

## Motion till riksdagen 2020/21:912

av **Anna Vikström (S)**

# Hälsa- och sjukvård i äldreomsorgen

---

## Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att beakta behovet av hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen för att öka kvalitet och säkerhet och tillkännager detta för regeringen.

## Motivering

Covid-19-pandemins utbrott 2020 satte den underdimensionerade hälso- och sjukvården i äldreomsorgen under blyxtbelysning. Inspektionen för vård och omsorg har fått tusentals vittnesmål från anhöriga och personal om hur äldre på särskilda boenden (SÄBO) drabbats av brister i utredningar, diagnostik och behandling av sjukdom. Anhöriga har vittnat om hur information och samråd har brustit när det gäller beslut om att ge eller avstå ifrån hälso- och sjukvårdande insatser.

Mediantiden för boende på SÄBO är 2,5 år och vissa bor där fem år eller mer, trots att många som får plats på ett boende har flera sjukdomar och är mycket sköra. SÄBO har också varit en sluten värld där bara de boende själva, deras anhöriga och personalen har kontinuerlig insyn. Det många inte sett med egna ögon är den hemlika miljön med stora inslag av aktiviteter och ett aktiv liv utifrån förmåga och vilja, och hur personalen som ofta är undersköterskor, bär upp verksamheten med stor professionalitet och kompetens. Det har byggts upp en verksamhet som är mycket långt ifrån de boenden och vårdhem som fanns förr i tiden. Dit vill vi inte tillbaka.

Men trots en god verksamhet i många avseenden har brister som funnits länge nu blivit kända för en större allmänhet. Arbetsvillkoren för undersköterskor, med en stor andel tim- och korttidsanställda och problem med utbildning och kompetensutveckling är något som regeringen redan tagit initiativ till att åtgärda med äldreomsorgslyftet och en äldreomsorgssatsning.

Men det som också brister på många håll är de hälso- och sjukvårdande insatserna. Socialstyrelsen skrev i en artikel i april 2020 att den kommunala vården omfattar allt fler äldre med komplexa vårdbehov, och att utvecklingen mot alltmer avancerade hälso-

och sjukvårdsinsatser ställer krav på personalresurser och kompetens och samordnade insatser från flera utförare. I en rapport framgår att antalet sjuksköterskor och dietister inom äldreomsorgen till och med har minskat något sedan 2015. Utredningen ”God och nära vård” skriver att de uppfattat från många aktörer att den kommunala hälso- och sjukvården överlag är väsentligt underresurssatt, men att det har varit svårt att hitta kvalitetssäkrade underlag som styrker omfattning, kostnader och kvalitet. Som utredningen God och nära vård också skriver så är inte kommunal hälso- och sjukvård ”någon annan slags hälso- och sjukvård”. Förutom att kommunen ansvarar för att erbjuda de som bor på särskilt boende hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, så har regionen fortsatt ansvar att erbjuda specialiserad vård till dessa patienter, utifrån behov. Sammanfattningsvis kräver allt fler äldre multisjuka, även på särskilda boenden, alltmer avancerad omvårdnad och medicinska insatser samtidigt som den kommunala hälso- och sjukvården är underresurssatt.

För att illustrera hur resurserna kan se ut så ges här ett exempel från en förortskommun strax före pandemins utbrott. I kommunens dokument beskrevs att vissa SÄBO hade sänkt sin sjuksköterskebemanning till nivåer som enligt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) var orimligt låga. Andra boenden hade sjuksköterska åtminstone till kl. 21. På jourtid anlätades olika företag med jour-sjuksköterska som ansvarade för ca 4–500 personer på olika geografiska platser. Antalet läkartimmar på plats dagtid hade nyligen halverats till fyra timmar på ett SÄBO med plats för 100 personer, och sänkts på flera andra SÄBO. På jourtid anlätades ett företag för läkar-konsultation. Flera verksamheter i kommunen ansåg att läkarinsatserna inte var tillräckliga för en god och säker vård. Man såg också en minskning av fysioterapeuter i flera fall. Uppföljningar visade sammanfattningsvis att vissa verksamheter hade svårt att nå upp till kvalitetskraven, främst för hälso- och sjukvårdsområdet.

