem (Region Stockholm, 2021c; Region Stockholm, 2020c). Verksamheterna är multiprofessionella och här finns läkare, sjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och kurator. ASIHS ordinarie uppdrag mot säbo gäller endast handledande insatser. (Region Stockholm, 2020c). Det innefattar alltså inte hälso- och sjukvårdsinsatser. En del vårdgivare som tillhandahåller läkarinsatser i säbo ("läkarorganisationer") har även ASIH inom samma organisation, men det är skilda förfrågningsunderlag och avtal som gäller för respektive uppdrag (Region Stockholm 2019b, 2020c).

Under Coronapandemin har äldre personer i särskilt boende i vissa fall behövt en annan medicinsk vård än den som normalt erbjuds på säbo. Region Stockholms inriktning har, sedan tidigt i pandemins första våg våren 2020, varit att öka kapaciteten att vårda sjuka personer i hemmet, och att vård på högre nivå skulle ges efter en individuell läkarbedömning av medicinska behov och nytta av vårdinsatsen (Region Stockholm, 2020a). För att möjliggöra detta togs det i mars 2020 beslut om att ge ASIH ett tilläggsuppdrag, att stödja hälso- och sjukvården på säbo och den basala hemsjukvården. I samband med beslutet tilldelades läkarorganisationerna en ASIH-enhet utifrån en central krisplan, och kontaktuppgifter till respektive enhet meddelades (Region Stockholm, 2020b). Tilläggsuppdrag förlängdes i flera omgångar, senast fram till och med 31 december 2021 (Region Stockholm, 2021b).

Även om ASIH skulle utföra insatser på säbo låg det medicinska huvudansvaret kvar på den ursprungliga vårdgivaren. ASIHS stödjande roll innefattade alltså inte ett medicinskt helhetsansvar. De multiprofessionella team som ASIH har i sin verksamhet ingick inte heller i tilläggsuppdraget, som endast gällde läkar- och sjuksköterskekompetens. (Region Stockholm, 2020b). Stödet från ASIH skulle inte bara ges vid covid-19 infektion, utan kunde exempelvis även röra monitorering av hjärtsvikt, astma, KOL inklusive behandlingsåtgärder, parenteral nutrition, antibiotikainfusioner, läkemedelsadministrering, andningsstöd eller smärtlindring. Vid behov av stöd skickade läkarorganisationen remiss till den ASIH-enhet som de blivit tilldelade (Region Stockholm, 2020b). Möjligheten att kunna ge syrgas till äldre på säbo vid andnöd diskuterades flitigt särskilt under första vågen av Coronapandemin. Syrgas finns normalt inte på säbo i Stockholm (Storsthlm, 2020), och det krävs personal dygnet runt som har kompetens och vana att använda utrustningen. I de fall boendet inte kunde hantera syrgas, och ASIH inte heller

kunde komma dit, kunde den äldre personen få vård vid geriatrisk klinik eller akutsjukhus (Storsthlm, 2020).

Vilken hälso- och sjukvård ska bedrivas på säbo för de äldres hälsa och välmående?

Frågan om hälso- och sjukvården på säbo och de äldres behov av insatser innehåller många aspekter och har inte några enkla svar. Coronapandemin har satt fokus på äldreomsorgen och de problem som uppmärksammades ledde till utredningar som beskrev brister och efterfrågade åtgärder (IVO, 2021; SOU 2020:80). Samtidigt menade Socialstyrelsen att det som framkommit är brister som redan var kända (Socialstyrelsen, 2019a). För Nestors del har fokus för den här studien inte legat på rapporterade brister. Vi har istället främst velat lyfta frågan om “vårdnivå”, eftersom den kan påverka de äldres möjligheter att få en jämlik hälso- och sjukvård oavsett vilket säbo de bor på. Med “vårdnivå” menar vi vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som säbo ska kunna tillhandahålla. Här fanns olika tolkningar mellan aktörer och otydligheter som behövde belysas. I frågan om vårdnivå ingår också huruvida det finns ett behov av “höjd vårdnivå” på säbo, både utifrån förväntningar från slutenvården och utifrån omställningen till God och Nära vård, samt ett rättviseperspektiv, att äldre som bor på säbo ska ha samma rätt till hälso- och sjukvård som när de bor hemma i ordinärt boende. Ett resultat av de utvärderingar som gjorts om hanteringen av coronapandemin är att det idag finns ett intresse för att utveckla äldreomsorgen och att stärka de äldres tillgång till hälso- och sjukvård på säbo. Vår förhoppning är att vår studie ska bidra till diskussionen genom att ge fördjupad kunskap om hur hälso- och sjukvården på säbo bedrivs idag och hur den skulle kunna utvecklas.

Syfte och frågeställningar

Syfte

Med den här studien vill vi bidra med kunskap i 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 personer som själva ansvarar för olika delar av hälso- och sjukvården på säbo i södra Stockholm.

Frågeställningar

- Hur fungerar hälso- och sjukvården inom säbo (före och under pandemin)?
- Vilka eventuella utmaningar/hinder ser man för att kunna ge en god hälso- och sjukvård?
- Hur ser man på att kunna tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser som överskrider primärvårdsnivå i sin verksamhet?

Avgränsningar

Projektet har inte ett specifikt fokus på insatser som är kopplade till covid-19, utan ett generellt fokus. Projektet ämnar inte utvärdera det arbete som bedrivits under pandemin, och inte heller undersöka eller ta ställning i ansvarsfrågor under pandemin. Undersökningen bygger på intervjuer som delas upp i två delstudier, vilka grupper som ingår i delstudie ett respektive två beskrivs i metodavsnittet.

Metod

En intervjuundersökning

För att besvara våra frågor om vilken hälso- och sjukvård som bedrivs på särskilda boenden och hur den skulle kunna stärkas valde vi att genomföra en intervjuundersökning med personer som på olika sätt har ansvar för vilken hälso- och sjukvård som erbjuds på säbo. De personer som intervjuades var sjuksköterskor på säbo, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), chefer med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal, representanter för läkarorganisationerna och för ASIH samt avtalshandläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister har också ansvar för hälso- och sjukvård på säbo, men ingår inte i delstudien eftersom de inte är omvårdnadsansvariga såsom sjuksköterskor är, utan ofta har en konsulterande roll med ansvar för flera avdelningar eller boenden (Nyholm & Johansson, 2020).

Diskussion med referensgrupp och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS)

En referensgrupp bildades för att ge stöd under planeringen av intervjuundersökningen. Referensgruppen bestod av personer med olika funktioner från tre kommuner i Nestors verksamhetsområde. Dessa funktioner var representerade: MAS, chef för säbo, hälso- och sjukvårdschef samt utvecklingsledare med inriktning hälso- och sjukvård. Regionen representerades av följande funktioner: chef vid en läkarorganisation samt en utredare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Med referensgruppen diskuterades syfte och frågeställningar, gruppen lämnade också synpunkter på den intervjuguide som togs fram samt gav förslag på intervjupersoner. Detta skedde individuellt med respektive deltagare.

I första skedet var avsikten att genomföra ett projekt med många olika aktörer, både med och utan hälso- och sjukvårdsansvar, och med ett fåtal informanter i varje grupp för att kunna presentera fler perspektiv på frågan. Vid en presentation för MAS-nätverket Södertörn lyftes risken att hälso- och sjukvårdsperspektivet inte skulle få en tillräckligt framträdande roll med det bredare upplägget. Vi valde då att dela upp studien i två delar. I den första delen, som den här rapporten handlar om, undersöks erfarenheter och synpunkter från personer som i sin yrkesroll på olika sätt är involverade i beslut som avgör vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kan ges på säbo. I den andra delen av projektet, som påbörjas hösten 2021, kommer andra grupper att ingå, såsom undersköterskor, biståndshandläggare, enhetschefer för säbo, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister. Vi kommer även att fånga hur de äldre själva och deras anhöriga ser på frågan.

Intervjuguide

Ett förslag till en intervjuguide som skulle användas i intervjuerna togs fram och stämades av med referensgruppen. Frågorna var gemensamma men anpassades vid behov till informanten. Följdfrågor ställdes för att klarlägga innehållet. Frågorna fokuserade på följande områden: hur hälso- och sjukvård fungerade generellt på säbo; om något förändrades under coronapandemin; vilken hälso- och sjukvård de boende kunde få och inte få på säbo; om vårdnivån skulle höjas, vad skulle i så fall regionen respektive kommunen behöva bidra med; ASIH:s eventuella insatser

och hur samverkan hade fungerat. En fråga lades till efter att intervjuerna hade startat och den handlade om hur de äldres sviktande hälsotillstånd uppmärksammas på säbo.

1. Hur tycker du att hälso- och sjukvården fungerar generellt *på säbo i Stockholm?* (före pandemin och under)
2. Är det något som har ändrats i sättet att arbeta efter att pandemin startade? Något som förbättrats? Något som blivit sämre?
3. Vilka faktorer spelar in för vilken vård en äldre person kan få på säbo idag? Hur beslutas vilken vård som ges? Vilka deltar i besluten?
4. Vilken vård kan sjuka äldre *inte* få på säbo idag? Ge exempel på situationer eller särskilda moment eller insatser. Varför kan de inte få det?
5. Idag bemannas säbo ofta med ordinarie sjuksköterska dagtid, och någon form av jour under kvällar och helger. Har det någon betydelse för vilka insatser som erbjuds?
6. Fråga till sjuksköterska, HSL-ansvarig chef, MAS: Hur uppmärksammas att de äldres hälsotillstånd försämras? Följdfråga: I vilka situationer tar ni kontakt med säbo-läkaren?
7. Vad behöver regionen kunna bidra med för att det skulle fungera att höja vårdnivån och ge fler insatser? (t.ex. resurser och kompetenser)
Vad behövs hos kommunen för att det ska fungera att höja vårdnivån och ge fler insatser? (t.ex. resurser och kompetenser)
8. En del vård kommer såklart alltid behöva genomföras på sjukhus, t.ex. operationer, men vad anser du om att mer hälso- och sjukvård än idag skulle kunna utföras på säbo?
9. Särskilda frågor om frågan inte redan kommit upp, t.ex. vilka insatser ASIH har stöttat med och hur samverkan mellan ASIH och säbo fungerat.
10. Avslutande fråga: Har du något mer att tillägga innan vi slutar?

Ruta 2: Intervjuguide

Informanter

I en intervjustudie är det viktigt att rekrytera personer som har erfarenhet av det studien berör och som kan berätta något som bidrar till att besvara de frågor som studien förväntas besvara. Det är också viktigt att inkludera personer som har olika erfarenheter (Malterud et al., 2016).

Till studien rekryterades därför följande funktioner från kommunerna: sjuksköterskor på säbo, MAS samt chefer med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal, centralt i kommunen eller vid ett boende. Både kommunalt drivna och privat drivna boenden kontaktades. Fem av Nestors ägarkommuner valdes ut till studien. Urvalet baserades på en blandning av stora och små kommuner, samt att olika läkarorganisationer skulle finnas representerade vid kommunernas särskilda boenden. De kommuner som var representerade i referensgruppen togs inte med i urvalet.

De funktioner som rekryterades från regionen var representanter från läkarorganisationerna och från ASIH-enheter samt avtalshandläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF.

Rekrytering

Intervjuerna genomfördes av LN och IB. För att hitta personer som vi kunde kontakta använde vi Nestors kontaktnät, tips från studiens referensgrupp samt information som fanns på verksamheternas hemsidor. Personer som vi hade mailadresser till, det vill säga chefer och MAS:ar, kontaktades via mail och tillfrågades om de var villiga att ställa upp på en intervju. Ett bifogat informationsbrev förklarade upplägget och tydliggjorde att det var frivilligt att delta, att intervjuerna skulle hanteras konfidentiellt och resultaten presenteras utan att enskilda personer skulle kunna identifieras. Kontakt med sjuksköterskor och läkare gick via deras chefer, som ibland tillfrågade flera i sin grupp om någon ville intervjuas och ibland valde någon som de tillfrågade. De flesta som kontaktades var positiva till att delta. Några hänvisade till en påfrestande situation och avböjde eller ville skjuta upp intervjun några månader. Totalt rekryterades 22 informanter till studien, se tabell 1.

Intervjuer

Intervjuerna skedde digitalt via Microsoft Teams så att informanten och intervjuaren kunde se varandra på skärmen under samtalet. Intervjuerna genomfördes mellan november 2020 och februari 2021. De pågick i medeltal i 36 minuter (median 31 minuter), den kortaste var 15 minuter och den längsta 70 minuter. Ljudet spelades in på mobiltelefon. Alla intervjuer var individuella med ett undantag då två personer intervjuades samtidigt, enligt önskemål från informanterna. I några fall skedde intervjun via telefon eller via Microsoft Teams utan bild på grund av tekniska begränsningar. En intervju spelades inte in, men innehållet från samtalet antecknades genast efter intervjun, texten stämades av med informanten via mail och kompletterades med några följdfrågor. Alla intervjuer transkriberades ordagrant av intervjuaren och kontrollerades av den andra intervjuaren före analysen. Tre intervjuer kunde av tekniska skäl inte föras över till dator och kontrollerades istället av den intervjuare som genomfört intervjun.

Tabell 1: Informanter i intervjuundersökningen.

Verksamhet/funktion	Antal per yrkeskategori
Säbo/sjuksköterska (kommunalt och privat)	4 sjuksköterskor kommunalt 2 sjuksköterskor privat
Kommun äldreomsorg/chef med hälso- och sjukvårdsansvar	2 hälso- och sjukvårdschefer 1 säbo-chef med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal
Kommun respektive privat vårdföretag/MAS	2 MAS i kommunen 2 MAS privat vård företag-säbo
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/ avtalshandläggare	1 för läkarorganisationer 1 för ASIH
Läkarorganisationer/säbo-läkare, resp. läkare med chefsansvar	2 säbo-läkare 1 läkare med chefsansvar (2 olika läkarorganisationer)
ASIH/sjuksköterska resp. central funktion	1 utvecklingsledare 1 verksamhetschef 2 sjuksköterskor (3 olika ASIH-enheter)

Analys av intervjuerna

För att sammanfatta och beskriva informanternas berättelser användes konventionell innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Hsieh & Shannon, 2005). Analysen var induktiv utan förbestämda kategorier. Texterna delades upp och analyserades av LN och IB var för sig. Löpande under hela analysen genomfördes avstämningsmöten, då koder och dess innehåll samt nästa steg i analysen diskuterades.

