



Annika Almqvist

Utvärdering av korttidsboendet  
Rosengården i Sandviken

# **UTVÄRDERING AV ROSENGÅRDEN I SANDVIKEN**

**Ett korttidsboende i samverkan mellan landstinget och kommunerna  
i västra Gästrikland: Sandviken, Hofors och Ockelbo**

**Annika Almqvist**

X-FOKUS FORSKNINGSRAPPORT 2005:1  
X-Fokus  
Kommunförbundet Gävleborg  
Box 834, 801 30 Gävle  
[www.x.komforb.se/FoU](http://www.x.komforb.se/FoU)  
Grafisk form omslag: Elisabeth Lek Form&Design AB  
Tryck: Vaktmästeriet, Sandvikens kommun  
ISSN; 1651-2146

## **Förord**

I denna rapport redovisas resultat av en utvärdering, genomförd under hösten 2004 och vintern 2005, av ett korttidsboende på en vårdenhets vid Sandvikens Sjukhus benämnt Rosengården. Detta korttidsboende utgör ett försök att samordna vården och omsorgen om äldre sjuka personer i västra Gästrikland och genomförs under åren 2003-2005.

Registeruppgifter om de vårdade personerna samt intervjuer med personal vid Rosengården samt inom Gävleborgs läns landsting och i Sandvikens kommun utgör underlag för en redovisning av vårdtider m m, diskussion av organisatoriska svårigheter samt samverkansbrister och -fördelar i detta närvårdsprojekt. Slutsatser dras om måluppnåelsen i projektet och organisatoriska problem som behöver lösas pekas ut.

Rapporten riktar sig i första hand till personal inom kommun och landsting som ansvarar för vård och omsorg av äldre sjuka personer, men även till dem som ansvarar för samverkan mellan olika huvudmän i denna verksamhet och intresserar sig för FoU-arbete inom vård och omsorg mer generellt.

Många har på olika sätt bidragit till underlaget för denna rapport. Registermaterialet har tagits fram av handläggarchefen inom äldreomsorgen Ingrid Nilsson och boendesamordnare Carina Liljebrand. Ett stort antal personer, personal inom Sandvikens kommun och Gävleborgs läns landsting, har medverkat i intervjuer. Ett stort tack riktas till alla dessa.

Annika Almqvist, forskare vid X-Fokus, Kommunförbundet Gävleborg har genomfört intervjuerna, bearbetat materialet samt skrivit rapporten. X-Fokus ansvarar för rapportutformning, diskussion samt slutsatser.

Ove Källtorp  
Forskningsledare, X-Fokus

## **Innehållsförteckning**

<b>Sammanfattning</b>	<b>7</b>
<b>Inledning</b>	<b>9</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>10</b>
<b>Målet med Rosengården</b>	<b>11</b>
<b>Verksamheten vid Rosengården</b>	<b>12</b>
<b>Uppföljning av HSL-platserna</b>	<b>15</b>
<b>Syfte och problemställningar</b>	<b>15</b>
<b>Metod</b>	<b>16</b>
<b>Beskrivning av personerna inskrivna på SoL-platser</b>	<b>16</b>
Kön och ålder	17
Varifrån: sjukhuset eller hemmet	18
Inskrivningsorsak	18
Vistelsetid	19
Beläggningen på Rosengården	20
Vart tar pensionärerna vägen efter vården på Rosengården?	21
Sammanfattning	22
<b>Personalens uppfattning om verksamheten vid Rosengården</b>	<b>22</b>
Lokalplaceringen	23
Vården på Rosengården	24
Kategorier av inskrivna	25
Vårdplanering inför ansökan om korttidsboende	26
Vårdplanering vid utskrivning från Rosengården	27
Vårdtiderna	28
Att vårdas hemma	28
Röster utifrån	28
Sammanfattning	29
<b>Rosengården som arbetsplats</b>	<b>30</b>
Personalsituation	30
Personalkategorier	31
Utbildning och utveckling	35
Dokumentation	36
Övrigt	37
Sammanfattning	37

<b>Samverkan kommun och landsting: vinster och problem</b>	<b>38</b>
Vinster med samverkan	39
Inskrivna med olika behov	40
Oförutsägbara multisjuka äldre	41
Samverkansproblem	42
Ansvarsnivån	42
Det dubbla chefskapet för sjuksköterskorna	42
Olika kulturer, yrkesroller och mål	44
Vårdplaneringen	45
Olika professioner och behov av kompetensutveckling	48
Sammanfattning	49
<b>Slutsatser</b>	<b>49</b>
Frågor att belysa vidare	51
<b>Referenser</b>	<b>51</b>

## Sammanfattning

Det övergripande målet med korttidsboendet Rosengården i Sandviken är att genom ett närmare samarbete eliminera, eller åtminstone minska de gråzoner och glapp som kan uppstå i vård och omsorg om äldre personer. De äldre personer med sjukdomar och vårdbehov som inte kräver länsjukhusets resurser erbjuds här insatser inom Närvårdens ram enligt målsättningen för Rosengården att vården och insatserna ska komma till den enskilde patienten-/pensionären oavsett vilket behov, SoL-insats eller HSL-insats, som för tillfället finns. På Rosengården finns 27 SoL-platser och 5 HSL-platser. Det gränsöverskridande arbetssättet innebär också i enlighet med målsättningen att personalen arbetar flexibelt så att revirgränser och huvudmannaskapsgränser inte återverkar på den enskilde samt att vård och omsorger ska följas åt och komplettera varandra.

Slutsatsen av denna utvärdering av den samverkan mellan kommun och landsting som vården vid Rosengården är uttryck för är att Rosengården fungerar väl i förhållande till de mål som är uppsatta. Verksamheten fungerar mycket bra för såväl pensionärer som personal. Samverkan mellan kommun och landsting fungerar också bra. Personalen är utvald enligt en rad kriterier och enhetschefen har ett stort förtroende hos personalen.

De problem som ändå framkommit berör inte i första hand samverkansavtalet, utan är konsekvenser av ekonomiska neddragningar av andra verksamheter eller uttryck för att yrkeskategorier med olika synsätt samverkar på Rosengården. Att arbetet med människor aldrig är helt förutsägbart, särskilt inte med multisjuka äldre, är ytterligare en faktor som har betydelse för verksamheten vid Rosengården.