Så var situationen före pandemin då minst 6 000 personer<sup>1</sup> insjuknade på SÄBO i covid-19 2020 i en mycket allvarlig infektionssjukdom för äldre och sköra personer som ofta hade andra allvarliga sjukdomar. Det har pratats mycket om dödstal, men mindre om att de boende sjuka behövde bedömas och få vård, i många fall dygnet runt. I exemplet ovan kan vi se att den läkar- och sjuksköterskebemanning som fanns före pandemin omöjligt kan ha varit tillräcklig ens för den hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som normalt ska finnas. Än mindre för de 100 äldre som smittades av covid-19 på SÄBO i aktuell kommun, framför allt på kvällar, helger och nätter då 4–500 äldre ska dela på en sjuksköterska. Detta måste ha lett till orimliga situationer för den ofta hårt ansträngda och underbemannade personalen, och många tragiska händelser där äldre i ensamhet inte fått den vård och det stöd de borde fått.

Under våren har forskare inom äldreomsorg intervjuats och uttalat sig i media. Det har framgått att Sveriges låga nivå på hälso- och sjukvårdsinsatser från läkare och sjuksköterskor i äldreomsorgen delas av vissa men inte alla länder. Till exempel är sjuksköterskebemanningen högre i Norge, och enligt en forskare så valde Finland bort Sveriges modell till förmån för en högre medicinsk nivå i äldreomsorgen.

Behoven av kvalificerad hälso- och sjukvård i den kommunala hälso- och sjukvården är redan här. Allt kortare sjukhusvistelser och färre vårdtygn inom rehabiliteringsvården resulterar i att den kommunala hälso- och sjukvården belastas mer för varje år. Mer avancerad vård ska ske i det egna hemmet och på särskilda boenden, och tillgänglighet och kompetens behöver öka i samma takt. Enligt Socialstyrelsen har över 90 pro-

<sup>1</sup> När denna motions skrivs i september 2020.

cent av äldre personer som bor i särskilda boenden behov av hälso- och sjukvård. Den bild som framträdde under våren är att det i alltför många kommuner och under en längre tid utvecklats en praxis om en ”annan slags hälso- och sjukvård” för äldreomsorgen, vars tillämpning briserade under pandemin. Hur ofta har äldre som borde undersökts fysiskt före pandemin fått nöja sig med att en konsultation per telefon? Hur ofta har läkemedel skrivits ut som inte är lämpade för de äldres diagnoser? Accepteras en högre nivå på läkemedelsavvikelser för äldre på särskilt boende än inom annan vård då nästan all läkemedelshandling är delegerad? Hur ofta har rehabiliteringsinsatser saknats efter stroke? Hur många i behov av dietistinsatser har fått det? Hur många akutmottagningsbesök skulle kunna förebyggas med bättre läkar- och sjuksköterskeinsatser på boendet?

Regeringens satsning på undersköterskors villkor och utbildning är mycket bra. Men mer hälso- och sjukvårdsinsatser av legitimerad personal behövs i äldreomsorgen, av olika yrkeskategorier som t ex sjuksköterskor, läkare, fysioterapeuter, dietister, arbetsterapeuter m.fl. Multiprofessionella team i demensvården framhålls som prioriterat av Socialstyrelsen men har på alltför många ställen inte införts. Det är väl känt från forskning att fler sjuksköterskor ökar patientsäkerheten. Sjuksköterskor behöver finnas med i den dagliga vården och inte bara som konsulter och administrativa chefer, och bidra till en god och säker vård utifrån evidens, som kan fånga upp när de äldres hälsoproblem förändras och bedöma när ytterligare kvalificerad kompetens krävs, och ge en högre säkerhet i läkemedelshandlingen.

*Anna Vikström (S)*