De 21 texterna delades upp i sex olika informantkategorier: sjuksköterskor på säbo, MAS, chefer med hälso- och sjukvårdsansvar, avtalshandläggare, läkarorganisationer respektive ASIH. I ett första steg analyserades en intervju från varje kategori. Texten lästes noggrant och meningsbärande enheter (MU, meaning units) plockades ut och kodades. Koderna var på en övergripande nivå, de utgick ifrån vad informanterna berättade om och fick växa fram under analysens gång. Det här steget gjordes för att få en grov sortering av materialet och utgjorde en struktur för den fortsatta analysen av intervjuerna. Resterande intervjuer lästes därefter noggrant, varje informantkategori för sig, och MU plockades ut och sorterades direkt in i kod-schemat för respektive informantkategori. Ytterligare koder lades till när innehållet i intervjun inte passade in i de befintliga koderna. I nästa steg sorterades alla MU utifrån koderna, kondenserades och fick delvis nya namn. Analysen var fortfarande uppdelad i de sex informantkategorierna. Efter ytterligare kondensering sorterades innehållet från samtliga informantkategorier in i ett gemensamt kod-schema. I flera avslutande steg reflekterade LN och IB över resultatet, gjorde nya kondenserings- och justeringar och slutligen sorterades innehållet om i kategorier och subkategorier.

Resultat

Intervjuerna gav ett rikt material med erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården på säbo. Samma intervjuguide användes i alla intervjuerna, men informanterna besvarade de frågeställningar som de själva hade erfarenhet av och där de själva ansåg att de kunde bidra. Innehållsanalysen resulterade i en gemensam beskrivning av hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo idag och hur den skulle kunna utvecklas, där informanterna har bidragit med olika perspektiv. Resultatet presenteras i fyra kategorier, som representerar olika aspekter av förståelsen av informanternas syn på hälso- och sjukvården på säbo.

Beskrivningarna sammanfattar informanternas berättelser och synpunkter. Allt innehåll kommer från informanterna, och utgår ifrån deras lokala sammanhang och deras egna reflektioner, medan våra tankar tas upp i diskussionsavsnittet. Vi har strävat efter att använda informanternas uttryck för att försöka förstärka bilden av hur de själva resonerade. Ofta gav informanterna en samstämmig bild av hälso- och sjukvården på säbo, men i vissa frågor fanns olika synsätt, vilket framgår i texten. När synpunkter som presenteras gäller hela eller större delen av gruppen hänvisas till "informanterna". När synpunkter är kopplade till en särskild yrkeskategori eller person har det angetts.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag var osynligt fram till pandemin

Den här kategorin innehåller informanternas beskrivningar av att det har varit svårt att få utrymme för att arbeta med hälso- och sjukvårdsfrågor både på säbo och på ledande nivå inom kommunen.

Pandemin synliggjorde att kompetens och förståelse för hälso- och sjukvårdsfrågor saknas på flera nivåer i kommunerna

SoL har en överordnad roll i kommunen och HSL kommer i andra hand, menade både hälso- och sjukvårdschefer och MAS:ar. En chef uttryckte att det är bekymmersamt att SoL alltid väger tyngre än HSL, och menade att det kunde påverka rättssäkerheten vid flytt till säbo. Att omsorgen får ta plats, medan hälso- och sjukvårdsinsatser förväntas ske mer eller mindre obemärkt, var en annan aspekt som framkom. Informanternas upplevelse var att hälso- och sjukvårdsfrågor inte hade någon tyngd och det var svårt att diskutera dessa frågor med chefer utan hälso- och sjukvårdskompetens. Utan denna kompetens hade cheferna svårt att förstå vad det handlade om, och detta gällde både uppåt och nedåt i organisationen. Det hände att chefer för säbo inte förstod att det var de själva som hade ansvar för att implementera åtgärder eller att ta itu med brister i hälso- och sjukvård. Ibland trodde säbo-chefen att det var MAS:ens uppgift. Även en avtalshandläggare såg brister och beskrev det som att kommunerna inte tog sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterskor på säbo lyfte också att organisationen var uppdelad i stuprör efter vilka i personalen som arbetade enligt HSL respektive SoL och att det ibland ledde till oklarheter kring vem som hade ansvar för att lösa hälso- och sjukvårdsproblem.

“...det har varit ganska mycket kring det här att hälso- och sjukvård inte ska synas, det är bara omsorg, och det är brukarnas egna hem och man ska inte synas och man ska inte höras, och det ska vara så hemligt som möjligt. Och... hälso- och sjukvårdsdelen har liksom fått komma i andra hand. Om det ens har fått göra det, och nu har det, helt plötsligt så blev det det viktigaste [när pandemin startade]. Så där har det ju slagit om ganska så stort.” (MAS 1)

”...jag tror att kommunen ser väl inte HSL-uppdraget som så stort egentligen. De har nog ingen förståelse riktigt för vad vi gör”. (Sjuksköterska 1)

När Coronapandemin startade våren 2020 blev intresset för hälso- och sjukvård plötsligt stort i kommunen, berättade informanterna. Pandemin tydliggjorde hur få personer med hälso- och sjukvårdskompetens som fanns i kommunens äldreomsorg. En MAS upplevde att hen var den enda i kommunen som kunde svara på hälso- och sjukvårdsfrågor. I en annan kommun hade ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor lagts på hälso- och sjukvårdschefen eftersom enhetscheferna saknade denna kompetens.

”...man är ju väldigt ensam som, jag har ju inte en chef som har sjuksköterskekompetens heller, jag har ju liksom ...det är egentligen jag i hela ledningsnivån då, för min ledning, för mina kollegor, så är det ju jag som har den formella kompetensen just nu och det är mycket”. (Chef med hälso- och sjukvårdsansvar 1)

Pandemin medförde att personal med hälso- och sjukvårdskompetens fick en mer synlig roll. Sjuksköterskorna på säbo fick kliva fram och utbilda och handleda personalen i basal hygien och i att upptäcka och rapportera symtom hos de äldre. MAS:ar och hälso- och sjukvårdschefer fick ständigt skriva om riktlinjer och se till att informationen var uppdaterad. Extra hälso- och sjukvårdspersonal anställdes, både på säbo och i läkarorganisationen. En effekt av de förändrade arbetssätten under pandemin, som lyftes fram av flertalet informanter, var en upplevelse av att samverkan hade stärkts under pandemin, framförallt mellan sjuksköterskor och omsorgspersonal men också med chefer och med läkarorganisationen. Pandemin innebar också en ökad digitalisering och en MAS uttryckte att det hade underlättat arbetet genom att det var lättare att sprida information till personalen på säbo och även till anhöriga.

Hälso- och sjukvårdsbehov bedöms inte inför flytt till säbo

När en person beviljas flytt till säbo ingår inte behovet av hälso- och sjukvård i den bedömning som biståndshandläggarna gör, menade informanterna. En effekt av detta kunde bli att viktiga hälso- och sjukvårdsbehov missades och upptäcktes efter inflyttning, eftersom beslut om säbo fattas av personer utan hälso- och sjukvårdskompetens.

“Ja jag skulle ju säga att ibland skulle man önska att biståndsbedömarna hade en bättre kunskap när det gäller hälso- och sjukvård. För att de tar inte hänsyn till det över huvud taget och förstår kanske inte alls vad det handlar om. Deras uppdrag är ju att titta på behov

och de ser ju bara de andra behoven, de ser ju inte kanske de behov som faktiskt har största betydelsen för den här personens överlevnad”. (MAS 2)

När äldre personer som vårdats på sjukhus och skrivs ut till säbo tas i princip alla personer emot oavsett hur tungt vårdbehovet är. Det gäller både personer som är nyinflyttade till säbo och de som redan bor där. Informanterna påpekade att kommunen har ett ansvar att ta emot färdigbehandlade äldre personer, och inställningen var att försöka lösa de problem som uppstår. Däremot kunde flytten behöva skjutas upp för att säbo skulle hinna beställa hem medicinteknisk utrustning eller för att personalen behövde utbildning i hur ny utrustning skulle hanteras. Några exempel som nämndes på medicintekniska produkter som krävde särskild hantering var tracheostomier, centrala venkatetrar och clinifeeding-sonder. När en äldre person ska skrivas ut till säbo sker det genom kontakt mellan sjuksköterska på sjukhuset och sjuksköterska på säbo. Om sjuksköterskan vill säga nej till att ta emot den äldre kan det bli en diskussion med det utskrivande sjukhuset och då vill MAS delta i samtalet. Ibland behövs även en avstämning med säbo-läkaren eftersom det är läkaren som tar över det medicinska ansvaret för insatserna.

Säbo ska både erbjuda hemkänsla och hälso- och sjukvård som är utformad efter de äldres behov

Den här kategorin handlar om kommunens dubbla ansvar att tillhandahålla ett hemlikt hem och en god hälso- och sjukvård. Här finns också kommentarer om att många äldre som bor på säbo idag är sköra och multisjuka, och har ett stort behov av hälso- och sjukvård, samtidigt som de mår bättre om de kan få sin vård på säbo och slipper flyttas till sjukhuset. I kategorin ryms också berättelser om hur det går till när beslut om den äldres vård ska fattas.

Säbo är ett hem för många personer med stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser

En uppfattning som uttrycktes av flera informanter var att säbo inte ska vara som ett sjukhus eller en vårdinrättning. Det beskrevs att personalens viktigaste uppgift är att skapa relationer med de boende och att de behöver hinna prata med de boende, till exempel om hur de mår och vad de gjort under dagen. Samtidigt lyfte informanterna att det stora flertalet äldre personer som flyttar till säbo idag är sköra och har stora behov av hälso- och sjukvård. Några informanter, som hade arbetat länge i äldreomsorgen, jämförde med hur det var på 90-talet och framhöll att det hade skett en förändring över tid. Idag har de äldre på säbo ett större behov av hälso- och sjukvård och den tid en person bor på säbo är ofta kortare. En läkare reflekterade, att trots att de äldre är multisjuka var möjligheten att ge hälso- och sjukvård på säbo inte anpassad efter svårt sjuka personers behov. Några informanter jämförde med den vård som erbjöds i ordinärt boende och menade att där vårdades dessa personer på specialistnivå, men när de flyttar till säbo minskade hälso- och sjukvårdsresurserna. En informant påpekade att vård för psykisk ohälsa saknades på säbo och att till exempel hematologer och onkologer lämnade över till läkarorganisationen när en person flyttar till boendet.

”Det som primärvården kan erbjuda i hemmet ska vi också kunna erbjuda, egentligen. Det är ju det det är. Så att många gånger är det ju så att om det skulle vara primärvård och

patienten skulle bo hemma och ha samma behov då skulle ASIH vårda dom med mycket mer resurser än vad vi har. Så att då hamnar vi ju lite i klistret”. (Chef med hälso- och sjukvårdsansvar 2)

”Det kanske bara är en relativt liten grupp, men det finns en grupp människor som har avancerade palliativa behov, men klarar sig inte hemma längre, behöver bo på ett äldreboende. Och den gruppen brukar inte vara lätt att behandla i dagsläget, för att på ett äldreboende är det medicinska kunnandet för lågt, och hemma funkar det inte med hemtjänsten tillräckligt bra”. (Läkare 1)

Det är bäst om de äldre kan undvika sjukhus och fortsätta vårdas på säbo

De flesta informanterna ansåg att de äldre mådde bäst om de fick vård på säbo, när det var möjligt, istället för att skickas till sjukhuset. Särskilt för personer med kognitiv svikt ansågs det mer fördelaktigt, men det gällde också andra mycket sköra personer. Flera informanter lyfte fram risker med att åka till sjukhuset och menade att erfarenheter visade att när de äldre kom tillbaka efter en sjukhusvistelse kunde de vara mer förvirrade, ha tappat vikt, inte längre klara av att gå, ha fått trycksår eller nya mediciner som de inte behövde. Informanterna sa att på säbo kände personalen den äldre och de äldre var i trygga händer. Någon menade också att det kunde vara lättare för närstående att besöka den äldre på säbo. Alla informanter underströk att det ibland uppstår situationer som inte kan lösas på säbo och som kräver sjukhusvård. En MAS menade att det fanns en tradition att äldre på säbo bedömdes som palliativa och därmed nekades undersökningar och sjukhusvård, och att de borde undersökas mer och skickas oftare till sjukhus. Många framhöll att om vårdnivån på säbo höjdes kunde en del åtgärder som idag krävde sjukhusvård skötas på säbo, men att viss sjukhusvård alltid kommer att behövas.

“Nej jag tror absolut egentligen att det är väl det bästa för de äldre sköra, kunna få vara hemma och kunna få den vård och omsorg ja, på plats. Så mycket det bara går. Underlätta för slutenvården, att inte man har äldre som ligger och väntar i, på akutbritsar.” (MAS 3)

“Ja äldre människor mår ju inte bra av förflyttningar, och är man dessutom dement då, så vet man ju att det blir ju inte bra, det blir ju inte bättre så det bästa är ju att vårda på plats. Det förespråkar jag alla dagar i veckan, som jobbar med ASIH också.” (ASIH 1)

Läkares och sjuksköterskors bedömning samt den äldre vilja påverkar valet av vård vid försämring

Samtidigt som det fanns en tydlig åsikt att de äldre vårdades bäst på säbo fanns en lika tydlig åsikt att beslut om var vården ska ske ska fattas tillsammans med den äldre själv och anhöriga, och att individens vilja väger tyngst. En MAS tryckte på att det är viktigt att den äldre deltar i alla beslut om sin behandling och att det ska dokumenteras i journalen. Hellre skicka in en gång mer än en gång mindre menade en sjuksköterska, och förtydligade att hen aldrig skulle gissa sig till om den äldre vill vårdas på sjukhus eller inte.

Flera uttryckte att det fanns självklara situationer då sjukhusvård är nödvändig för den äldre, exempelvis vid operationer eller för att undersöka eventuella frakturer om den äldre har ramlat, men det kunde också vara en bedömningsfråga om den äldre behövde sjukhusvård eller inte. En sådan situation var exempelvis om den äldre mådde sämre och orsaken till försämringen var okänd. En sjuksköterska berättade att sjuksköterskan då kontaktade läkaren och att de fattade beslut tillsammans, men ytterst var det läkarens beslut att avgöra vilken vård som skulle erbjudas. Ibland fanns det dokumenterat att den äldre inte ville åka till sjukhus. Då försökte sjuksköterskan göra det som var möjligt för att den äldre skulle slippa åka in, och kontakt togs med anhöriga. Frågan om sjukhusvård ställdes dock alltid när den äldre försämrades, sa en sjuksköterska, ville den äldre åka till sjukhuset skulle hen få göra det oavsett vad som dokumenterats tidigare. Under jourtid var det vanligare att den äldre skickades till sjukhus menade informanterna, det var svårare att få en bedömning när det var läkarorganisationens jourläkare som skulle fatta beslut och de inte kände patienten.