Målgrupperna för Rosengården är relativt väl definierade. I intervjuerna framkommer att vården och omsorgen om de äldre fungerar bra för de flesta kategorier av inskrivna; såväl för avlastning, vård i livets slut som för de som väntar på att komma hem eller få plats på särskilt boende. Intervjuerna med personalen tyder på att de inskrivna pensionärerna trivs mycket bra, många skulle gärna stanna kvar på Rosengården, och på att deras anhöriga också är mycket nöjda. Ett problem som dock framkommit är att man får lov att ta emot pensionärer med diagnoser som Rosengården inte är tänkt för och som dessutom tenderat att bli kvar länge i väntan på en långsiktig boendelösning, det gäller främst dementa samt pensionärer med psykiatrisk diagnos. Detta har inneburit en olämplig blandning av personer med olika behov – trots ett relativt tydligt uppdrag.

De flesta intervjuade i personalen uppfattar lokalplaceringen på Sandvikens sjukhus som ändamålsenlig för ett korttidsboende. För de dementa, som behöver en mindre och mer hemlik miljö, är lokalerna dock mindre lämpliga.

En stor del av de inskrivna på SoL-plats på Rosengården kommer från sjukhuset i Gävle där Rosengården är väl känt. I intervjuer med personal vid sjukhuset framkommer att man har en mycket positiv bild av verksamheten på Rosengården.

Några problem i organiseringen av arbetet har dock framkommit. Ett av dessa är det dubbla chefskapet för sjuksköterskorna, vilket bland annat påverkar möjligheterna till en kompetensutveckling som utgår från såväl verksamhetens som de anställdas behov och intresse, men också ansvaret för schemaläggning och bemanning.

Ett annat problem är att sjukvårdspersonalen med sin utbildning och sina erfarenheter av att arbeta i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen inte alltid förstår de beslut som fattas av boendehandläggarna som har en annan utbildning och ett annat uppdrag där det är socialtjänstlagen som är styrande.

Ytterligare ett problem är att de sjuksköterskor som turas om att arbeta natt på Rosengården menar att det inte finns tillräckligt med sjuksköterskeuppgifter på natten, samtidigt som de när de arbetar konsultativt gentemot de särskilda boendena i kommunen arbetar ensamma, vilket innebär mycket bilkörning och mycket arbete.

Bland personalen finns önskemål om fler utbildningstillfällen i form av föredrag eller kortare kurser om äldres problematik och sjukdomar. De utbildningstillfällen som erbjuds är uppskattade. Det finns också önskemål om en större specialisering med utgångspunkt från kompetens riktad mot äldre med särskild problematik.

Att verksamheten fungerar bra hindrar inte att det i intervjuerna har framkommit förslag på förbättringar. Här kan nämnas att vistelsen skulle kunna göras mer stimulerande och träningen breddas för de pensionärer som orkar. Miljön skulle kunna göras mer hemlik och fler möjligheter till avgränsade sittplatser skulle kunna tillskapas. Åtgärder i denna riktning har redan vidtagits och fler är på gång. Det är dock delvis en ekonomisk fråga.

## Inledning

Detta är en studie av Rosengården, ett korttidsboende i Sandviken i samverkan mellan landstinget och kommunerna i västra Gästrikland. Intentionerna med korttidsboende som vårdform var att mot bakgrund av Ädelreformen ge kommunerna en ökad flexibilitet<sup>1</sup>. Genom att resurser fördes över från landstingen till kommunerna för korttidsrehabilitering, växelvård och avlösning skulle kommunerna få bättre möjlighet att ge stöd till kvarboende. Grundläggande för socialtjänstens insatser till äldre är självbestämmande och normalisering. Det innebär bland annat att äldreomsorgen ska inriktas på insatser för att underlätta för äldre att så långt möjligt kunna bo kvar i det egna hemmet om den enskilde så önskar. Korttidsboendet<sup>2</sup> är en vårdform mellan att ge vård, omsorg och rehabilitering i den enskildes hem och att erbjuda detta som en permanent lösning i särskilt boende. Korttidsboendet kan rätt utformat ge den äldre möjlighet att mobilisera sina förmågor för att klara sig bättre i sitt hem och/eller för anhörigvårdare att få nödvändig avlösning (Wånell 2002: 8: 5). I hälften av landets kommuner har landstinget ansvaret för hemsjukvård och därmed rehabilitering i ordinärt boende, så även i Sandviken. När det gäller antalet korttidsplatser råder det stor olikhet mellan olika kommuner. Utvecklingen synes, menar Wånell, i de flesta kommuner mer sällan bygga på strategiska beslut, utan man har reagerat på akuta behov (2002: 8: 13). Utvecklingen är, menar han, med all sannolikhet ett resultat av kortare vårdtider inom den slutna vården, som medfört att mer av rehabilitering sker utanför slutenvården. Därmed har det uppstått en gråzon mellan landsting och kommun där vissa kommuner valt att vara gränssättare och andra att bygga ut sitt korttidsboende för att svara mot behoven. Lagen om medicinskt färdigbehandlade har inneburit ett ekonomiskt starkt tryck att ta hem personer. Det hör dock till undantagen att landsting och kommun gemensamt finansierar rehabilitering i korttidsboende.

I kommunerna i västra Gästrikland har man dock genom korttidsboendet Rosengården en sådan gemensam finansiering av en ny typ av verksamhet i samverkan mellan kommun och landsting inom ambitionen att utveckla närvården/närsjukvården. Målet är att genom ett närmare samarbete eliminera, eller åtminstone minska de gråzoner och glapp som kan uppstå i vård och omsorg om äldre personer genom inrättande av ett korttidsboende med 27 kommunala korttidsplatser, för vilka socialtjänstlagen ligger till grund (SoL-platser) och 5 närvårdsplatser för vilka hälso- och sjukvårdslagen gäller (HSL-platser). Sandvikens kommun ansvarar för drift och personalbemanning upp till och med sjuksköterskenivå för alla platser. Landstinget ansvarar för läkarresurser samt ersätter kommunen i skälig omfattning. Landstinget har inläggningsrätt på närvårdsplatserna och inläggning görs av ett begränsat antal läkare och i nära samråd med enhetschefen på boendet (Sandvikens kommun, utvecklingskontoret 2002-11-06).

