

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

Det här är en sammanfattning av  
Nestor FoU-centers rapport

*För en god och jämlik hälso- och  
sjukvård på särskilt boende*

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

Rapporten bygger på den första av två  
delstudier.

Del 1 genomfördes under 2020-2021.

Del 2 påbörjas hösten 2021.

Projektledare och rapportförfattare:  
Linda Nyholm och Ingeborg Björkman

# Ingång till studien

- Det fanns en diskussion om vilket ansvar som ska ligga på säbo när det gäller hälso- och sjukvård, både i media och bland Nestors kontakter.
- I de samverkansforum som bedrivs av Nestor diskuterades utskrivning från slutenvården och ökade förväntningar på att säbo skulle klara alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Nestors rapport *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) bidrog till att vi blev intresserade av att ta reda på mer om hälso- och sjukvården på säbo.
- Fanns det erfarenheter från hälso- och sjukvården under pandemin som var värdefulla att ta till vara?

# Vad säger lagen?

- Enligt socialtjänstlagen (SoL) har kommunerna skyldighet att tillhandahålla boenden för äldre personer som har behov av särskilt stöd.
- Driften för säbo kan var kommunal eller privat, men kommunen är alltid huvudman. Det innebär att kommunen ansvarar för att följa upp och kontrollera verksamheten.
- Kommunen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs på säbo, förutom läkarinsatser. Detta beskrivs ofta som "upp till sjuksköterskenivå".
- Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda är insatser på primärvårdsnivå.
- Avtal för läkarinsatser på säbo sluts med regionen (gäller Stockholm).
- För att möjliggöra för äldre att vårdas kvar på säbo under pandemin fick Avancerad sjukvård i hemmet, ASIH, ett tilläggsuppdrag. ASIH utför annars inte insatser på säbo (gäller Stockholm).

# Studiens syfte och frågeställningar

## Syfte

- Att 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 coronapandemin)?
- 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?

# Hur gjorde vi?

1. Planering av studieupplägg (kvalitativ metod med intervjuer).
2. Inledande samtal med referensgrupp och lokalt MAS-nätverk.
3. 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 säbon. De kommuner som var representerade i referensgruppen togs inte med i urvalet.
4. Rekrytering av informanter via Nestors kontaktnät, tips från studiens referensgrupp och information som fanns på verksamheternas hemsidor.
5. Totalt rekryterades 22 informanter till studien (se nästa sida). Dessa intervjuades via Teams under perioden november 2020 – februari 2021. Ljudet spelades in, men inte bilden.

# Genomförda intervjuer

## Kommun (13 personer)

- 2 chefer för hälso- och sjukvårdspersonal (HSL-chefer)
- 1 enhetschef med hälso- och sjukvårdspersonal i sitt uppdrag
- 4 medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) (2 kommunal + 2 privat)
- 6 sjuksköterskor på säbo (4 kommunal + 2 privat)

## Region (9 personer)

- 2 avtalshandläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF)
- 2 läkarorganisationer
  - 3 läkare (1 ÖL, 1 ST-läkare, 1 geriatriker)
- 3 ASIH-enheter
  - 1 verksamhetsutvecklare
  - 2 sjuksköterskor
  - 1 verksamhetschef

19 individuella intervjuer, en intervju med två personer, en intervju som skrevs ned i efterhand och kontrollerades av informanten samt kompletterades med skriftliga frågor.

# Innehållsanalys

1. Intervjuerna skrevs ned ordagrant (transkriberades).
2. Ur texterna plockade vi ut viktig information och förkortade till så kallade meningsbärande enheter.
3. De meningsbärande enheterna sorterades i koder, så att de som hörde ihop hamnade i samma kod.
4. Utifrån koderna formades fyra kategorier med tillhörande subkategorier. Dessa presenteras på kommande sidor, tillsammans med citat.

# Kategori 1 (4)

## Kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag var osynligt fram till pandemin

1. *Pandemin synliggjorde att kompetens och förståelse för hälso- och sjukvårdsfrågor saknas på flera nivåer i kommunerna*
2. *Hälso- och sjukvårdsbehov bedöms inte inför flytt till säbo*

“...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)

” ...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”. (HS-chef)

“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”. (MAS)



# Kategori 2(4)

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

- *Säbo är ett hem för många personer med stora behov av hälso- och sjukvårdsinsatser*
- *Det är bäst om de äldre kan undvika sjukhus och fortsätta vårdas på säbo*
- *Läkares och sjuksköterskors bedömning samt den äldres vilja påverkar valet av vård vid försämring*

”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”. (HS-chef)

”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)

”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, säbo)

# Kategori 3(4)

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

- *Avtal och överenskommelser styr, men är otydliga och tolkas olika*
- *Låg bemanningen på säbo gör det svårt att upprätthålla hälso- och sjukvård av god kvalitet*
- *Läkare med för stort uppdrag skapar problem för personal och boende*
- *Hälso- och sjukvårdsinsatser som överskrider primärvårdsnivå görs redan på säbo*
- *Vårdsnivån på säbo skulle kunna höjas med ökad bemanning och tillgång till utrustning*

“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)

”...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”. (Säbo-läkare)

”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, HSF om innan pandemin)

# Kategori 4(4)

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

- *Hälso- och sjukvården är beroende av ett närvarande och kompetent team i det dagliga arbetet*
- *Samverkan med andra parter vid ökat hälso- och sjukvårdsbehov*
- *MAS - en underutnyttjad resurs?*
- *Erfarenheter av samverkan med ASIH under pandemin*
- *Faktorer som försvårar samverkan*

”Det finns de som har jobbat hela livet med äldre inom äldreården, 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”. (Säbo-läkare)

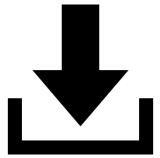
”Jag har ju uppfattat nu under hela pandemin att inom regionen har man otroligt låg förståelse för verkligheten i säbo alltså. Ja, och det känner jag är en stor brist. Och jag tror att den, skulle den bristen kunna åtgärdas med samverkan på olika nivåer och så vidare, då skulle man komma lite närmare 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)

”...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, säbo)

# Sammanfattande iakttagelser

- Hälsa- och sjukvården på säbo fungerar ganska bra, men är inte jämlik. Boendeformen i sig utgör en begränsning och dessutom påverkas vården av vilket säbo den äldre bor på.
- Avancerade/specialiserade insatser utförs redan på vissa boenden trots att det inte ingår i avtalen som styr hälsa- och sjukvården på säbo.
- Bemanningen av framförallt sjuksköterskor begränsar vilka insatser som är möjliga att genomföra. Tillgång till utrustning spelar också in.
- Läkare behöver vara mer på plats på säbo för att hinna med annat än "akututryckningar".
- Ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt är svårt att få till utifrån de resurser som finns att tillgå.
- Vikten av att samtala med de äldre och närstående om den sista tiden i livet. Det behöver finnas en balans mellan att sätta in åtgärder och att avstå.
- Samverkan mellan aktörer med olika kompetens behöver utvecklas för att stärka hälsa- och sjukvården på säbo.

# Vill du läsa hela rapporten?



Ladda ner rapporten gratis på  
vår hemsida [nestorfou.se](https://nestorfou.se).

Under fliken *Publikationer*  
hittar du allt Nestors material.



Tack för din  
uppmärksamhet!

Har du frågor om rapporten?

Skicka ett mail till

[linda.nyholm@nestorfou.se](mailto:linda.nyholm@nestorfou.se)