“Jag har själv varit i kontakt med jourläkaren, de har ju liksom flera hundra patienter, de känner inte patienten. Även om jag ger bakgrundsinformation så är det väldigt så där ’skicka in’ eller liksom, alltså det är väldigt... vad säger man, inte så personcentrerad vård.”
(Sjuksköterska 2)

Ibland kunde det bästa för den äldre vara att inte erbjuda vård som förlänger livet, menade en läkare. Samtidigt kunde läkaren känna krav på att ”ge allt”, men förväntad nytta måste vägas mot lidande. Som läkare kunde man känna sig ensam i dessa beslut. Det krävde kunskap och erfarenhet, och läkaren behöver våga föreslå att avstå från livsuppehållande behandling. Att behandlingsbegränsa har blivit svårare och man kan känna sig ifrågasatt berättade en läkare, och menade att äldre på säbo därför skickades till sjukhus i högre utsträckning nu för tiden. En sjuksköterska från ASIH berättade att ordinerade insatser inte alltid kunde genomföras eftersom det kändes ovärdigt för den äldre personen. Ett exempel var personer med demenssjukdom som ordinerats dropp, men som inte förstod vad som hände och fäktade med armarna för att slippa.

Sjuksköterskor och läkare på säbo, men även ASIH-representanter och avtalshandläggare, talade om vikten av att prata med de äldre om hur de vill ha det vid livets slut. Detta tas upp vid inflyttning till säbo, men det skulle gärna vara en fortsatt pågående dialog. Det fanns olika förslag på vem som skulle ta de här samtalen, att det kunde vara omsorgspersonalen, sjuksköterskan eller läkaren.

“För vi ska ju prata redan vid inskrivningen så att säga, eller vid flytt om hur man har tänkt sig vid, om hjärtat stannar och så men... det krävs, det är... det är inte lätt. Och då, där behövs ju läkare också som kan ta sig tid, och vi behöver mer läkare inom äldreomsorg för att man ska slippa skicka dem till sjukhus. Och slippa, nu låter det hemskt, men jag menar inte slippa, men det går ju att göra mycket här”. (Sjuksköterska 3)

En sjuksköterska på säbo berättade att om personalen fångade upp att en äldre person började tackla av så bokade de samtalstid med läkare. En läkare menade att de här samtalen är viktiga, för den äldre kan ett samtal med läkaren vid livets slut vara lika viktigt som ett samtal vid en infektion. Anhöriga bör involveras i samtalet om den äldres sista tid i livet, förutsatt att den äldre vill det.

”Ja jag försöker alltid att förklara, att är du så här dålig och jag bedömer att du skulle behöva komma till sjukhus för att vara säker på att få en så bra vård som möjligt, och kanske till och med att du inte överlever om du är kvar, och liksom så, och så får de välja själva, de som är klara i huvudet, annars så har man alltid diskussioner med anhöriga”. (Läkare 2)

Att inleda samtal tidigt med anhöriga kan ge trygghet och möjliggöra ställningstaganden innan den äldres tillstånd försämras. Inom ASIH var de vana att samtala om livets slut, de pratade kontinuerligt om patientens sjukdom och närstående involverades. Både sjuksköterskor och läkare på säbo berättade att många äldre ofta valde att stanna på säbo när de försämras, de ville inte åka till sjukhuset. Anhöriga kunde dock ha en annan åsikt. En läkare berättade att det kunde kännas svårt att gå emot anhörigas önskemål och samtidigt försöka respektera den äldres vilja.

Variation på vilka insatser som kan erbjudas – bemanning och utrustning avgör

Den här kategorin handlar om att hälso- och sjukvården, enligt informanterna, styrs av lagar och överenskommelser men att dessa tolkas olika vilket resulterar i olikheter i vilken hälso- och sjukvård som erbjuds. Här finns också informanternas beskrivningar av hur de gör när de arbetar med hälso- och sjukvård och de begränsningar som finns i form av bemanning av framför allt sjuksköterskor och läkare men också omsorgspersonal, och vilken utrustning som finns att tillgå på säbo. Informanterna beskrev också att många mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser redan utförs på de säbo som informanterna representerade.

Avtal och överenskommelser styr, men är otydliga och tolkas olika

Informanterna hänvisade till att hälso- och sjukvården på säbo styrs av olika lagar, avtal och överenskommelser. De pratade dels om läkarorganisationernas regionala uppdrag, och dels om lokala avtal med kommunen. De lokala avtalen med läkarorganisationen utarbetades tillsammans med MAS och omsattes i rutiner som användes i verksamheterna. De lokala avtalen styrde bemanningen av sjuksköterskor och hur ofta läkaren besökte säbo. Privata utförare följde de avtal som kommunen tagit fram. En informant berättade att i kommunen som hen arbetade i fattades beslut om bemanning i nämnden, medan övriga informanter inte kommenterade var i organisationen som detta beslut togs. Bemanningen kunde variera mellan olika säbon, och skilja sig mellan privat drivna och kommunalt drivna säbon. En MAS berättade att kommunen inte har någon skyldighet att bemanna med sjuksköterska på plats ens på dagtid, utan att det är tillgängligheten till sjuksköterska som krävs. I detta fall hade kommunen bemannat med sjuksköterska på plats på säbo, men MAS:en menade att sjuksköterskeverksamheten skulle kunna vara mer konsultativ istället.

Informanterna påtalade att alla som bor på säbo ska erbjudas den hälso- och sjukvård de behöver och att bemanning och kompetens ska baseras på de boendes vårdbehov. Från MAS-håll menade man dock att det utifrån uppdraget var svårt att säga vilken hälso- och sjukvård som ska kunna erbjudas. Både hälso- och sjukvårdschefer och MASar påpekade att det saknades en definition för vilken hälso- och sjukvård som ska ges på säbo. En avtalshandläggare beskrev att gränsen ska gå mellan basal hemsjukvård och avancerad vård, men det var komplicerat att sätta gränsen. Kommunerna har egen beslutanderätt och de har gjort olika tolkningar av vilken vård man ska utföra, menade en annan avtalshandläggare.

“Och det finns ju det här med att man... ja, har skrivit att vi ska ju utföra basal hälso- och sjukvård... på våra säbo. Eller upp till primärvårdsnivå, upp till sjuksköterskenivå. Men vad det innebär egentligen finns det ju ingen definition av.” (MAS 1)

“Generellt så fungerar det nog ganska bra [hälso- och sjukvården på säbo], men tror att den är ganska ojämlig. Kommunerna har MAS:ar och egen beslutanderätt, man har gjort lite olika tolkningar av vad det är för typ av vård man ska utföra i den kommunala vården.” (Avtalshandläggare 2)

Exempel på olikheter var att vissa kommuner inte gav blod, eller att vissa enheter inte gav transfusioner och infusioner. Det kunde också vara oklart vem ansvaret låg på vid insatser som krävde särskild tillsyn, till exempel om en person med kognitiv svikt hade behov av dropp. Även läkare från läkarorganisation menade att det fanns osäkerheter kring vad som kan utföras på säbo, och att det fanns olika synpunkter om mer avancerade insatser skulle göras på plats eller inte. Läkare upplevde också en otydlighet i vad som ingick i deras eget uppdrag.

“...jag skulle önska mig att vi har tydligare skrifter kring vad är det som vi kan verkligen göra. Alltså, hembesöksmässigt, administrativmässigt, alltså det ska vara mycket tydligare vad det är som kan ingå i en arbetsvecka. För att oftast man, jag har inte räckt till till det jag har sett jag skulle ha behövt göra”. (Läkare 3)

Låg bemanning på säbo gör det svårt att upprätthålla hälso- och sjukvård av god kvalitet

Flertalet informanter menade att det är bemanningen på säbo som sätter gränsen för vad som kan göras när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser. Resurserna uppfattades som alltför snåla. För en förbättrad hälso- och sjukvård på säbo skulle det behövas högre sjuksköterskebemanning och sjuksköterskor som var närvarande i det dagliga arbetet.

“Det är brist på resurser, att man hinner inte göra ett jobb som man skulle själv vara nöjd med, så att man är aldrig nöjd när man går hem från jobbet och det är press på oss att du ska hinna med, det kommer hela tiden uppifrån saker som ska ordnas men det finns inga extra resurser.” (Sjuksköterska 4)

Många informanter menade att sjuksköterskekompetensen kunde vara tillräcklig för att exempelvis sätta dropp, men att insatsen ändå inte gick att genomföra eftersom sjuksköterskorna bara arbetade dagtid. Läkemedelsbehandlingen anpassades efter säbos

kapacitet, vilket ibland inte var det bästa för den boende. Som exempel nämndes att näringsdropp måste ges dagtid när sjuksköterskan var på plats, fast det egentligen hade varit bättre för den boende att få droppet under natten.

“För nu är det lite så att vi anpassar våra insatser till dom resurserna vi har, istället för att vi... på något sätt bemannar upp för där vi har ett behov.” (MAS 1)

Även omsorgspersonalen var underbemannad menade informanterna, och här saknades ofta hälso- och sjukvårdskompetens. En läkare berättade att det var svårt att få bra underlag för beslut i de fall när det endast var en undersköterska på plats som skulle ge information om en boendes tillstånd. Samtidigt tog några av informanterna upp svårigheten att rekrytera både läkare och sjuksköterskor till säbo, särskilt för jourtid. Några informanter nämnde också brister i behandlande rehabilitering och att det var ett problem att arbetsterapeut och fysioterapeut endast kom till de äldre om behov påkallades.

Läkare med för stort uppdrag skapar problem för personal och boende

Många informanter lyfte problemet med läkare som inte var tillgängliga på säbo. Det fungerade ofta bra när läkaren var på säbo under rondan, men övrig tid saknades möjligheten att få läkare att komma ut och göra bedömningar på plats. Läkarna hade för stort ansvarsområde menade flera informanter. Samtidigt uttryckte flera MASar att det var positivt att Region Stockholm hade systemet med säbo-läkare från de så kallade läkarorganisationerna, istället för att det uppdraget skulle skötas av läkare på vårdcentral. Det beskrevs som en trygghet och de menade att samarbetet med läkarna var bra. Privata MASar jämförde med hur kollegor hade det ute i landet och framhöll fördelen att de i Stockholm slapp jaga vårdcentralsläkare som kunde vara svåra att nå. Även hälso- och sjukvårdschefer uttryckte att de var nöjda med “Stockholmsmodellen” där en läkarorganisation ansvarade för i princip samtliga äldre personer på boendet. Läkarna beskrev att den primäransvariga läkaren åkte till säbo varje vecka för att runda. Resten av tiden var jourtid och då gjordes bedömning oftast på distans. Läkarna menade att jourläkaren kunde åka ut ibland, medan övriga informanter menade att juren aldrig åkte ut. Eftersom det inte fanns läkare på plats gjorde sjuksköterskorna bedömningar, arbetade med mediciner och medicinska diagnoser vilket egentligen var utanför deras ansvarsområde. Bristen på läkartid på säbo medförde också att boende och anhöriga inte fick prata med läkare så ofta som de ville. En sjuksköterska beskrev att hen ibland övertalade läkaren att träffa en boende, genom att säga att det annars dokumenterades i journalen att läkaren valde att inte träffa patienten. Boende som kände behov av att träffa läkaren skulle få det utan att bli ifrågasatta, menade sjuksköterskan. Även läkare påtalade att det var svårt att hinna med alla arbetsuppgifter, och att sådant som inte var akut ofta prioriterades bort.

“...just nu det är mycket springande, att det ska inte hinna bli dåligt, eller man ska ju ta ställning när det redan har hänt någonting som försämrar hälsan, det är mycket på det sättet. Men det är inte mycket åt andra hållet, att vi ska jobba allihopa för att behålla den här hälsan som vi har och förbättra vardagen och bidra till bra livskvalitet och så där”. (Läkare 3)

Hälso- och sjukvårdsinsatser som överskrider primärvårdsnivå görs redan på säbo

I princip alla informanter ansåg att det gick att göra många insatser som överskrider primärvårdsnivå motsvarande basal hemsjukvård, och att denna typ av hälso- och sjukvård redan utfördes på säbo. Exempel som nämndes var att de hanterade smärtpumpar, pleuradrän, tracheostomier samt infarter som perifer venkateter (PVK) och port-a-cath. Dropp och blod som var planerat kunde ges när sjuksköterska fanns på plats. Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som var möjliga att genomföra var förutom närvaro av sjuksköterska också beroende av dennes erfarenhet och bakgrund. En MAS beskrev att det inte går att ta emot boende om kompetensen inte fanns hos sjuksköterskan, och en annan MAS påtalade att det var upp till verksamhetschefen att avgöra vilken nivå som kunde hanteras eftersom hen skulle känna till vad medarbetarna klarade av. En uppfattning var att vissa boenden klarade av de flesta insatser bra, medan andra knappt klarade basala insatser.

”Det jag har stött på när det gäller olika patientärenden är att kompetensen varierar extremt mycket mellan dessa boenden, och kapaciteten. Vissa klarar av vissa insatser bra, eller relativt bra, och sen har vi andra som inte ens klarar basala, kan man tycka, insatser och försöker be ASIH om hjälp istället”. (Avtalshandläggare 1 om innan pandemin)

“Men jag tror att våra sjuksköterskor gör högre vårdnivå än vad kommunansvar ligger på om jag säger så.” (MAS 4)

Vårdnivån på säbo skulle kunna höjas med ökad bemanning och tillgång till utrustning

Genom att öka närvaron av hälso- och sjukvårdspersonal skulle vårdnivån kunna höjas ytterligare på säbo menade informanterna. Sjuksköterskebemanning på plats nattetid skulle öppna upp för fler insatser. Men höjd vårdnivå skulle även kräva mer utbildning både för sjuksköterskor och omsorgspersonal, och här föreslogs att regionen skulle kunna stötta kommunen. Andra sätt att höja vårdnivån skulle kunna vara mer avsatt tid för läkarna, så att de kunde vara mer på säbo och inte bara behövde ”släcka bränder”. Med fler läkare som kunde åka ut till säbo dygnet runt skulle boende slippa skickas in till sjukhuset för bedömning eller för enklare behandlingar, som till exempel för att sy ett sår. Det saknades idag och skulle enligt informanterna bidra till ökad trygghet för både patienter och personal, och leda till färre sjukhusinläggningar. En ökad bemanning av arbetsterapeuter och fysioterapeuter skulle också öppna upp för att arbeta mer förebyggande ansåg en MAS, och en läkare nämnde att dietist och kurator skulle behövas i teamet på säbo. Ett multiprofessionellt team skulle tillsammans kunna arbeta förebyggande menade läkaren, som beskrev att helhetssynen försvann när det befintliga teamet på säbo inte hann samlas och diskutera. Teamet skulle också kunna ha gemensamma utbildningar och jobba med förbättringar i verksamheten ansåg läkaren.