<sup>1</sup> Kommunernas ansvar för vård och omsorg om äldre regleras i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763).

<sup>2</sup> Med korttidsboende/korttidsvård avses tillfälligt boende i särskilda boendeformer förenat med behandling, rehabilitering och omvårdnad för bland annat avlösning, växelvård och eftervård (Socialstyrelsen 2003: 21)

## Bakgrund

I december 2000 beslutade landstingsstyrelsen om en modell för utvecklad hälso- och sjukvård nära befolkningen kallad närvård<sup>3</sup>. Förvaltningscheferna för primärvården i Gästrikland och i Hälsingland fick i uppdrag att utarbeta förslag till plan för införande av närvård i Söderhamns kommun samt i västra Gästrikland. I tre pilotprocesser undersöktes hur närvården fungerade för några identifierade behovsgrupper. En av dessa var patienter med hjärt- eller lungsvikt som till övervägande del omfattade äldre personer, liksom också gruppen korttidsboende. I sammanfattningen "Närvård västra Gästrikland" konstateras att kompetensen och resurserna i stor utsträckning finns, men att de inte samverkar på ett sätt som ger befolkningen och patienterna bästa möjliga närvård. Det förslag till närvård som presenteras bygger på en tydlig befolknings- och patientorientering och kunskap om befolkningens och individens ohälsa. Närvårdens viktigaste mål konstateras vara att säkerställa att sjuklighet inte onödigtvis uppstår och om det uppstår i första hand handlägga denna inom närvården. Först i andra hand eller om akuta tillstånd inträffar ska akutsjukvårdens resurser utnyttjas. Vårdorganisationen ska, oavsett om kompetenserna och resurserna finns inom landstinget eller i kommunerna, utgå ifrån ett närverkstänkande där vårdteamen komponeras av rätt kompetens och resurs för olika patientgrupper (Närvård västra Gästrikland 2000: 1-12).

I "Viljeyttring om antal korttidsplatser för särskilt boende samt utveckling av närvård/närsjukvård i Sandvikens kommun" sägs att långsiktigt är syftet med närvården:

- att utveckla en modell för hur landsting och kommun gemensamt ansvarar för den äldre människans medicinska, omvårdnads- och omsorgsbehov.
- att tillsammans skapa ett samarbete över huvudmannaskapsgränserna.
- att med lokaler i fd Sandvikens sjukhus som utgångspunkt tillskapa en gemensam enhet för vård, rehabilitering och omsorg.
- att till denna enhet knyta specialistteam för att stödja enskilda patienter/pensionärer och personal.
- att utveckla basteamen, det vill säga samarbetet mellan kommunens hemtjänst och primärvården, för att minimera gråzoner och skapa ett bättre omhändertagande i det ordinära boendet.

Närvårdens mål anges i samma dokument vara:

- att kunna erbjuda äldre personer med sjukdomstillstånd/omvårdnadstillstånd som inte kräver länssjukhusets resurser, insatser inom närvårdens ram.
- att genom ett gränsöverskridande arbetssätt tillgodose att patienten/pensionären får erforderliga insatser oavsett om han/hon för tillfället befinner sig på korttidsplats, eller närvårdsplats inom Sandvikens sjukhuslokaler.
- att rehabiliterande insatser kan utföras av samma arbetsterapeut/sjukgymnast som följer patienten från korttidsplats/närvårdsplats till det ordinära eller särskilda boendet. (Viljeyttring av Sandvikens kommun, kommunstyrelsen, sammanträdesprotokoll 2002-06-11)

---

<sup>3</sup> Närvård som åsyftar utvecklad hälso- och sjukvård nära befolkningen är ett nytt begrepp som definieras olika i olika landsting i Sverige.

I samma dokument anges förutsättningarna för samverkan. Här sägs att kommunens korttidsplatser placeras i Sandvikens sjukhuslokaler, att landstinget tillskapar närvårdsplatser (HSL-platser) som samlokaliseras med korttidsplatserna, att geriatriska vårdplatser för boende i västra Gästrikland bibehålls i Sandviken, att viss medicinteknisk utrustning finns att tillgå, att läkarresurser finns att tillgå dygnet runt, att paramedicinska insatser (sjukgymnastik och arbetsterapi) integreras i en gemensam organisation så långt det är möjligt, att personalansvar tas av respektive huvudman utifrån vedertagna ansvarsområden, att patientansvar utgår från principen vårdplats enligt Hälso- och sjukvårdslagen (landstinget) och korttidsplats enligt Socialtjänstlagen (kommunen), att fördelning av kostnadsansvar i första hand sker utifrån kompetens- och ansvarsområden. Vissa grundkostnader delas lika. Kostnaderna regleras via avtal. De olika enheterna har i framtiden en och samma ledning.

## Målet med Rosengården

I dokumentet ”Begäran om forskningsstöd - korttidsboende/närvårdsplatser i Sandvikens kommun”, där uppdraget för denna utvärdering formuleras, sägs att Sandvikens kommun och landstinget under en längre tid diskuterat ett samarbete inom ramen för närvård/närsjukvård med målet att eliminera, eller åtminstone förminska de gråzoner och glapp som kan uppstå i vård och omsorg om äldre personer. Detta skall ske genom att 27 kommunala korttidsplatser och 5 HSL/närvårdsplatser inlemmas under samma tak och samma ledning. Följande mål med verksamheten vid Rosengården formuleras:

- Vården och insatserna ska komma till den enskilde patienten/pensionären oavsett vilket behov, SoL-insats eller HSL-insats, som för närvarande finns, det vill säga den enskilde skall inte behöva byta säng eller rum när och om vård- och omsorgsbehovet ändras.
  - Personalen skall arbeta flexibelt så att revirgränser och huvudmannaskapsgränser inte återverkar på den enskilde.
  - Vård och omsorger skall följas åt och komplettera varandra.
- (Sandvikens kommun, utvecklingskontoret 2002-11-06).