”Men rent generellt om man skulle ge mer avancerade insatser då behövs det ju en annan typ av sjuksköterskebemanning på säbo. Och läkare som kan komma ut och göra bedömningar i större utsträckning kanske än vad man kan göra idag”. (Chef med hälso- och sjukvårdsansvar 3)

”De [omsorgspersonalen] har det jättetufft som det är nu, och skulle man då ha mer avancerad vård och att man skulle delegera ut mer uppgifter till dem att sköta de här patienterna, då skulle det definitivt behövas mer personal. De behöver mer personal redan idag som det är, så att det skulle verkligen behöva bemannas upp där.” (Sjuksköterska 5)

En annan aspekt som informanterna lyfte var att det saknas utrustning för att kunna genomföra vissa typer av insatser på säbo. Utskrivning från sjukhus skulle kunna ske snabbare om rätt utrustning redan fanns på plats. Sondmatpump behövde exempelvis hyras, vilket kunde fördröja inflytt med flera dagar. Informanterna menade att mer utrustning i kommunen skulle kunna höja hälso- och sjukvårdsnivån, kanske genom att köpa in enstaka exemplar som ett flertal säbon delade på. Ultraljud var ett förslag på teknik som skulle kunna fungera på säbo, men som inte fanns idag. Informanter från ASIH påtalade dock att vissa insatser inte bara kunde läras ut, såsom hantering av smärtpumpar, utan att det krävdes kompetens för uppföljning och justering av behandlingen. En avtalshandläggare menade att vissa avancerade insatser bör kunna göras på säbo, men det behövde definieras vem som skulle utföra dem. Hen föreslog att om säbot klarade att uppfylla förutbestämda krav kopplade till den specifika insatsen så kunde de genomföra insatsen själva, annars behövde annan aktör stå för insatsen.

”Problemet är att vi får inte ha dropp om vi inte har sjuksköterska på plats. Men har man en droppräknare så skulle det gå mycket bättre, då hade vi fått ha det. Men vi har inte kunnat tillmötesgå det och vi har inte kunnat få hit den här droppräknaren så då kunde vi inte lösa det”. (Sjuksköterska 1)

En god hälso- och sjukvård på säbo kräver fungerande samverkan mellan professioner, organisationer och huvudmän

I den här fjärde och sista kategorin beskrivs de olika kompetenser som behöver finnas och nödvändigheten av god samverkan för att få hälso- och sjukvården på säbo att fungera, samt att detta behövs både i det praktiska vardagsarbetet och vid utökat behov av hälso- och sjukvård. I kategorin finns också ett medskick från MAS:arna att de skulle kunna föra kommunens röst i regionens planering av hälso- och sjukvård på säbo, samt beskrivningar av hur samverkan med ASIH fungerat under pandemin och synpunkter om faktorer som försvårar samverkan.

Hälso- och sjukvården är beroende av ett närvarande och kompetent team i det dagliga arbetet

Det beskrevs att sjuksköterskorna på säbo tog ett stort ansvar för hälso- och sjukvården. De ansvarade för omvårdnad, bedömningar och uppföljningar, samt såg till att läkarens ordinationer genomfördes. Säbo behövde sjuksköterskor som var kompetenta för jobbet och som kände sig trygga i sin yrkesroll, menade informanterna. Erfarenhet och kunskap var nödvändigt för att kunna identifiera om någonting inte riktigt stämde med de boende, och det betonades att ovana sjuksköterskor nog kunde känna sig otrygga i sina bedömningar. Hög personalomsättning av sjuksköterskor på säbo ansågs kunna påverka patientsäkerheten negativt. Samtidigt som sjuksköterskans kompetens betonades så påpekades att sjuksköterskorna var

beroende av att samarbeta med andra för att arbetet skulle fungera. De samarbetade både med omsorgspersonalen och med läkaren från läkarorganisationen.

För att kunna uppmärksamma när en äldres hälsotillstånd sviktar behövde sjuksköterskan ha ett bra samarbete med omsorgspersonalen. Omsorgspersonalen behövde i sin tur handledning av sjuksköterskan för att veta vad de skulle vara uppmärksamma på och sedan rapportera vidare vad de sett till sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Både sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdschefer tog upp att omsorgspersonalens kompetens i hälso- och sjukvårdsfrågor var viktiga och att den behövde stärkas. Sjuksköterskorna måste känna sig trygga när de delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter till undersköterskorna. En uppfattning var att undersköterskeutbildningen idag fokuserade på socialtjänstdelen och att hälso- och sjukvårdskunskapen var näst intill obefintlig. Med utbildad omsorgspersonal så fungerade det bra. En sjuksköterska sa dock att det ibland kunde kännas läskigt att vara så beroende av omsorgspersonalens kompetens. En ytterligare utbildningsnivå för undersköterskegruppen efterfrågades, någon typ av vidareutbildning för att stärka hälso- och sjukvårdskompetensen.

”Det finns de som har jobbat hela livet med äldre inom äldreomsorgen, de brinner för det, de kan se minsta lilla förändring i en persons mående. Men det finns också de som är väldigt nya som har varit kanske timanställda som inte, alltså de har ju ingen utbildning. Och hur ska vi förvänta oss att vi gör bra bedömningar utifrån om det här är grunden, det går ju inte”. (Läkare 3)

Flera informanter beskrev att sjuksköterskan var länken till läkaren. Läkarronden på säbo inleddes med att sjuksköterskan och läkaren tillsammans gick igenom de boende som hade besvär. Därefter gjordes hembesök hos vissa boende. Före rondens start hade sjuksköterskan kontrollerat och planerat vilka boende som skulle besökas. Det var också sjuksköterskan som bedömde om läkaren skulle kontaktas under jourtid. Det kunde till exempel gälla en läkemedelsordination, infektionstecken, fallskador, om en boende eventuellt behövde till sjukhus, bedömningar om något avvek från det vanliga, bedömning om palliativ vård eller frågor från anhöriga. Ibland gjorde sjuksköterskan bedömningen att ett avvikande beteende hos en boende inte orsakats av någonting medicinskt, men då kontaktades läkaren i efterhand för att stämna av. En uppfattning var att läkaren och sjuksköterskan tillsammans bestämde hur en äldre skulle vårdas när hen blev sämre, och att läkaren förlitade sig mycket på sjuksköterskans bedömning. Egentligen var det läkaren som skulle göra denna bedömning, men det skedde mestadels på distans eftersom läkaren sällan åkte ut akut till boendena. Det blev alltså ofta sjuksköterskan som, i samråd med läkaren, bedömde om en person behövde skickas in till sjukhus. En informant menade att vissa läkare ville skicka in den äldre till sjukhus direkt, medan andra hade en dialog med sjuksköterskan för att höra vad hen ansåg att de kunde hantera på boendet. När en person skrivits ut från sjukhuset till säbo var det sjuksköterskan som ansvarade för att personen fick de hälso- och sjukvårdsinsatser som ordinerats från sjukhuset. Vid behov hade sjuksköterskan en dialog med läkaren om hur hälso- och sjukvården skulle hanteras, men oftast var det sjuksköterskan som bedömde vad de klarade av att hantera på boendet.

“Egentligen är det ju läkaren som tar beslut om inskick till sjukhus, men vi kan ju egentligen göra den bedömningen också, men de kommer ju sällan hit och bedömer det men, men tillsammans kan vi i alla fall göra den bedömningen”. (Sjuksköterska 6)

“Jag tror att det där också handlar lite om hur man känner sig själv, och hur trygg känner jag mig i min yrkesroll och för.. i och med att läkarna inte är på plats ehh.. dagligen. Och så flyttar det in någon här, eller någon blir dålig och liksom det.. läkarna måste ju känna att dom.. dom måste ju kunna lita på våra bedömningar också. (Sjuksköterska 5)

Samverkan med andra parter vid ökat hälso- och sjukvårdsbehov

Även om många hälso- och sjukvårdsinsatser redan gjordes på säbo så fanns insatser som inte kunde genomföras utan stöd av ASIH eller genom inläggning på sjukhus, berättade informanterna. Insatser som nämndes var dropp och syrgas under sjuksköterskejournad, smärtlindring med smärtpumpar, cellgiftsbehandling, dropp i särskilda droppaggregat, intravenös antibiotikabehandling, röntgen, dialys och svåra sårrevideringar. En del av dessa insatser skulle kunna skötas på säbo, antingen genom att öka bemanning och kompetens, eller genom samverkan med externa vårdgivare. Många önskade att ASIH skulle fortsätta med att utföra enstaka avancerade insatser på säbo även efter pandemin, men andra lösningar diskuterades också. Ett förslag var att geriatriken skulle kunna utföra insatser på plats på säbo på samma sätt som ASIH gjort under pandemin. För att klara av provtagning och analys som kräver snabb hantering föreslogs mobila team som regionen skulle kunna tillhandahålla. Några menade att direktinläggning på geriatriken kunde vara ett bättre alternativ än att externa vårdgivare kommer till säbo. Syftet med direktinläggning skulle vara att patienten snabbt kunde bli undersökt eller få sin behandling utan att behöva gå via akuten.

“...även om man skulle höja, att det skulle finnas sjuksköterska dygnet runt på boendet som var på plats, det hade ju varit önskvärt att den medicinska kompetensen, att det skulle vara läkare och sjuksköterska dygnet runt någonstans, i alla fall sjuksköterska. Så tror jag någonstans att det är bra med ASIH för att vi kan ju verkligen, det är ett sjukhus som flyttar hem till patienten.” (ASIH 2)

”Men det vi har diskuterat nu, redan nu under pandemin, är att det här tilläggsuppdraget skulle i så fall kunna justeras, revideras i någon typ av form och införas i ordinarie uppdraget, avtalet, förfrågningsunderlaget. Och hur det ska se ut det vet vi inte, för vi måste ju utvärdera det här förstås”. (Avtalshandläggare 1)

En del avancerade insatser kommer även fortsättningsvis kräva sjukhusvård menade informanterna. Sådana situationer som nämndes var vid hjärtstopp, svåra smärtor som inte kan hanteras på plats, svårläkta sår, utredningar av olika slag, fallskador eller annat som är medicinskt komplicerat för att kunna skötas på säbo. De äldre kan också behöva skickas till sjukhuset på grund av bemanningen, om dropp ordineras till natten men ingen sjuksköterska finns på plats och kan bevaka det, behov av näringsdropp, vissa infarter eller vissa läkemedel. Säbo kan inte heller byta batterier och kontrollera pacemaker.

MAS - en underutnyttjad resurs?

MASar uttryckte på olika sätt att de ville vara med i forum för samverkan och när beslut fattas, men att de inte blev inbjudna. Ett exempel som gavs var att regionen inte kallade MAS när beslut fattas på central nivå om hälso- och sjukvård på säbo, och det fanns en undran om regionen inte vet om att MAS finns. Ett annat exempel var att när de lokala klustren som skulle hantera Coronapandemin bildades blev MAS inte inbjuden, men blev det senare efter att själv ha stött på. Det fanns en uppfattning att regionen på central nivå hade låg kunskap om hur äldreomsorgen i kommunerna fungerar. För att komma till rätta med det, ansåg MASarna att regionen borde samverka mer med MAS. De menade också att om hälso- och sjukvårdsnivån ska höjas på säbo ville de bli involverade i ett tidigt skede för att göra vården säker. MASarna samverkar i ett nätverk och här ingår både privata och kommunala MASar. MASar inom Södertörn har tagit fram gemensamma riktlinjer för sitt arbete för att kunna arbeta på ett likartat sätt.

“Jag har ju uppfattat nu under hela pandemin att inom regionen har man otroligt låg förståelse för verkligheten i säbo alltså. Ja, och det känner jag är en stor brist. Och jag tror att den, skulle den bristen kunna åtgärdas med samverkan på olika nivåer och så vidare, då skulle man komma lite närmare i alla fall, och kanske skulle tänka ett varv till innan de fattade vissa beslut och kanske tänka att okej här behöver vi input från MASarna, kommuner och privata, för att veta att vi är på rätt spår här”. (MAS 2)

Erfarenheter av samverkan med ASIH under pandemin

Ungefär hälften av informanterna från säbo hade fått stöd av ASIH under pandemin, medan övriga inte haft behov av det. Det var enstaka insatser som ASIH hade bistått med, framför allt leverans av syrgaskoncentratorer, men även enstaka smärtpumpar och infusioner. Alla som haft insatser från ASIH uppskattade det. En hälso- och sjukvårdschef uttryckte att det underlättat arbetet på säbo, sjuksköterskor sa sig var mycket nöjda med hjälpen från ASIH och en läkare menade att det hade fungerat väl och bidragit till att de boende kunnat vårdas kvar på plats. De sjuksköterskor vid ASIH som ingick bland informanterna berättade att de hade blivit väl bemötta när de kom till säbo, och de upplevde att samverkan med personalen hade fungerat väl. En läkare menade att det var enkelt att remittera till ASIH, medan en annan uttryckte att samverkan med ASIH hade varit utmanande, krångligt och tidskrävande, eftersom det var en ny insats för säbo. Kanske hade ASIH kunnat nyttjas mer reflekterade en säbo-sjuksköterska, men förklarade samtidigt att de inte var vana att jobba på det sättet. De hade velat ha mer information om vad ASIH kunde göra, hur de skulle kontaktas och vad som gällde. Även en MAS uppgav att det varit svårt att förstå vad ASIH kunde bidra med. I en kommun tog hälso- och sjukvårdschefen och ASIH-chefen fram en gemensam rutin för hur säbo-läkaren skulle kontakta ASIH och hur säbo-sjuksköterskan skulle ha kontakt med ASIH-sjuksköterskan. Uppfattningen var att rutinen hade fungerat bra.

“De har hjälpt till med dropp på jourtid, för det sätter inte vi utifrån patientsäkerheten. För vi har inte riktigt koll på droppet. Syrgasbehandlingar har de kommit ut, de har kommit ut med syrgas till oss om vi har behövt. Och vad är det mer de har gjort? (...) smärtpumpar

har de kommit ut med också. Och det har varit jätte-jättebra, att de har kunnat hjälpt till med det.” (Chef med hälso- och sjukvårdsansvar 1)

“Samarbetet var väldigt bra. Sjuksköterskor på säbo kände sig trygga genom att kunna ringa till ASIH-sjuksköterska och få stöd kring den "sjuka" patienten.” (ASIH 3)

Det beskrevs att det förekommit motstånd från vissa ASIH-enheter att ta uppdrag på säbo, eftersom ASIH hade fullt upp med sina egna patienter. Två informanter berättade att deras ordinarie ASIH inte hade kommit när de kontaktades, medan det gått lättare att få stöd av ASIH när enheten tillhörde samma organisation som säbo-läkaren. Ett säbo hade skickat in boende till sjukhus när de behövde syrgas, eftersom det var akuta behov och ASIH kunde inte komma med så kort varsel. Från ASIHS håll menade den enhet som hade haft flest uppdrag att de förberett sig och bemannat upp med mer personal för att kunna ta ett utökat uppdrag.