Jag kommer att i utvärderingen utgå från de tre frågorna som ställs i begäran om forskningsstöd (se nedan) och i diskussionen av dessa relatera till de mål som är angivna i detta dokument.

För att i den mån det är möjligt sätta in Rosengården i ett nationellt sammanhang kommer jag att i texten referera till den sammanställning av korttidsboenden som gjorts av Wånell (2002). Det mångskiftande uppdraget korttidsboende ställer, menar han, stora krav på tydliga mål hos kommunen vad man vill med sina korttidsboenden, god samverkan med landstinget och individuella mål för varje person. Befintliga studier visar dock att kommunerna ofta saknar övergripande mål för vad man vill uppnå med sina korttidsboenden. Korttidsboendet styrs snarast av behovet av att lösa akuta situationer. En effekt av det är en olycklig blandning av boendeformer och vårdbehov. I en genomtänkt struktur för korttidsboendet bör ingå att anpassa olika korttidsboenden för olika behov - avlösning, rehabilitering, svikt, vård i livets slut etcetera (Wånell 2002: 8: 22). I den lilla kommunen kan det dock, menar Wånell, vara svårt att åstadkomma en önskvärd specialisering.

Wånell (2002: 8: 8) konstaterar att korttidsplatser är en disparat verksamhet som bland annat erbjuder:

- rehabiliteringsplatser
- sviktplatser efter slutenvård eller när hälsan sviktar för en hemmaboende
- planeringsboende när det råder osäkerhet om en person kan bo kvar hemma eller behöver flytta till särskilt boende
- väntboende i avvaktan på permanent plats på ett äldreboende, att åtgärder ska vidtas i hemmet eller liknande
- växelvård för personer som med jämna mellanrum erbjuds att komma in på en korttidsplats för att kunna förlänga kvarboendet hemma
- avlösningssplats för att närstående vårdare ska få vila
- vård i livets slutskede

I begäran om forskningsstöd anges följande målgrupper (för personer över 65 år) för korttidsboende/närvårdsplatser vid Rosengården :

- Medicinskt färdigbehandlade som efter en sjukdomsvistelse inte direkt kan gå hem till det ordinära boendet
- Social avlastning så att anhöriga som vårdar någon närstående kan få ett andrum
- Vård i livets slut för de som inte önskar sluta sina dagar hemma eller vill vara på sjukhuset
- I avvaktan på särskilt boende

I Sandviken försöker man upprätthålla en viss specialisering i de två befintliga korttidsboendena; Rosengården och Karl-Johangårdarna. (Därutöver finns några ensstaka korttidsplatser på särskilda boenden.) På Karl-Johan gårdarna finns i första hand rehabiliteringsplatser<sup>4</sup>, några platser för dementa samt för växelvård. På Rosengården handlar det i stället, om vi följer Wånells uppdelning, om sviktplatser, planeringsboende, väntboende, avlösningssplatser och vård i livets slutskede. Man kan också ta emot pensionärer för lättare rehabilitering om det inte finns möjlighet att komma in på Karl-Johan-gårdarna. Däremot har man inga platser för växelvård på Rosengården.<sup>5</sup> Det vanliga är dock att man, när en person skrivs in, inte vet om denna kommer att kunna gå hem eller behöver särskilt boende.

## **Verksamheten vid Rosengården**

Verksamheten på Rosengården startade i februari 2003 och kommer i första hand att pågå under en försöksperiod till och med 2005. Sandvikens kommun ansvarar för drift och personalbemanning upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarresurser. Landstinget ersätter kommunen i skäligen omfattning. Landstinget har inläggningsrätt på närvårdsplatserna.

<sup>4</sup> Att äldre med behov av rehabiliteringsinsatser saknas som målgrupp för Rosengården beror på att dessa utgör målgruppen för kommunens andra korttidsboende Karl-Johan-gårdarna.

<sup>5</sup> Som jämförelse kan nämnas att på Gävles enda korttidsboende Bomhusgården har man i huvudsak i stället växelvårdsplatser samt några platser för vård i livets slutskede.

Rosengården är inrymd i Sandvikens sjukhus. Verksamheten leds av en enhetschef som är sjuksköterska. Personalen består av 13 sjuksköterskor<sup>6</sup> och 30 undersköterskor, alla är kvinnor. Sjuksköterskorna har förutom enhetschefen en egen chef som är chef för alla kommunens sjuksköterskor och som har sin arbetsplats på annat håll i kommunen. Läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar konsultativt gentemot Rosengården. Därutöver kommer tre av kommunens biståndshandläggare till Rosengården för vårdplanering av de inskrivna pensionärerna. Viss städning och köksarbete utförs av undersköterskorna, men korridorer och toaletter städas av personal som kommer utifrån, egen matlagning förekommer inte på Rosengården, utan levereras från ett storkök.

Vid Rosengården finns två typer av platser: 27 SoL-platser och 5 HSL-platser<sup>7</sup>. Till Rosengården kan man som pensionär komma antingen hemifrån eller från sjukhuset. De som kommer från sjukhuset har beviljats korttidsboende av en kommunal biståndshandläggare/boendehandläggare<sup>8</sup> vid vårdplaneringen i samband med att patienten är medicinskt färdigbehandlad på sjukhuset och primärvården tar över det medicinska ansvaret. De kan skrivas in på en SoL-plats på Rosengården. De som kommer hemifrån kan komma antingen via en läkare i primärvården och skrivas in på en HSL-plats eller via en kommunal boendehandläggare till en SoL-plats. Det finns fyra platser för palliativ vård, dessa hör till SoL-platserna, men det förekommer att en palliativ person skrivs in på en HSL-plats först och att boendehandläggaren sedan kommer till Rosengården och beviljar korttidsboende. Den vårdade kan då skrivas över till en SoL-plats, vilket alltså inte innebär någon förändring för den sjuke.