“...vi har försökt att hjälpa till med de här stödinsatserna för att, det har vi ju så klart gjort, men så många inskrivna patienter som vi har i våran vård nu har vi ju inte haft tidigare. Många, ja vi har kö.” (ASIH 4)

Faktorer som försvårar samverkan

Några enstaka informanter nämnde att det var en svårighet i sig att flera organisationer, kommunen och regionen, hade ansvar för hälso- och sjukvården på säbo. Ett problem som många tog upp var att olika vårdgivare hade olika journalsystem och dokumentationssystem, och att de inte hade möjlighet att läsa varandras anteckningar. Sjuksköterskorna på säbo kunde exempelvis inte själva kontrollera provsvar, utan måste ringa till läkarorganisationen. När en äldre varit på sjukhus och skrivs ut till säbo, kunde sjuksköterskorna inte läsa sig till vad som hänt på sjukhuset och inte heller få tillgång till den senaste läkemedelslistan via journalen. Fler av informanterna tog spontant upp att samverkan med sjukhuset brast vid utskrivningen.

“Alltså de här grundläggande villkoren som till exempel när man skriver ut någon från sjukhus till ett säbo, då ska det ju följa med läkemedel för tre eller fem dygn. Bara en sådan sak funkar ju i princip aldrig. Det är jättesvårt att få en epikris, jättesvårt att få ett utskrivningsmeddelande, man får, sjuksköterskan får rapport och sen visar det sig att nehej, den som dök upp var det något helt annat med. Det har de glömt att säga liksom a, b, c, d”. (MAS 2)

”Och jag tycker att det är en av de största frågorna som man behöver jobba med framöver. Att vi ser inte varandras anteckningar, och även om man tänker kommundiv, undersköterskor och sjuksköterskor har olika journalsystem, och sen har vi också ett annat system, så kontinuitet och att man vill veta, ja detaljer och så där, det går ju inte”. (Läkare 3)

Även om många uppskattade att få stöd från ASIH genom deras tilläggsuppdrag, så fanns det också svårigheter med att blanda in ytterligare en aktör. Det kunde vara svårt att veta vem som

gjort vad, och vart personalen skulle vända sig med frågor. Ibland kunde oklarheter kring arbetsfördelningen uppstå, såsom vems ansvar det var att förbereda eller avsluta en insats. Ett exempel som illustrerar detta berättades av en ASIH-sjuksköterska. Hens kollega hade åkt ut till ett säbo för att ta bort ett dropp, men droppet var redan borttaget och besöket gjordes i onödan. Säbo-sjuksköterskorna och ASIH-sjuksköterskorna behöver kommunicera kring insatserna för att det ska fungera smidigt och missförstånd undvikas. Samverkan skulle också underlättas om säbo-sjuksköterskor och ASIH-sjuksköterskor kände till varandras uppdrag bättre. Ibland undrade ASIH-sjuksköterskor varför de skulle åka till säbo och göra en insats som säbo-sjuksköterskan också hade kompetensen att göra. MAS befarade också att det kunde blir svårt att följa upp en insats som ASIH hade utfört. En informant från ASIH berättade att tilläggsuppdraget för deras del inneburit en utmaning för ekonomi, bemanning och att stötta personalen i de nya uppdragen.

“...det var liksom vem som skulle ansvara för vad, att det blev lite luddigt. För att vi kan ju de här uppgifterna också, så kommer en annan människa som ska göra det för att inte vi har tid, men vi blir ändå inblandade på något sätt”. (Sjuksköterska 6)

Diskussion

Den här rapporten ger en beskrivning av hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo i södra Stockholm, enligt personer som själva på olika sätt är involverade i hälso- och sjukvården. De beskrev en hälso- och sjukvård som fungerade relativt bra, men berättade också om svårigheter och brister som till exempel oklara uppdrag, låg bemanning och låg hälso- och sjukvårdskompetens i kommunen samt avsaknad av förbyggande arbetssätt. Resultatet pekar även på att hälso- och sjukvården på säbo, enligt informanterna, inte är jämlik; boendeformen i sig utgör en begränsning och dessutom påverkas vården av vilket säbo den äldre bor på.

Delar av det som presenteras i rapporten har även framkommit i nationella utredningar som initierats för att undersöka hur coronapandemin hanterats på säbo, se IVOs granskning och Coronakommissionens delbetänkande (IVO 2021; SOU 2020:80). Vad den här rapporten tillför är den detaljerade beskrivningen av berörda professioners erfarenhet av hur hälso- och sjukvården utförs på säbo, vilket ger en djupare inblick i säbos förutsättningar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och en möjlighet att upptäcka andra problem som inte lyfts fram i de tidigare utredningarna. I den kommande diskussionen diskuteras faktorer som vi utifrån resultatet ser är betydelsefulla för en stärkt hälso- och sjukvård på säbo.

Säbo erbjuder avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser som inte ingår i överenskommelsen med regionen

När denna studie inleddes hade vi en uppfattning att den hälso- och sjukvård som erbjöds på säbo motsvarade primärvårdsnivå jämförbar med basal hemsjukvård, och att mer avancerade insatser skulle innebära en förändring och höjning av vårdnivån. Under intervjuerna framkom dock att många av de insatser som kallas mer avancerade, eller specialiserade, redan utfördes på säbo. Informanterna berättade om flertalet olika avancerade insatser som de hanterade och beskrev att de redan överskred den vårdnivå som kommunen enligt överenskommelsen med regionen ska tillhandahålla. En fundering vi har är om en del kommuner utför mer avancerade insatser än vad de är skyldiga till, utan extra resurser för att bedriva en mer avancerad hälso- och sjukvård på säbo.

Gemensamt för de begrepp som används i avtal som styr hälso- och sjukvården på säbo, är att mer avancerad, eller specialiserad, hälso- och sjukvård inte innefattas. I överenskommelsen mellan Region Stockholm och Storsthlm (2015) används, i enlighet med HSL, begreppet primärvård för den hälso- och sjukvård som kommunerna ska erbjuda. I uppdragsbeskrivningen för läkarinsatser på säbo används formuleringen första linjens hälso- och sjukvård (Region Stockholm, 2019b). Begreppet basal hemsjukvård används också för att beskriva vilka insatser som ska erbjudas, bland annat av studiens referenspersoner liksom av flera informanter. Samtidigt som kommunernas ansvarar beskrivs ligga på primärvårdsnivå föreskriver HSL att kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till personer som bor på säbo. Ansvaret gäller dock inte läkarinsatser, utan hälso- och sjukvård upp till och med "sjuksköterskenivå".

Kanske är det här som kommunens hälso- och sjukvårdsuppdrag blir otydligt? Vad innebär egentligen primärvård? Och vad är sjuksköterskenivå?

Det tycks som att det skett en förskjutning av hälso- och sjukvården på säbo. En förändring som informanterna berättade om var att de äldres hälsotillstånd idag generellt är sämre än tidigare och att många äldre redan vid inflyttning till säbo är multisjuka och sköra, vilket även har konstaterats av bland annat Coronakommissionen (SOU 2020:80). En tänkbar förklaring till att mer avancerade insatser erbjuds på säbo är att vården har anpassats efter de boendes ökade behov, vilket är i linje med vad lagen föreskriver. För att möta de boendes ökade behov är det tänkbart, att det även skett en förskjutning i vilken kompetens som sjuksköterskorna på säbo besitter. Hälso- och sjukvård på "sjuksköterskenivå" motsvarar då inte primärvårdsnivå, utan kan innefatta mer avancerade insatser i de fall sjuksköterskan har den kompetensen. De sjuksköterskor från säbo som deltog i vår studie berättade att de hade erfarenheter från exempelvis akutvård och ASIH och hade kompetensen att exempelvis hantera smärtpumpar och tracheostomier. Hur vanligt det är att denna eller motsvarande kompetens generellt finns på säbo vet vi inte, men sjuksköterskorna själva trodde att den fanns på de flesta säbo. De ökade behoven hos de äldre, en höjd kompetens hos säbos sjuksköterskor och detta i kombination med en uppfattning om att det bästa för de äldre var att om möjligt vårdas kvar på plats, skulle kunna förklara att insatser utfördes på säbo, istället för alternativet, att skicka de äldre till sjukhuset.

Relationen mellan uppdraget och verkligheten haltar

Informanterna gav flera exempel på svårigheter som grundades i att kommunens hälso- och sjukvårdsuppdrag inte har hängtt med i hur behovet ser ut och de krav som ställs för att äldre som bor på säbo ska erbjudas en god vård och omsorg. Ett exempel handlade om att kommunerna och privata utförare så gott som alltid tog emot äldre personer som beviljats plats på säbo, oavsett hälso- och sjukvårdsbehov. Grunden enligt SoL är att kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det här kan bli ett dilemma när hälso- och sjukvårdsuppdraget enbart sträcker sig till primärvårdsnivå. En äldre person kan alltså beviljas plats på säbo utifrån SoL, men samtidigt ha behov av hälso- och sjukvård som motsvarar en högre vårdnivå än vad kommunen ska kunna tillhandahålla. Eftersom säbo inte är utformat för att erbjuda mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser, varken gällande bemanning eller utrustning, kan konsekvensen bli att insatserna anpassas efter säbos resurser, och inte efter den äldres vårdbehov. Detta dilemma påpekades också i studien.

Ett annat exempel handlade om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård till säbo. Att det fanns problem här är känt sedan tidigare (Region Stockholm & Storsthlm, 2017), och det bekräftades även av informanterna. De berättade att sjukhusets förväntningar på snabba utskrivningar inte stämde överens med säbos beredskap att ta emot personer med stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Så som uppdraget ser ut idag kan säbo behöva ordna med utrustning och personalutbildning innan de kan ta emot personen, en förutsättning som dessutom slutenvården sällan kände till.

Det är också möjligt att förväntningarna på att säbo ska kunna vårda fler boende på plats kan komma att öka i och med omställningen till God och Nära vård (SOU 2020:19). I omställningen finns en inriktning mot att fler och mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser ska utföras i hemmet, vilket bör tolkas inkludera säbo. Kommunerna i Stockholm har dock lyft risken för att säbo inte har rätt förutsättningar för att klara av boende med ännu större vårdbehov (Collijn et al., 2021).

Även om vi inte vet hur omställningen till God och Nära vård kommer att påverka kommunerna så finns det redan, utifrån den beskrivning våra informanter ger, flera skäl till att kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag behöver uppdateras. De äldres situation har förändrats, när de flyttar till säbo är många redan sköra vilket medfört att kommunens uppdrag inte överensstämmer med dagens behov av hälso- och sjukvård. Kanske är det till och med dags att, så som föreslås av Boström et al (2020), se över Ädelreformen, eftersom den utgår från förhållanden som rådde i slutet på 1980-talet och som inte stämmer med dagens situation. Förutom en anpassning till dagens behov av hälso- och sjukvård behöver uppdraget även förtydligas så att det blir enklare för kommunens vårdgivare att veta vilken hälso- och sjukvård de ska erbjuda. Samtidigt, för att inte glapp ska uppstå angående vem som har ansvaret för de äldres vård- och omsorg behöver uppdraget harmonieras med övriga vård- och omsorgsgivares uppdrag. Slutligen behöver de olika vårdgivarnas uppdrag kommuniceras till berörda vårdgivare så att förväntningarna på varandra stämmer överens med uppdragen.

Hälso- och sjukvården på säbo varierar – mellan boenden och mellan kommuner

Något som också var tydligt i vår studie, vilket även har framkommit i andra kartläggningar, granskningar och rapporter, såväl regionalt i Stockholm som nationellt (Collijn et al., 2021; IVO, 2021; Socialstyrelsen, 2021b), var att hälso- och sjukvården på säbo varierade mellan olika kommuner och boenden. Som presenterats ovan hanterades redan avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser på de säbon som vi hade kontakt med i studien. Avtalshandläggare och säbo-läkare berättade dock att det kunde variera mycket när det gällde vilka insatser olika säbon utförde. En möjlig förklaring till olikheterna, vilket också nämndes ovan, är att det inte finns något krav på att kommunerna ska erbjuda avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser. I vissa av kommunerna, där hög kompetens har funnits att tillgå, tycks hälso- och sjukvården på säbo ha anpassats till att utföra mer avancerade insatser, medan andra säbon eller kommuner hållit fast vid vad avtalet kräver och menar att mer avancerade insatser inte ingår i säbos uppdrag. Stockholmskommunerna har tidigare uttryckt att uppdraget för kommunens hälso- och sjukvård behöver förtydligas, och att de skulle vilja se en miniminivå för vilken hälso- och sjukvård som kommunen ska kunna erbjuda (Collijn et al., 2021).

Olikheter i vilken hälso- och sjukvård som erbjuds på säbo kan ha uppstått som ett resultat av hur hälso- och sjukvården i Sverige styrs. HSL innehåller övergripande mål och riktlinjer och har inte som syfte att detaljstyra verksamheterna, vilket ger det kommunala självstyret viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov (Socialstyrelsen, 2020a; HSL). Med

denna konstruktion kan det dock vara svårt att säkerställa en enhetlig och jämlik vård (Collijn et al., 2021). Ett tydligt exempel på detta, vilket tas upp av informanterna i vår studie, är variationen när det gäller bemanning och tillgänglighet. HSL (5 kap. 2 §) anger att “där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges”. Det är alltså upp till vårdgivaren att avgöra vilken bemanning som krävs för att uppnå en god vård. I överenskommelsen mellan regionen och kommunerna i Stockholm beskrivs att både läkare och sjuksköterska ska finnas *tillgängliga* och kunna träffa de boende vid hembesök samt vid akuta behov dygnet runt (Region Stockholm & Storsthlm, 2015). Sammantaget öppnar formuleringen i HSL och begreppet *tillgänglighet* upp för tolkning, och leder till att sjuksköterskebemanningen ser olika ut i Stockholmskommunerna. Enligt våra informanter verkar det vanligaste vara att sjuksköterska finns på plats på säbo vardagar under dagtid, medan någon form av jourverksamhet bemannar kvällar, nätter och helger. Tidsspannet då sjuksköterska är på plats kan variera, och utifrån både HSL och överenskommelsen är det möjligt att ha en mobil sjuksköterskeenhet dygnet runt istället för sjuksköterska på varje säbo. I IVOs granskning av äldreomsorgen under pandemin (IVO, 2021) framkom att tillgängligheten till sjuksköterska på säbo var alltför låg, trots att hänsyn till pandemin tagits - antalet sjuksköterskor var för lågt eller så var sjuksköterskans geografiska ansvarsområde för stort för att kunna genomföra bedömningar av boende på plats på säbo. En annan aspekt är att om sjuksköterskor inte finns på plats, ställer det ökade krav på undersköterskornas kompetens eftersom de då behöver göra fler, och kanske mer avancerade, bedömningar. Bedömningsförmåga har beskrivits som en av de viktigaste kompetenserna för undersköterskor (SOU 2019:20). Det kan dock vara svårt att göra adekvata bedömningar utan medicinska kunskaper (SOU 2019:20), vilket också en av de läkare vi intervjuat påpekade.

Vår studie visar att det ofta var bemanningen, framförallt av sjuksköterskor, som satte gräns för vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som var möjliga att genomföra. Många insatser, såväl basala som mer avancerade, bygger på att sjuksköterska finns på plats. En del insatser som ASIH genomfört på säbo under pandemin, exempelvis kopplat dropp, har inte krävt specialistkunskaper utan enbart byggt på att många boenden inte har sjuksköterska på plats dygnet runt. Så länge kravet på bemanning är så pass vagt beskrivet som idag, och kommunerna själva tar beslut utifrån sin egen tolkning, torde det vara svårt att kunna erbjuda samma hälso- och sjukvårdsinsatser och därmed uppnå en jämlik vård på säbo.

Samverkan är en del av god hälso- och sjukvård

Ett sätt att skapa större utrymme för hälso- och sjukvårdsfrågor kan vara att se till att det finns personer med hälso- och sjukvårdskompetens på ledande positioner inom kommunen (Boström et al., 2020), vilket även togs upp av informanterna i vår studie. I den här rapporten vill vi bidra med ännu ett perspektiv – behovet av att utveckla samverkan mellan aktörer och att det behöver ske på alla nivåer, både lokalt på det särskilda boendet och på strategisk nivå. Samverkan är en central del i god hälso- och sjukvård på säbo. Dels delas ansvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunen och regionen, vilket fått Coronakommissionen att särskilt trycka på behovet av en fungerande samordning och samverkan mellan kommun och region (SOU 2020:80).

Förutom detta, handlar det dessutom om att det är många personer som behöver samverka och samarbeta för att hälso- och sjukvården ska fungera.

För informanterna var samverkan och samarbete en självklar del i hälso- och sjukvården. I vardagsarbetet internt inom kommunen samarbetade sjuksköterskor med omsorgspersonalen i arbetet med de äldre och med chefer och MAS i övergripande frågor. Till vardagsarbetet hörde också sjuksköterskornas samarbete med läkare i läkarorganisationen i medicinska frågor kring de äldre, de samarbetade vid veckans rond och sjuksköterskan kunde dessutom ringa läkaren eller en jourläkare övrig tid. Sjuksköterskor berättade också att de ibland samarbetade med slutenvården för att kunna genomföra en direktinläggning av en äldre som behövde sjukhusvård så att hen skulle slippa åka in via akuten. När äldre personer skrivs ut från sjukhus till säbo samordnade säbo-sjuksköterskorna detta med sjukhusets sjuksköterskor. I de fall en patient med speciella vårdbehov skulle flytta till säbo deltog också MAS ofta i diskussionen, och ibland konsulterades även säbo-läkaren. I särskilda fall kunde avtalshandläggare bli involverade innan en lösning fanns för personer med särskilda hälso- och sjukvårdsbehov. MAS hade även samverkansmöten med representanter för sjukhuset om gemensamma övergripande frågor, liksom med läkarorganisationerna. Under pandemin hade en ny samverkan blivit möjlig. Som vi beskrivit tidigare fick ASIH ett utvidgat uppdrag och kunde nu via remissförfarande stötta säbo genom att komma ut och ge patienter hälso- och sjukvårdsinsatser på plats (Region Stockholm, 2021b). Ovanstående beskrivning visar exempel på hur många möten, mellan personer med olika professioner, från olika enheter, verksamheter och huvudmän, som ständigt pågår och som är nödvändiga för att hälso- och sjukvården på säbo ska fungera. I beskrivningen har vi orden samordning, samverkan och samarbete för att beskriva hur aktörerna arbetar tillsammans. Det finns dock inga helt enhetliga definitioner av begreppen och ibland används de som synonymer (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013), och fortsättningsvis vi valt att använda "samverkan" som samlingsbegrepp.

Det är inte ovanligt att det dyker upp problem när människor ska samverka. Även i denna studie gavs exempel på sådant som inte fungerade optimalt. Till exempel beskrevs att socialtjänsten och hälso- och sjukvården på säbo var organiserade i stuprör och att det påverkade hur hälso- och sjukvårdsfrågor togs omhand. Ett annat exempel var när ASIH kom till säbo för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på remiss. Dessa insatser uppskattades av de informanter som hade erfarenhet av detta, men samtidigt påtalades informationsmissar och oklarheter i ansvarsfrågan. Exempelvis var det oklart vem som hade ansvar för att ta bort ett dropp och vem som skulle följa upp insatserna. Ytterligare ett problem var att aktörer i olika organisationer använde olika journalsystem och därför inte kunde hämta information om de gemensamma patienterna på ett smidigt sätt. Dessa problem är exempel på strukturella faktorer som kan utgöra hinder i samverkan, utifrån att organisationer styrs av olika lagar, uppdrag och avtal, och har olika administrativa system (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Bristen på tid, exempelvis att läkare ansågs ha ansvar för alltför många patienter för att hinna med sitt uppdrag, är också ett strukturellt hinder då det är avtal som styr och en resursfråga.

I studien fanns också exempel på det som brukar kallas för kulturella hinder, det vill säga att människor inte förstår varandra utifrån olika utbildningsbakgrund, olika värderingar och attityder, och olika sätt att uppfatta vad som är ett problem (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Informanterna som var anställda i kommunen uttryckte att de saknade förståelse för sina frågor i en miljö som de upplevde dominerades av socialtjänsten, både på säbo och på strategisk ledningsnivå. Detta kan beskrivas som en kulturfråga men det kan också handla om vem som har tolkningsföreträde och som sätter agendan, vilket kan ses som en fråga om makt. Danemark (2004) beskriver samverkan som en relation mellan människor där makt finns med som en ständigt närvarande, men ofta omedveten, egenskap. Relationen påverkas av en rad omgivningsfaktorer som lagstiftning, professionens status, kunskap i sakområdet, ställning i hierarkin och kön, det vill säga en blandning av det vi ovan kallade strukturella och kulturella faktorer. Danemark (2004) beskriver att vi förstår verkligheten på ett sätt som vi skapat i samförstånd med andra grupper, så kallade "sociala representationer". I vår studie var det representanter för hälso- och sjukvården som tyckte att de tilldelades en underordnad roll. I andra sammanhang är det dock vanligt att det är medarbetare inom socialtjänsten som upplever att hälso- och sjukvården tar en överordnad roll och som inte förstår hur socialtjänsten fungerar (Glaser & Suter, 2016; Dunér & Wolmesjö, 2015).

Samverkan mellan aktörer är nödvändig. En ensam aktör kan inte ge äldre som bor på säbo både ett hemlikt boende, god omsorg och hälso- och sjukvård av god kvalitet. Men, som vi beskrivit ovan fanns hinder som behöver överbryggas för att aktörernas olika kompetenser ska komma till sin rätt. Det är här vi tror att det finns en stor potential för att stärka hälso- och sjukvården på säbo. Genom att strukturerat arbeta med att utveckla och stärka olika samarbetsformer kan det bli förbättringar för de boende. Det finns gott om litteratur som beskriver faktorer som gynnar utveckling av samverkan. Matscheck & Axelsson (2013) lyfter fram att skriftliga överenskommelser för samverkan är viktiga, men att det också behövs arenor där människor möts, och det behövs både på strategisk nivå och i det patient/kundnära arbetet. Bihari Axelsson & Axelsson (2009) beskriver att aktörer som träffas och arbetar tillsammans kan, om man ger sig tid, upptäcka varandras olika roller och se att de kompletterar varandra. Att släppa på revirtänkande, vara öppen för andras perspektiv, lära känna varandras kompetenser är exempel på faktorer som kan skapa bättre förutsättningarna för samverkan (Widmark et al., 2011; Lette et al., 2020). Genom att reflektera över maktförhållanden i de processer som sker och samtidigt undvika att se makt som något personligt utan snarare något i kontexten, kan man få syn på vad som påverkar samverkan och om det är något som behöver förändras (Danemark, 2004). För att teamet ska fungera optimalt i det nära arbetet kring den äldre är det viktigt att bejaka teamdeltagarnas olika kompetenser och att alla känner sig välkomna att bidra med sina erfarenheter (Nyholm & Johansson, 2020). En insikt är dock att det tar tid att skapa en gemensam grund för samverkan och en samverkanskultur (Andersson et al., 2011). Något som inte togs upp av informanterna i vår studie, men ändå är värt att notera är att sjuksköterskor ibland hyrs in från bemanningsföretag. För äldre personer är det en trygghet att möta samma personal, som har god kunskap om deras behov (SKR, 2019). Inhyrd personal kan påverka patientsäkerheten, eftersom risken för fel ökar när det ständigt kommer in nya medarbetare. Egna medarbetare som samverkar i en sammanhållen arbetsgrupp är gynnsamt för patientsäkerheten, arbetsmiljön och möjligheterna att utveckla verksamheten (SKR, 2019).

Brist på förebyggandeperspektiv och hälsofrämjande insatser

Hälso- och sjukvården ska i enlighet med HSL arbeta förebyggande och hälsofrämjande, och det gäller för alla medborgare oavsett ålder. Det hälsofrämjande perspektivet lyfts även i de svenska folkhälsomålen (Folkhälsomyndigheten, 2020), omställningen till God och Nära vård (SOU 2020:19) samt i utredningen Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47). Initiativ som “Balansera mera” (Socialstyrelsen, 2019b), “Nollvisionen för undernäring hos äldre” (Livsmedelsakademin, 2019) och Socialstyrelsens webb-utbildningar “Ett fall för teamet” (2017) samt “Ett gott liv - hälsosamma levnadsvanor för äldre” (2021c) är exempel på satsningar för att bidra till ett hälsosamt åldrande. Ett annat är “The Older Person’s Exercise and Nutrition Study” (OPEN-studien) (Grönstedt et al., 2020) som undersökte om sit-to-stand övningar (uppresning från sittande till stående) kombinerat med proteinrika kosttillskott kunde ha effekt på bland annat fysisk funktion, nutritionsstatus, kroppssammansättning och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre personer på säbo. Intervjuer med deltagare i OPEN-studien (Vikström et al., 2020) visade att konceptet uppskattades, de peppade sig själva och varandra under övningarna, och märkte efterhand att de blev starkare. Vikström et al (2020) drar utifrån intervjuerna slutsatsen att denna typ av hälsofrämjandekoncept kan bidra till en mer meningsfull dag för äldre personer på säbo, även för sköra boende som närmar sig livets slut. Att olika former av träning kan minska risken för fall hos äldre personer är känt sedan tidigare (Sherrington et al., 2020; SBU, 2014) och ett systematiskt förebyggande arbetssätt kan minska risken för bland annat undernäring, trycksår och fall, och öka livskvaliteten för den äldre personen (SKR, 2020; Socialstyrelsen, 2020c; SBU, 2014; Senior alert, 2021).

Den beskrivning vi fått av hur hälso- och sjukvård utförs på säbo visar att det ofta saknas ett proaktivt synsätt. Utifrån informanternas berättelser tolkar vi det som att tiden knappt räckte till för att hantera de mer akuta insatserna. Att dessutom hinna med ett hälsofrämjande arbetssätt tycktes därmed inte möjligt. Som nämnts tidigare behöver personer som bor på säbo, på grund av sjukdom och olika funktionsnedsättningar, hjälp och stöd i sin vardag. Inte minns när det gäller insatser och aktiviteter som syftar till att bibehålla, eller förbättra, sina funktioner. Gusdal et al. (2021) fann i en studie baserad på data från kvalitetsregistret Senior alert att av 5919 boende på säbo/demensboende hade 77% risk för fall och 59% risk för undernäring. Knappt hälften, 49%, hade risk för både undernäring och fall, och det fanns en signifikant positiv korrelation mellan risken att falla och risken för undernäring. Majoriteten hade planerade åtgärder kopplade till den identifierade risken, men studien visade att knappt hälften av dessa åtgärder (44–45%) dokumenterats som genomförda. Författarna lyfter att de åtgärder som satts in minst av allt i fallpreventivt syfte var de som har störst evidens bakom sig: balans-, muskelfunktions- och styrketräning (Gusdal et al., 2021). En möjlig orsak kan vara att denna typ av insatser kräver en annan kompetens än vad omsorgspersonalen har. Tidigare studier har visat att arbetsterapeuters och fysioterapeuters roller är otydliga på säbo, och att de har svårt att hinna med att arbeta förebyggande eftersom administrativa uppgifter tar upp mycket tid och akuta insatser behöver prioriteras (Socialstyrelsen, 2003; Nyholm & Johansson, 2020; Fysioterapi, 2021; Mahrs Träff et al. 2018a; Mahrs Träff 2018b). Att genomföra behandling och träning med boende kan därför vara svårt att hinna med, likaså att stödja och handleda omsorgspersonal (Mahrs Träff et al. 2018a). Några informanter i vår studie nämnde att rehabilitering på säbo behövde stärkas, och

att fler arbetsterapeuter och fysioterapeuter borde finnas på säbo. Att dietist och kurator skulle behövas i teamet på säbo lyfte en av läkarna som vi intervjuade. Dietister finns bara anställda i ett fåtal kommuner, och ibland köps dietistkompetens av regionerna (SOU 2021:52). Inom Nestors ägarområde kan vi se detta, då två av tio kommuner har dietist anställd.

Den regionala överenskommelsen mellan regionen och kommunerna i Stockholm (Region Stockholm & Storsthlm, 2015) anger att både läkare och hälso- och sjukvårdspersonal på säbo ska ha ett förebyggande arbetssätt, vilket också framgår i hälso- och sjukvårdsförvaltningens beskrivning av läkarorganisationernas uppdrag (Region Stockholm, 2019b). Under pandemin har diskussionen kring läkarens roll på säbo främst gällt om kommunerna ska anställa läkare i sin organisation, eller om uppdraget även fortsättningsvis ska ligga på regionen. Informanterna i vår studie fäste ingen större vikt vid om läkare är anställd i kommun eller region, utan fokuserade på att läkaren behövde mer tid på säbo. Att som säbo-läkare hinna "ronda", göra hembesök, ta akuta ärenden, ha kontakt med anhöriga och samtidigt arbeta med förebyggande insatser verkade, baserat på våra intervjuer, vara mycket svårt att få ihop. I enkätundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020?" (Socialstyrelsen, 2020d) ansåg 12% av respondenterna som bodde på säbo att det var mycket lätt att få träffa läkare vid behov, medan 41% ansåg att det var ganska lätt. Värt att notera är att personer som skattade sitt eget hälsotillstånd som mycket gott eller ganska gott i högre utsträckning svarade att de hade lätt eller ganska lätt att få träffa läkare, jämför med de med sämre hälsa. Det var också stor skillnad mellan olika kommuner, i den kommun där flest ansåg att det var mycket eller ganska lätt att få träffa läkare var resultatet 86%. I kommunen med lägst andel positiva svar var resultatet 17%.