Inför ansökan om plats på korttidsboende görs för SoL-pensionärerna en vårdplanering på sjukhuset. Det är ansvarig sjuksköterska på sjukhuset som kallar till vårdplanering. I nya fall faxas ärendet över till boendehandläggaren som ombeds ta kontakt. Via telefon får boendehandläggaren då ärendet föredraget. Det är primärvårdens sak att bedöma om de kan ta över det medicinska ansvaret. Förutom den enskilde<sup>9</sup>, eventuella anhöriga, sjuksköterska och boendehandläggare<sup>10</sup> deltar primärvårdskoordinator eller distriktssjuksköterska på hälso-centralen och eventuellt arbetsterapeut/sjukgymnast i vårdplaneringen. Vissa avdelningar på sjukhuset har en speciell koordinator/vårdplanerare. Boendehandläggarna, som framför allt har kompetens att bedöma pensionärernas omvårdnadsbehov, tar ibland med sig en sjuksköterska från Rosengården.

Beviljad ansökan om korttidsboende lämnas till den kommunala boendesamordnaren som tar upp ärendena vid bedömningsgruppens möte varje måndag. I denna ingår enhetscheferna för Rosengården respektive Karl-Johan-gårdarna, en av de två läkare som är knutna till Rosengården, boendesamordnaren och eventuellt en geriatiker. Bedömningsgruppen avgör om en

<sup>6</sup> 10 sjuksköterskor arbetar dag tid på Rosengården och 6 arbetar natt, 3 av dessa arbetar dock gentemot kommunens särskilda boenden. De 6 nattsköterskorna turas om att antingen arbeta på Rosengården eller ambulerande gentemot de särskilda boendena.

<sup>7</sup> I "Begäran om forskningsstöd" uppges att tanken är att antalet HSL-platser ska utökas (Sandvikens kommun, utvecklingskontoret 2002-11-06)

<sup>8</sup> Sedan mars 2004 är biståndshandläggarna organiserade i 9 hemtjänsthandläggare och 3 boendehandläggare som arbetar med ansökningar till korttidsboende och särskilt boende. Boendehandläggarna ansvarar för 3 olika geografiska områden, vilken boendehandläggare som deltar i vårdplaneringen avgörs av var den enskilde bor. Tidigare var alla biståndshandläggare inblandade i vårdplaneringen. Omorganisationen har enligt boendehandläggarna mötts av positiva reaktioner. Boendehandläggarna har daglig kontakt med sjukhuset i Gävle, men de åker inte dit varje dag. De flesta vårdplaneringar på sjukhuset sker på eftermiddagar, sjukhuset meddelar via fax dag och tid.

<sup>9</sup> För utredda dementa kan god man eller förvaltare delta i vårdplaneringen.

person som beviljats korttidsboende kommer till Rosengården eller till kommunens andra korttidsboende Karl-Johan-gårdarna samt om den enskilde först måste vänta hemma på en ledig plats. Kommunen övertar betalningsansvaret för den enskilde 5 dagar efter vårdplaneringen. Boendesamordnaren meddelar boendehandläggaren att det finns en ledig plats ett visst datum. Boendehandläggaren ringer sjukhuset som meddelar den enskilde och de anhöriga. Om den enskilde kommer hemifrån meddelar boendehandläggaren i stället den hemtjänsthandläggare som gjort ansökan som i sin tur kontaktar den enskilde. Resulterar vårdplaneringen på sjukhuset i en beviljad korttidsvistelse har patienten ett större behov av omvårdnad/vård när han/hon lämnar sjukhuset än om han/hon ska gå hem. Oftast är det en 3-veckors vistelse som beviljas.

Rosengården är uppdelad i två sidor/korridorer. Den största delen av platserna är SoL-platser (27 av 32). De 5 HSL-platserna tillhör A-sidan och de 4 palliativa platserna B-sidan. De flesta pensionärer får enkelrum, men det finns två dubbelrum för par som vill bo tillsammans. De palliativa platserna finns i dubbelrum, vilket innebär att anhöriga kan sova över. Man har fått pengar av cancerfonden för att göra extra fint på de palliativa rummen; väggarna är målade i olika färger och rummen är mer hemlikt inredda med till exempel tavlor, lampor och krukväxter.

Landstingets journal sammanfattas i en epikris som kommer med pensionären från sjukhuset och som skrivs av sjuksköterskan på sjukhuset, men sköterskan ringer först och meddelar att patienten ska komma och berättar muntligt om patienten. Sedan ska läkarens slutanteckning helst också komma från sjukhuset för SoL-pensionärerna. På Rosengården upprättar man sedan en egen journal samt en läkemedelslista. För de som kommer hemifrån får man en läkemedelslista från hälsocentralen.

Under det första dygnet upprättas en anamnes efter intervju med den inskrivne och eventuella anhöriga. Där framgår tidigare sjukdomar och vård, pågående sjukdomar och vård, den sociala situationen, om pensionären har barn, om han/hon bor för sig själv, eventuella trappor i hemmet, vilka intressen han/hon har, om han/hon har svårt att sköta magen, har ont etcetera. Det är en helhetsbild av pensionären som ges.

Inom en - två veckor görs en individuell vårdplanering för varje pensionär (IVP) av boendehandläggaren, anhörig, sköterska och undersköterska.

Varje tisdag sker funktionsrond (teammöte) där berörd personal (sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, boendesamordnaren och eventuell enhetschefen) går igenom alla inskrivna med utgångspunkt från hur pensionären klarar sin ADL, det vill säga den dagliga livsföringen. Sjukgymnasten gör upp ett träningsprogram.

De två familjeläkarna är alltid tillgängliga på telefon och kommer tre gånger per vecka och utövar tillsyn. HSL-patienterna kollas extra noga. De kollas vid varje tillsynstillfälle och har mer läkarkontakter, de är ofta sjukare (de kommer till Rosengården i stället för till akuten). HSL-patienterna går ofta hem efter några dagar, eller så skrivs de över på en SoL-plats. Det kan dock förekomma att någon ligger två - tre veckor på en HSL-plats.

Sköterskan tar efter funktionsronden kontakt med respektive boendehandläggare (som inte är med på funktionsronden) som efter en ny vårdplanering med sjuksköterska, undersköterska (kontaktperson för SoL-pensionärer), pensionären själv samt anhörig avgör när pensionären ska gå hem. Då bedöms också hur mycket hjälp pensionären behöver hemma av hemtjänsten.

Boendehandläggaren kontaktar det särskilda boendet eller hemtjänsten och eventuellt distriktssköterskan om pensionären behöver insatser hemma. Sköterskan, eller eventuellt boendehandläggaren, ser till att hemtjänsten och eventuellt distriktssköterskan möter upp hemma.

Villkoren är olika när det gäller medicinen för HSL - respektive SoL-pensionärer. SoL-pensionärerna måste betala för medicinen själva.

I kommunen finns ett särskilt boråd (kommunens boendesamordnare, äldreomsorgsutvecklare samt en boendehandläggare) som träffas varannan vecka och diskuterar vilka personer som har behov av särskilt boende. Pensionärer som är färdigbehandlade tvingas ibland gå hem mot sin vilja om de får avslag på ansökan om särskilt boende. Kommunens policy är att alla ska skötas hemma. Om pensionären flyttar till särskilt boende skickas omvårdnadsjournalen med till sköterskan där. Går pensionären hem arkiveras journalen på Rosengården, så att om pensionären senare kommer tillbaka finns den där. Det händer att någon pensionär kommer tillbaka om det inte fungerar hemma.

## Uppföljning av HSL-platserna

En uppföljning av de 5 HSL-platserna gjordes på landstingets uppdrag av Madeleine Boll i oktober 2003. De slutsatser hon kommer fram till i denna är:

- att de 5 HSL-platserna fungerar bra (det är god omvårdnadskompetens).
  - att det är primärvårdskompetens som gäller (det är rätt vårdnivå i enlighet med de beslutade kriterierna).
  - att en fortsatt diskussion behövs angående HSL-platser för Hofors och Ockelbo kommuner (varifrån remitteringen i stort sett varit obefintlig).
  - att IT-avdelningarnas ansvar bör tydliggöras (det förekommer problem runt dokumentation och administrativa rutiner).
  - att de 5 HSL-platserna befinner sig i ett sammanhang av samverkan över gränser, vilket behöver beaktas (all personal arbetar mot hela avdelningen ).
- (Boll 2003-10: 2)

## Syfte och problemställningar

Syftet med denna utvärdering är att ta fram ett underlag för att kunna besvara och diskutera följande frågor, vilka ställts i kommunens begäran om forskningsstöd (Sandvikens kommun, utvecklingskontoret 2002 -11-06).

- Vad innebär denna nya enhet för vården och omsorgen om den enskilde?
- Hur påverkas personalens arbetsinnehåll, arbetsmiljö och trivsel?
- På vilket sätt utvecklas samarbetet mellan kommun och landsting? Vilka svårigheter uppstår och hur löses de, alternativt vad går inte att lösa?

## Metod

Utvärderingen tar sin utgångspunkt i den begäran om forskningsstöd som inkommit från Sandvikens kommun, men det har från X-Fokus sida varit nödvändigt att begränsa uppdragets omfattning. Det har inte varit möjligt för X-Fokus att följa och utvärdera Rosengården under hela verksamhetstiden eller att ta på sig uppgiften att göra en fullständig utvärdering av projektet. För att besvara de frågor som ställts har vi valt att ta vår utgångspunkt dels i insamlat statistiskt material, dels i intervjuer med personal vid Rosengården. Det har inte under den tid som stått till förfogande varit möjligt att också intervjua de inskrivna pensionärerna<sup>11</sup> och deras anhöriga. Någon ekonomisk utvärdering har inte heller kunnat göras. Utvärderingen baseras dels på insamlat registermaterial från ett antal utvalda månader under 2003 och 2004 avseende de inskrivnas kön och ålder, inskrivningsorsak, varifrån man kommer; sjukhuset eller hemmet, vistelsetid på Rosengården samt vart man tar vägen efter tiden på Rosengården<sup>12</sup>, dels på intervjuer gjorda under november och december 2004 samt januari 2005 med ett urval av personal på Rosengården samt några personer som inte är stationerade på Rosengården, men har kontakter med Rosengården i sitt arbete. Utvärderingen är således gjord under den 3-åriga verksamhetsperioden ca 1,5 år efter starten och 1 år innan projektidens slut.

Bland sjuksköterskorna fanns ett stort intresse av att få ge sina synpunkter på Rosengården, alla de 10 sjuksköterskor som arbetar dagtid samt 4 av de 6 som arbetar natt har därför intervjuats, 2 nattsköterskor tackade nej. Bland de 30 undersköterskorna gjordes ett slumpmässigt urval av 5 personer i olika åldrar, varav 3 arbetar dag och 2 natt. Enhetschefen för Rosengården har också intervjuats. Bland den personal som arbetar konsultativt gentemot Rosengården har en av de två läkarna samt arbetsterapeuten och sjukgymnasten intervjuats. Intervjuer har också gjorts med de tre boendehandläggarna, sjuksköterskornas chef samt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i kommunen. Därutöver har en vårdplanerare vid geriatriska avdelningen på sjukhuset i Gävle/Sandviken samt det palliativa teamet vid Gävle sjukhus intervjuats.

När det gäller det insamlade materialet om de inskrivna pensionärerna kommer jag att i möjligaste mån använda Wånells tidigare nämnda rapport som jämförelse.

## Beskrivning av personerna inskrivna på SoL-platser

Någon total sammanställning över de inskrivna på Rosengården finns inte och har heller inte varit möjlig att ta fram för utvärderingen. Ett urval av inskrivna under ett antal månader har dock kunnat erhållas. Verksamheten startade i februari 2003 för korttidsplatserna (SoL) och i maj för sjukvårdsplatserna (HSL). De månader som valts ut är april, maj, november och december för 2003 och april, maj och november för 2004. Urvalet har gjorts för att kunna visa på eventuella förändringar över tid. Genom att välja två intilliggande månader under såväl vår

<sup>11</sup> Jag kommer att använda 'pensionär' som övergripande begrepp i utvärderingen, trots att det förekommer att också yngre personer skrivs in på Rosengården. Bland vårdpersonalen förekommer både 'pensionär' och 'patient', de flesta säger 'patient'. Boendehandläggarna använder i stället begreppet 'den enskilde'. Jag kommer dock att skilja mellan SoL-pensionärer och HSL-patienter när jag återger samtal där de intervjuade refererar till de äldre som är inlagda på olika typer av platser.