Säbo – en plats att dö på

Samtidigt som det är angeläget att diskutera äldres rätt till god och jämlik hälso- och sjukvård på säbo och tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser, är det viktigt att påminnas om att säbo också är en plats där många äldre dör och att döden är en naturlig del av livet. Som en MAS i vår studie uttryckte det, de allra flesta som kommer till säbo, de kommer också att dö hos oss. Minst en person i varje informantkategori tog upp någon aspekt av detta. En vanlig synpunkt var att det inte alltid var det bästa för en äldre skör person att sätta in livsuppehållande insatser. Istället kunde det vara rätt och mer värdigt att avstå från sådan vård. Det sades också att det är viktigt att samtala med de äldre själva och göra dem delaktiga i besluten om vilken vård de vill ha om deras hälsa sviktar. I sammanhanget kan nämnas en studie från Stockholm som fann att en tredjedel av de nyinflyttade på säbo avled inom ett halvår år 2012 och att medianvårdtiden på säbo för samma år var 595 dagar (Schön et al., 2016). Studien visade också på att andelen äldre som avled kort tid efter inflytt hade ökat kraftig i jämförelse med hur situationen var sex år tidigare. På riksnivå är tiden de äldre bor på säbo något längre. Åren 2013 till 2018 uppgavs att en femtedel av de nyinflyttade avled inom ett halvår och medianvårdtiden år 2018 var 720 dagar, det vill säga nästan 2 år (Socialstyrelsen, 2020e). Sammantaget visar detta att en del äldre bor länge på säbo, medan andra avlider efter en kort tid.

Det sätt som många informanter pratade om de äldre, att livsuppehållande behandling inte alltid var det bästa och behovet av att samtala med de äldre om deras framtida vård liknar ett palliativt

förhållningssätt. Definitionen för det är enligt Socialstyrelsen ”förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut” (Socialstyrelsens termbank). Det kan kännas främmande att säga att många äldre som bor på säbo skulle få palliativ vård. Det är ett begrepp som många förknippar med brytpunktssamtal och den vård som ges de sista dagarna i en persons liv (Beck, 2013; Bergdahl & Henriksen, 2014). Vården de sista dagarna ingår förstås i begreppet, men palliativ vård kan också vara lämplig i en tidig fas, som är längre (Socialstyrelsen, 2011a). Stöd för det här synsättet finns i det nyligen uppdaterade nationella vårdprogrammet för palliativ vård (RCC, 2021). I vårdprogrammet finns ett nyinsatt avsnitt om vård för äldre sköra personer som bor på säbo. Här kan man läsa att palliativ vård ofta är lämpligt även när det inte går att sätta en exakt gräns för livsuppehållande insatser, vilket är fallet för många äldre multisjuka som bor på säbo. Här beskrivs också att ett palliativt förhållningssätt inte utesluter behandling som syftar till att förlänga livet eller att åtgärda akuta tillstånd, men att det däremot behövs en avvägning om fördelar och nackdelar innan eventuella behandlingar sätts in (RCC, 2021). Omsorgspersonal som deltog i ett utvecklingsprogram om palliativ vård förändrade sin syn på begreppet. Efter interventionen menade deltagarna att ett palliativt förhållningssätt var användbart i den dagliga vården och omsorgen i arbetet med äldre som bor på säbo, men att det kunde finnas organisatoriska hinder för arbetssättet (Beck, 2013).

Det är läkaren som fattar beslut om att avstå från livsuppehållande behandling, eller att rekommendera det, men det kan vara ett mycket svårt beslut att ta. En gemensam uppfattning i studien, vilket också är i linje med HSL och Patientlag (2014:821), var att det är den äldres egna önskemål om vård vid livets slut som ska vara vägledande. Några lyfte svårigheten att anhöriga kunde vilja sätta in mer aktiv behandling, men att det ska vara individen själv som, om möjligt, ska bestämma över sitt liv. Det fanns en uppfattning att det blivit svårare för läkare att rekommendera att avstå livsuppehållande behandling. Detta skulle delvis kunna vara en följd av coronapandemin och den debatt som uppstod kring att äldre på säbo undanhölls hälso- och sjukvårdsinsatser (Scheibling et al., 2020). Sjuksköterskor berättade att det är särskilt vanligt att jourläkare skickade in de äldre till sjukhus. Om det var känt att den äldre hellre ville stanna på säbo så kunde sjuksköterskan argumentera för det i samtalen med jourläkaren och försöka göra något för den äldre så att de kunde vänta tills den ordinarie läkaren fanns tillgänglig.

I vår studie nämndes att samtal om livets slut behöver föras med de äldre. Sådana samtal förekom, men hur ofta det skedde kan vi inte besvara i den här studien. Ett intryck var emellertid att det inte fanns någon rutin för att föra dessa samtal, åtminstone inte på kontinuerlig basis, förutom att frågan ställdes vid inflyttning och, om möjligt, när den äldre blev akut sämre. För läkares del tycktes det stora problemet vara att det var svårt att få tid för dessa samtal eftersom de trängdes undan av akuta arbetsuppgifter. Att kunna ha samtal i lugn och ro innan det blev ett akut läge, med både de äldre och anhöriga, menade en läkare skulle underlätta vid framtida beslut om vård och skapa trygghet för patienter och anhöriga. Läkarnas tid med de äldre på säbo är begränsad, vilket även har påpekats av Socialstyrelsen. År 2011 beräknades mediantiden för de äldres läkarkontakt till 5 minuter per person och vecka (Socialstyrelsen, 2011b). Några år senare konstaterades att mellan åren 2006–2017 minskade antalet

specialistläkare i geriatrik per 100 000 invånare som var 70 år, och att det berodde dels på att antalet äldre personer har ökat men också att antalet utbildade specialistläkare inte har ökat i samma takt (Socialstyrelsen, 2020e).

Att samtala och dokumentera önskemål om livets slut, kallas i den engelskspråkiga litteraturen för Advance Care Planning eller ”ACP”. Forskning där ACP genomförts visar att samtalen kan leda till minskad risk för överbehandling och att den vård som ges bättre överensstämmer med personens önskemål, liksom att patienter och anhöriga känner sig nöjdare (Tulsky et al., 2017; Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014). Goodman et al (2013) visade att samtal om livets slut även kunde föras med personer med demenssjukdom. Tulsky et al (2017) lyfte fram att personal inom socialtjänst och sjukvård kan behöva hjälpa personer att samtala om livets slut och att dokumentera deras önskemål. Brittiska National Institute for Health and Care Excellence ger råd om ACP på sin hemsida och riktar sig här till chefer och personal på vårdhem och i hemtjänst (NICE, 2020). Det kan dock kännas svårt att ta initiativ till att tala om den sista tiden i livet, det är en kompetens som kan behöva tränas. En svensk forskargrupp, som kallar sig ”DöBra”, undersöker och utvecklar hur vi kan närma oss frågor om döende, död och sorg. Gruppen har bland annat översatt och anpassat ett amerikanskt reflektionsverktyg i form av en kortlek, som kan användas för reflektion kring livets slut (DöBra, 2021; Eneslätt, 2021). I ett utvecklingsarbete tillsammans med personal från säbo användes kortleken för egen reflektion vilket, enligt deltagarna själva, ledde till att de blivit mer bekväma med att samtala om livets slut och de ansåg också att det skulle kunna ingå i deras arbetsuppgifter (Johansson et al., 2021). I en senare studie använde personalen kortleken tillsammans med äldre och anhöriga på säbo. Deltagarna berättade att samtalen gjorde att de lärde känna de äldre och de anhöriga bättre och att de kände sig mer säkra på att de gav god vård i livets slut (Johansson, muntlig presentation våren 2021).

Det vi vill uppmärksamma i det här avsnittet är vikten av att skapa möjligheter för samtal om livets slut tillsammans med de äldre och att det kan vara en uppgift för både läkare, sjuksköterskor och omsorgspersonal. Samtalen är förstås viktiga för personen själv men kan också ge stöd och skapa trygghet för både läkare, sjuksköterska, omsorgspersonal och anhöriga när beslut om den äldres behandling ska fattas. Det gäller särskilt om det handlar om att avstå livsuppehållande behandling, att sätta in livsuppehållande behandling är oftast mindre laddat.

Coronapandemin har synliggjort kända problem på säbo

Coronakommissionen, som regeringen tillsatte 30 juni 2020 för att utvärdera de åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av covid-19, kom med ett första delbetänkande december 2020 (SOU 2020:80). Deluppdraget innefattade att granska hur Coronapandemin hade hanterats inom äldreomsorgen under den första och andra vågen av smittspridningen. Kommissionen slog fast att strategin att skydda de äldre från smittan hade misslyckats. Under första vågen saknades både skyddsutrustning, rutiner och kunskap om hur smittan skulle hindras. Dock, trots att detta fanns på plats när andra vågen kom, så avled nästan lika många äldre på särskilda boenden som under första vågen (Kolk et al., 2021). Kommissionens delbetänkande kom till

många om mycket att handla om kvalitetsbrister i äldreomsorgen, brister som i och för sig var kända men som under pandemin blev än mer tydliga.

Kommissionen gav i delbetänkandet ett antal råd om åtgärder för att stärka hälso- och sjukvården på säbo, se ruta 3 nedan. Flera av dessa råd riktas mot problem som också påtalades i vår studie. Det gäller framför allt råd 1, 5, 6 och 8, det vill säga råd om tillräcklig bemanning, höjd medicinsk kompetens, sjuksköterskenärvaro samt tillgång till nödvändig medicinsk utrustning.

Ett problem som framkom i vår studie men som saknades i kommissionens betänkande, vilket kan förklaras av att deras uppdrag gällde att undersöka åtgärder vid ett akut försämrat hälsotillstånd, är bristen på förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt på säbo. Att hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande, och att det gäller för alla medborgare oavsett ålder, föreskrivs i HSL (2017:30) och ingår även i de svenska folkhälsomålen (Folkhälsomyndigheten, 2020) liksom i omställningen till God Nära vård (SOU 2020:19).

1. Regering och riksdag bör se över vad som är tillräcklig bemanning på särskilda boenden,
2. Arbetsgivarna behöver se över enhetschefernas förutsättningar, inte minst vad gäller antal medarbetare,
3. Arbetsgivarna måste förbättra anställningsvillkoren för omsorgspersonalen och kraftigt minska antalet timanställda,
4. Kommunerna behöver genomföra språkutbildningsinsatser,
5. Den medicinska kompetensen behöver höjas för alla yrkeskategorier,
6. Sjuksköterskekompetensen behöver som regel finnas på alla särskilda boenden, dygnet runt alla veckans dagar,
7. Kommunen bör ges möjlighet att anställa läkare för hemsjukvården och särskilt boende på samma sätt som skolhälsovården, och
8. Det ska finnas tillgång till nödvändig medicinsk utrustning på särskilt boende.

Ruta 3: Coronakommissionens råd om åtgärder för att stärka hälso- och sjukvården på säbo (Thorslund och Wänell 2021).

Metoddiskussion

Oavsett en studies upplägg finns styrkor och svagheter som behöver beaktas. En styrka i denna studie är den kvalitativa undersökande ansatsen där data samlades in i intervjuer med personer som själva arbetar med hälso- och sjukvård på säbo. Informanterna har berättat om sina erfarenheter och reflektioner, vilket ger ett inifrånperspektiv när frågan belyses. Samtidigt representerar informanterna olika yrkeskategorier och funktioner, och har därmed bidragit med olika erfarenheter vilket har breddat perspektivet i resultatredovisningen. Vi är medvetna om att det finns många fler grupper av personer som berörs av hälso- och sjukvården på säbo som inte har kommit till tals i studien. Framför allt saknas synpunkter från de äldre själva och deras anhöriga. För att ta in fler perspektiv planerar vi en uppföljande intervjustudie där äldre som bor på säbo och deras anhöriga kommer att tillfrågas om deltagande. Andra grupper som också ska inkluderas i den kommande studien är undersköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister som arbetar på säbo samt säbo-chefer utan ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal.

Eftersom data bygger på berättelser som är förankrade i en specifik situation är generaliserbarheten begränsad. Huruvida resultaten är överförbara till andra liknande förhållanden är upp till läsaren att bedöma. För att hjälpa läsaren i sin bedömning har vi beskrivit bakgrund, metod och analys så att läsaren själv kan bilda sig en uppfattning om hur resultaten kommit fram och i vilka andra situationer som resultatet kan vara tillämbart.

Alla informanternas synpunkter har beaktats och ingått i analysen. Analysarbetet har varit systematiskt och noggrant med inriktningen att så sant som möjligt spegla informanternas berättelser i resultatet. Kategorierna och temat har skapats utifrån informanternas berättelser, det vill säga genererats induktivt. En svaghet i studien kan ses i antal informanter och i vilka som rekryterats till studien. Vi har inte haft som målsättning att fortsätta rekrytera informanter tills mättnad uppnåddes i analysen. Istället hade vi som strategi att rekrytera personer med olika perspektiv och fick därför av praktiska skäl begränsa antalet personer som intervjuades inom varje yrkeskategori eller funktion. Frågeställningen är komplex och hade fler informanter inkluderats hade förmodligen ytterligare synpunkter framkommit. Dock, eftersom urvalet av informanter baseras på personer med god kännedom om det vi ville undersöka kan ett mindre antal informanter ändå ge tillräcklig information till studien (Malterud et al., 2016). Eftersom samtliga säbo-sjuksköterskor berättade att de utförde en rad olika mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser, medan andra informanter berättade att det varierade mycket mellan säbon vilka insatser som utfördes, tyder det på att de sjuksköterskor som deltog i studien utgjordes av en grupp av mycket erfarna sjuksköterskor. Det kan bero på att det var de som kände sig säkra i sin roll som valde att delta i studien eller att det var de mer erfarna som chefen valde att tillfråga om deltagande. Rekryteringen skedde nämligen via cheferna eftersom vi inte hade kontaktuppgifter till sjuksköterskorna och inte kunde skicka förfrågan om deltagande direkt till dem. En annan möjlighet, som är vanlig i enkäter men också i intervjuer, är att informanten själv vill framstå som ”duktig” eller säga det som är socialt accepterat (van de Mortel T.F, 2008). Vi har försökt överbrygga det genom att be informanterna att utgå från sina egna erfarenheter och ge exempel. Det är dock tänkbart att informanterna hellre gav goda exempel och var mindre benägna att berätta om det som var mindre lyckat, kanske särskilt eftersom coronapandemin hade satt fokus på äldreomsorgen och bristande hälso- och sjukvård. Denna önskan kan ha funnits hos alla informanter när de berättar om erfarenheter där de själva spelat en avgörande roll.