<sup>12</sup> Rosengården upprättar debiteringslistor för alla SoL-patienter, där framgår personnummer, namn, inskrivningsdatum, varifrån man kommit, vårdtid, utskrivningsdatum samt vart man tar vägen.

som höst 2003 och under våren 2004 bör också variationer mellan olika månader framgå. Därmed bör en någorlunda rättvisande bild av situationen under hela undersökningsperioden kunna ges.

I beskrivningen av de inskrivna pensionärerna kommer följande aspekter att beaktas: kön och ålder, varifrån inskrivningen sker, inskrivningsorsak, vistelsetid samt vart man tar vägen efter utskrivningen. Genom summering av antal vistelsedygn och antal inskrivna under dessa månader kan beläggningen beräknas.

En samlad bild av korttidsboendet i landet saknas, men det finns ett antal mindre studier som sammanställts av Wånell (2002: 8), vilka jag kommer att ta upp som jämförelse till Rosengården. Viss statistik samlas dock in av socialstyrelsen, enligt denna erhöll den 1 oktober 2003 ca 8 900 äldre personer i landet korttidsboende/korttidsvård, vilket motsvarar knappt en procent av befolkningen 65 år och äldre. Drygt 55 procent av de korttidsboende var kvinnor. Antalet boendedygn i korttidsvård/boende uppgick till drygt 221 000 under oktober månad 2003. I Gävleborgs län erhöll 311 personer korttidsvård den 1 oktober 2003 (varav 310 i den egna kommunens regi). Antalet boendedygn under oktober 2003 var i länet 8 397, varav 3 494 för män och 4 003 för kvinnor. 57 av dessa 311 bodde i Sandviken, varav 40 var kvinnor. Som jämförelse kan nämnas att 37 bodde i Gävle, varav 14 kvinnor (Socialstyrelsen 2003: 21, 131).

## Kön och ålder

### Tabell 1

*Inskrivna på SoL-plats under urvalsmånaderna*

	Alla	Kvinnor	Män	Åldersvariation	Medianålder
2003 april	12	10	2	70-95	86
2003 maj	16	7	9	59-89	82
2003 nov	11	7	4	70-96	82
2003 dec	10	5	5	51-90	71
2004 april	6	3	3	70-92	79
2004 maj	13	5	8	67-94	83
2004 nov	13	7	6	58-88	81
Summa	81	44	37		

Antalet inskrivna varierar mellan 6 och 16 under de utvalda månaderna, någon tydlig förändringstendens under hela perioden kan inte urskiljas. Andelen kvinnor och män varierar mellan olika månader. Totalt sett är det under de utvalda månaderna något fler kvinnor som skrivits in.

I Stockholms stad är det 43 % män och 57 % kvinnor som vistas på korttidsboende, vilket enligt Wånell stämmer relativt väl med hur det ser ut i landet som helhet (2002: 8: 14) och också med Rosengården (se tabell 1).

Åldern på de inskrivna varierar mellan 51 och 96 år och genomsnittet för de utvalda månaderna varierar mellan 68 och 85 år, inte heller när det gäller åldern är någon förändringstendens över tid tydlig. Det är således inte ovanligt att även relativt unga personer beviljas korttidsboende, trots att det i kommunens antagna viljeyttring om antal korttidsplatser

talas om gruppen äldre personer över 75 år (Sandvikens kommun, kommunstyrelsen, sammanträdesprotokoll 2002-06-11). I begäran om forskningsstöd anges dock att korttidsplatserna vid Rosengården kommer att erbjudas personer över 65 år (Sandvikens kommun, utvecklingskontoret 2002-11-06).

Wånell konstaterar att åldersstrukturen för dem som har korttidsboende i stort sett är densamma som för all äldreomsorg. Av statistik från Utredningskontoret i Stockholms län framkommer att av männen som beviljats korttidsboende är var femte mellan 66 och 74 år, hälften i åldern 75-84 år och cirka 30 % 85 år och äldre. Av kvinnorna är drygt var tionde 65-74 år, 40 % 75-84 år och nästan hälften 85 år och äldre (Wånell 2002: 8: 14).

Varifrån: sjukhuset eller hemmet

Tabell 2

Inskrivna från sjukhuset, den egna bostaden eller omflyttade från HSL till SoL-plats under urvalsmånaderna:

	Alla	Sjukhuset	Hemmet	HSL-plats
2003 april	12	9	3	
2003 maj	16	13	3	
2003 nov	11	3	6	2
2003 dec	10	9	1	
2004 april	6	3	3	
2004 maj	13	5	7	1
2004 nov	13	11	1	1
Summa	81	53	24	4

De inskrivna från sjukhuset utgör fyra månader en stor majoritet, men tre månader är de lika många eller färre än de inskrivna från hemmet. Totalt sett är det dock mer än dubbelt så många som under de utvalda månaderna skrivits in från sjukhuset som från hemmet. Ett fåtal har skrivits över från HSL till SoL-plats under dessa månader.

I studier genomförda i Jönköpings län respektive Östermalm i Stockholm våren 2002 visade det sig att ungefär lika många kom från hemmet som från slutenvård (Wånell 2002: 8: 16). I detta avseende skiljer sig således Rosengården från dessa studier genom en betydligt högre andel inskrivna från sjukhuset.