Slutligen

Den här intervjustudien ger en fördjupad beskrivning av hur hälso- och sjukvården bedrivs på säbo i södra Stockholm. Samtidigt som informanterna menade att hälso- och sjukvården fungerade ganska bra, lyftes problem och svårigheter, både i vardagen och på ledningsnivå, och förslag på vad som skulle behöva förändras för att stärka hälso- och sjukvården på säbo. Mycket bekräftar den bild som tidigare undersökningar pekat på, som att hälso- och sjukvårdsinsatser anpassas efter verksamheten snarare än vad som är bäst för den äldre, och att det är otidligt vilken typ av hälso- och sjukvård som kommunerna ska kunna erbjuda på säbo. Här ses motstridigheter, att å ena sidan beskrivs kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag som primärvård, men å andra sidan förväntas hälso- och sjukvården på säbo anpassas efter de äldres

behov – vilket kan innebära mer avancerade insatser. Även om informanterna ansåg att det alltid ska finnas möjlighet att vårdas på sjukhus, så fanns en samstämmig bild av att det oftast var bättre för den äldre att få stanna kvar i det egna hemmet på sitt boende. En utökad bemanning, framförallt av sjuksköterskor och läkare, samt tillgång till mer medicinteknisk utrustning, skulle kunna öppna upp för fler och mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser på säbo. Att kunna remittera till ASIH även efter coronapandemin sågs också som en del av lösningen. Samtidigt som det är viktigt att erbjuda vård, menade informanterna att det kan vara lika viktigt att avstå livsuppehållande behandling när det bedöms mer värdigt för den äldre, och att det behövs möjlighet för samtal med de äldre och anhöriga om hur de vill ha det den sista tiden i livet. Detta leder oss återigen in på frågan om bemanning av sjuksköterskor, men även omsorgspersonal. Vem hinner ta dessa samtal idag? Så som vi uppfattat informanternas berättelser prioriteras, av naturliga skäl, den hälso- och sjukvård som är mest akut. Sådant som kan vänta, till exempel samtal med den äldre och anhöriga eller förebyggande insatser, hamnar således i skymundan. I kombination med att tillgången till läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister är begränsad, ser vi svårigheter med att hinna med hälso- och sjukvårdsinsatser som syftar till att bibehålla och förbättra hälsan hos de äldre på säbo.

Med denna studie hoppas vi kunna bidra med en ökad förståelse för den komplexa verksamhet som säbo är, men också uppmärksamma frågan om rätten till jämlik hälso- och sjukvård, oavsett boendeform och hemort.

Referenser

- Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11:e137.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013). Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (red.), *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Bihari Axelsson, S. & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership, *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320–30.
- Beck, I. (2013). Att fokusera på "varandet" i en värld av görande. Stöd till personalen i ett palliativt förhållningssätt vid vård- och omsorgsboende för äldre. Avhandling. Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet.
- Bergdahl, E. & Henriksen, E. (2014). Palliativ vård i särskilt boende, PVIS – en satsning på utbildning av personal inom kommunal äldreomsorg. Vad hände sen? FoU nu, Rapport 2014:01
- Boström, A.-M., Marmstål Hammar, L. & Swall A. (2020). Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv. <https://mdh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1537730/FULLTEXT01.pdf> [Hämtad 2021-10-01]
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A. C. & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000-25.
- Collijn, S., Mannerheim, C. & Zhou, L. God och nära vård (2021). Kartläggning av Stockholmskommunernas syn på omställningsarbetet. PwC (PricewaterhouseCoopers i Sverige AB).
- Danerman, B. (2004). Samverkan – en fråga om makt. WS Bookwell, Finland
- Dunér, A. & Wolmesjö, M. (2015). Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective. *European Journal of Social Work*, 18(3), 354-69.
- DöBra (2021). <https://www.xn--dbra-5qa.se/> och <https://www.xn--dbra-5qa.se/dobra-verktygslada/dobra-kortleken/> [Hämtad 2021-07-08]
- Eneslätt, Malin (2021). Dösnack. Metoder och verktyg för samtal om döende, död och framtida vård i livets slutskede. Avhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Folkhälsomyndigheten (2020). På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Artikelnummer: 20121. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dfffcb3a5e67/stodstruktur-god-jamlik-halsa.pdf> [Hämtad 2021-07-08]
- Fysioterapi (2021). Trots ljusning består bristerna i kommunal rehab. <https://fysioterapi.se/trots-ljusning-bestar-bristerna-i-kommunal-rehab/> [Hämtad 2021-07-12]
- Fysioterapeuterna (2021). Fysioterapeut – nytt namn på yrket sjukgymnast sedan 2014. <https://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Om-professionen/Fysioterapeut--ny-skyddad-yrkestitel-for-sjukgymnaster/> [Hämtad 2021-10-18]

- Glaser, B. & Suter, E. (2016). Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 55(5), 395–408.
- Goodman C, Amador S, Elmore N, Machen I & Mathie E (2013). Preferences and priorities for ongoing and end-of-life care: a qualitative study of older people with dementia resident in care homes. *International Journal of Nursing Studies*. 50(12), 1639-47.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-12.
- 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.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9), 1277-88.
- IVO, Inspektionen för vård och omsorg (2020). Fakta om ansvarsfördelning särskilda boenden för äldre. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/tillsyn/nationell-tillsyn-av-aldreomsorg/201209-ansvarsfordelning-sarskilda-boenden-for-aldre.pdf> [Hämtad 2021-07-08]
- 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-var-d-och-behandling-pa-sabo-saknas-och-leder-till-brister/> [Hämtad 2021-07-08]
- Johansson, T., Tishelman, C., Cohen, J., Eriksson, L.E. & Goliath, I. (2021). Continuums of Change in a Competence Building Initiative Addressing End-of-Life Communication in Swedish Elder Care. *Qualitative Health Research*, May 13:10497323211012986.
- Kolk, M., Drefahl, S., Wallace, M. & Andersson, G. (2021). Överdödlighet och dödlighet i covid-19 i Sverige under 2020. Rapport från Institutet för framtidsstudier, Stockholm.
- Livsmedelsakademien (2019). Nollvisionen för undernäring hos äldre. <https://www.nollundernaring.se/> [Hämtad 2021-10-08].
- Lette, M., Boorsma, M., Lemmens, L., Stoop, A., Nijpels, G., Baan, C. et al (2020). Unknown makes unloved – A case study on improving integrated health and social care in the Netherlands using a participatory approach. *Health and Social Care in the community*, 20(2), 670-80.
- Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora, A.D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-60.
- Mahrs Träff, A., & Cedersund, E., & Abramsson, M. (2018a). Fysisk aktivitet för äldre på särskilda boenden: Om inställningar och handlande i svensk äldreomsorg. *Tidsskrift för omsorgsforskning*. 02(4), 165-76.
- Mahrs-Träff, A. (2018b). Fysisk aktivitet – att röra sig och må väl. Villkor och dilemman för äldres fysiska aktivitet: En observations- och intervjustudie (PhD dissertation, Linköping University Electronic Press).

- Matscheck, D., & Axelsson, R. (2013). Arenas for contact. A study of local collaboration in mental health. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16(2), 93-113.
- NICE, National Institute for health and care experience. (2021). Advanced Care Planning. <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/advance-care-planning> [Hämtad 2021-08-23]
- 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. ISBN: 978-91-85347-35-3.
- RCC, Regionala Cancercentrum i samverkan (2021). Palliativ vård. Nationellt vårdprogram 2021-05-27 Version: 3.1.
- Regeringen (2020a). Kommittédirektiv En äldreomsorgslag. Dir. 2020:142.
- Regeringen (2020b). Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en Primärvårdsreform. Proposition 2019/20:164.
- 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 & Storsthlm (2017). Uppföljning av sammanhållen överenskommelse av vård och omsorg för äldre.
- Region Stockholm (2018). Vårdgivarguiden: <https://vardgivarguiden.se/avtal/vardavtal/avtal-wardval-lov/lov-wardval-stockholm/lakarinsatser-i-sarskilda-boenden-for-aldre/valja-lakare-till-sabo/> [Hämtad 2021-05-20]
- Region Stockholm (2019a). Information till de som ska tillsäkra läkarinsatser genom vårdval till ett särskilt boende enligt Socialtjänstlagen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avdelningen för Närsjukvård, Allmänmedicin och geriatrik.
- Region Stockholm (2019b). Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval. Läkarinsatser i särskilt boende för äldre. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Region Stockholm (2020a). Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm under pågående smittspridning av covid19.
- Region Stockholm (2020b). Beslut om att ASIH stödjer SÄBO läkarna, basala hemsjukvården och akutsjukhusen. Diariernr: 20–772. Stockholms läns sjukvårdsområde, LSSL Beslutsfattare. (Ersätter tidigare beslut "Beslut om att stödja SÄBO läkarna samt basala hemsjukvården 2020-03-18")
- Region Stockholm (2020c). Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval. Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).
- Region Stockholm (2021a). Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre - godkända vårdgivare per ansökningsområde. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Avdelningen för närsjukvård, Enhet allmänmedicin.
- Region Stockholm (2021b). Tilläggsuppdrag för vårdval avancerad sjukvård i hemmet med anledning av covid-19. HSN 2020–0485. Hälso- och sjukvårdsnämnden, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Region Stockholm (2021c). Vårdgivarguiden: <https://vardgivarguiden.se/avtal/vardavtal/avtal-wardval-lov/lov-wardval-stockholm/avancerad-sjukvard-i-hemmet/> [Hämtad 2021-06-07]

- S 2013:14. Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- S 2017:01. Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014). SBU kommenterar: Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre. Rapportnr: 2014_07
- Scheibling, U., Eneljung, T. & Björkhem-Bergman, L (2020). Fem skäl att inte överge patienter som är i behov av palliativ vård. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/07/fem-skal-att-inte-overge-patienter-som-ar-i-behov-av-palliativ-varld/> [Hämtad 2020-07-09]
- Senior alert (2021). <https://www.senioralert.se/om-senior-alert/> Sidan uppdaterad 2021-06-16. [Hämtad 2021-09-15].
- Schön, P., Lagergren, M. & Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), 631-8.
- 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.
- Socialstyrelsen (2003). Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre. Artikelnummer: 2003-131-10.
- Socialstyrelsen (2011a). Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. ISBN 978-91-86885-34-2.
- Socialstyrelsen (2011b). Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Artikelnr. 2011-2-1.
- Socialstyrelsen (2012). Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre. ISBN 978-91-87169-41-0.
- Socialstyrelsen (2013). Ställa krav på kvalitet och följa upp – en vägledning för upphandling av vård och omsorg för äldre. ISBN 978-91-7555-013-8.
- Socialstyrelsen (2017). Ett fall för teamet - att förebygga fallolyckor. <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/17/ett-fall-for-teamet-att-forebygga-fallolyckor> [Hämtad 2021-10-28]
- Socialstyrelsen (2019a). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. Artikelnummer 2019-2-17.
- Socialstyrelsen (2019b). Balansera mera - Tips för att förhindra fallolyckor. Artikelnummer 2019-5-1.
- Socialstyrelsen (2020a). Samlat stöd för patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdslagen. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/halso--och-sjukvardslagen/> [Hämtad 2021-07-01].
- Socialstyrelsen (2020b). Meddelandeblad Nr 9/2020, Kommunal hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen (2020c). Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Artikelnummer 2020-4-6716.
- Socialstyrelsen (2020d). Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020? Artikelnummer: 2020-9-6901.
- Socialstyrelsen (2020e). Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020. Artikelnummer 2020-3-6603.

- Socialstyrelsen (2021a). Bilaga – Särskilt boende, resultat från riksnivå till stadsdelar 2020 - Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?
- Socialstyrelsen (2021b). Öppna jämförelser 2020 – Vård och omsorg om äldre. Artikelnummer: 2021-2-7193.
- Socialstyrelsen (2021c). Ett gott liv - hälsosamma levnadsvanor för äldre. <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/300/ett-gott-liv-halsosamma-levnadsvanor-for-aldre> [Hämtad 2021-10-28].
- Socialstyrelsens termbank, <https://termbank.socialstyrelsen.se/> [Hämtad 2021-09-15].
- SKR, Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Projekt - Oberoende av inhyrd personal. Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016-2018.
- SKR, Sveriges Kommuner och Regioner (2021). Huvudman, ansvarsfördelning, roller. <https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/privatautforarekonkurrens/huvudmanansvarsfordelningroller.27745.html> [Hämtad 2021-06-04].
- SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.
- SOU 2017:53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg.
- SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- 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 2020:47. Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.
- 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.
- Storsthlm (2020). Covid-19 på särskilda boenden för äldre samt hemtjänst. Stockholms län Uppdaterad 2020-06-02. <https://www.storsthlm.se/media/u3vly1nf/covid-19-p%C3%A5-s%C3%A4rskilda-boenden-och-hemtj%C3%A4nst-i-stockholms-l%C3%A4n-2020-06-02.pdf> [Hämtad 2021-06-07]
- van de Mortel T.F (2008). Faking it: social desirability response bias in selfreport research. Australian Journal of Advance Nursing, 25(4):40-8.
- Thorslund, M. & Wånell, S.E. (2021). Äldreomsorgen under pandemin. Äldre i Centrum, 35(2), 36-9. <http://vibraweb.se/aic/212/#p=36> [Hämtad 2021-07-02]
- Tulsky, J.A., Beach, M.C., Butow, P.N., Hickman, S.E., Mack, J.W., Morrison, R.S. et al (2017) A Research Agenda for Communication Between Health Care Professionals and Patients Living with Serious Illness. JAMA Internal Medicine, 177(9), 1361-6.
- Vikström, S., Grönstedt, H.K., Cederholm, T., Franzén, E., Seiger, Å., Faxén-Irving, G. et al (2020). A health concept with a social potential: an interview study with nursing home residents. BMC Geriatrics 20, 324.

Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K. & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*, 11(3).

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdslag, HSL (2017:30).

2020:1043 Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Hälso- och sjukvårdsförordning, HSF (2017:80).

Kommunallag (2017:725).

Patientlag (2014:821)

Patientdatalag (2008:355).

Socialtjänstlag, SoL (2001:453).

Hälso- och sjukvården på särskilda boenden har diskuterats flitigt sedan coronapandemin bröt ut. Men faktum är att brister fanns dokumenterade innan dess och att det redan pågick en diskussion om vilken hälso- och sjukvård som kommunerna ska kunna erbjuda de äldre på säbo. Den här rapporten bygger på intervjuer med ett drygt tjugotal personer som arbetar med hälso- och sjukvård på säbo i södra Stockholm.

Rapporten ger en beskrivning av hur hälso- och sjukvården bedrivs enligt intervjupersonerna och presenterar hur de ser på förutsättningar, villkor och möjligheter för en stärkt hälso- och sjukvård. Förhoppningen är att rapporten kan bidra till diskussionen om hur hälso- och sjukvården på säbo kan utvecklas.



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