### Inskrivningsorsak

Som målgrupper för kommunens korttidsplatser anges:

- Färdigbehandlade på sjukhus som behöver ytterligare återhämtningstid innan de kan gå hem, alternativt behöver särskilt boende
  - Social avlastning för anhöriga
  - Äldre med behov av rehabiliteringsinsatser i syfte att återskapa/upprätthålla funktioner för att klara vardagen
- (Sandvikens kommun, kommunstyrelsen, sammanträdesprotokoll 2002-06-11)<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Dessa målgrupper är inte identiska med de som anges för Rosengården i begäran om forskningsstöd (se sidan 11) som endast utgör det ena av kommunens två korttidsboenden. Eftersom en bedömningsgrupp avgör på vilket

En genomgång av biståndsbedömningarna för de som kommit till Rosengården under de utvalda månaderna visar att de flesta biståndsbedömningarna hänför sig till den första målgruppen, som syftar till en tids återhämtning innan den inskrivne kan gå hem eller få plats på särskilt boende, eventuellt i kombination med målgrupp 2, det vill säga att någon anhörig ska få en tids avlastning. Det är dock också relativt många biståndsbedömningar som kan hänföras till målgrupp 3 som syftar till rehabilitering och träning för att den inskrivne ska kunna gå hem<sup>14</sup>. Inskrivningar som enbart grundar sig på målgrupp 2, att någon anhörig ska avlastas är sällan förekommande. Genomgången av biståndsbedömningarna visar att så länge det är möjligt ökar man hemtjänstens insatser, det är när situationen blir ohållbar som korttidsplats beviljas för att den äldre ska få möjlighet till återhämtning/rehabilitering och/eller den anhörige få en tids vila. Finns det möjlighet att den utskrivne kan klara sig hemma med hjälp av hemtjänst och anhöriga väljs det alternativet framför särskilt boende. En del äldre söker dock särskilt boende, ofta med stöd av anhöriga som bor på annan ort, men får avslag om det är möjligt för dem att klara sig hemma. Att man känner sig ensam och orolig är till exempel inte ett tillräckligt skäl för att få en plats på särskilt boende beviljad. Många äldre multisjuka är beroende av såväl hemtjänst som en, ofta också äldre, anhörigs stöd och hjälp.

I Jönköpings län var våren 2002 orsaken till att man kom till korttidsboende behov av rehabilitering för närmare var tredje person medan var sjätte väntade på plats på korttidsboende. Fyra av tio bedömdes vara på korttidsboende av organisatoriska skäl. Drygt var femte vistades på korttidsboende därför att anhörigvårdare behövde avlösning (Wånell 2002: 8: 17).

## Vistelsetid

### Tabell 3

#### *Vistelsetider under urvalsmånaderna*

	Variation i antal dagar	Genomsnitt antal dagar
2003 april	1- 56	24
2003 maj	0-141	56
2003 nov	13-110	59
2003 dec	7-109	52
2004 april	14-131	46
2004 maj	6-147	31
2004 nov		

Den slutliga vistelsetiden på Rosengården varierar mellan 1 och 147 dagar, genomsnittet för de utvalda månaderna varierar mellan 31 och 59 dagar. Med tanke på att den tänkta vistelsetiden är 3 veckor måste detta bedömas som en mycket lång tid. En förklaring till detta kan vara att de inskrivna behöver betydligt längre tid för sin rehabilitering än vad som var förutsatt från början beroende på att de som kommer in är sämre än förväntat. En annan förklaring kan vara att en större del än vad som var förutsatt inte kan återvända till hemmet och därför blir kvar på Rosengården i väntan på plats på särskilt boende. Intervjuerna med

---

korttidsboende en person hamnar har jag valt att relatera boendehandläggarnas bedömningar till det övergripande dokumentet och de målgrupper som anges i detta.

<sup>14</sup> De som enbart behöver rehabilitering placeras dock i första hand på kommunens andra korttidsboende Karl-Johan-gårdarna.

personalen ger stöd för båda dessa förklaringar. Dessa förklaringar torde också samverka till att vistelsetiderna blir långa för många inskrivna. Ju sämre de som skrivs in är desto mindre är sannolikheten att de ska kunna återvända till hemmet efter kort tid.

I studien genomförd på Östermalm i Stockholm visar det också sig att det handlar om mycket sköra människor som har tre eller fyra diagnoser, de flesta kommer till korttidsboende från sjukhus och har dessförinnan haft daglig hjälp av hemtjänst och/eller hjälp av anhöriga (Wånell 2002: 8: 18). I studien i Jönköpings län hade vid inventeringstillfället personerna vistats på korttidsboendet mellan 1 dag och 533 dagar. I medeltal hade omsorgstagarna vistats på korttidsboendet i 37 dagar, hälften hade varit på korttidsplats i 17 dagar. I Östermalmsstudien hade 43 av totalt 125 studerade personer fått förlängd vistelse, 60 % av dem i mer än tre månader. Flertalet väntade på annat boende och många hade ett fortsatt rehabiliterings- och omvårdnadsbehov. Situationen på Rosengården med de långa vistelsetiderna förekommer således även i andra kommuner.

### Beläggningen på Rosengården

*Tabell 4*

*Antal inskrivna personer och totalt antal vistelsedygn under urvalsmånaderna*

	Antal personer	Vistelsedygn
2003 april	40	776
2003 maj	40	687
2003 nov	30	558
2003 dec	31	676
2004 april	30	686
2004 maj	37	770
2004 nov	38	733
2004 dec	44	751
2005 jan	36	816
2005 feb	30	718

Antalet personer som skrivits in under respektive månad är betydligt färre än antalet personer som fått vård och omsorg på Rosengården under de utvalda månaderna, vilket framgår av den statistik som förs i kommunen<sup>15</sup>, något som är logiskt mot bakgrund av att vistelsetiderna för många är så pass långa. Under de utvalda månaderna är mellan 30 och 40 personer inskrivna på de 28 SoL-platserna.

Genom att dela antalet vistelsedygn med antalet SoL-platser: 27 och dra det ifrån antalet dagar respektive månad framgår beläggningen under dessa månader. Det har dessutom i skrivande stund varit möjligt att få fram motsvarande uppgifter för de därefter följande 3 månaderna.

<sup>15</sup> Aktuell statistik över antal personer och vistelsedygn finns att tillgå ända fram till och med föregående månad.

Tabell 5  
Antal lediga platser, genomsnittligt per månad

	Lediga SoL-platser/dygn
2003 april	2
2003 maj	6
2003 nov	10
2003 dec	7
2004 april	5
2004 maj	3
2004 nov	4
2004 dec	3
2005 jan	1
2005 feb	1

Antalet lediga platser under de sju utvalda månaderna månader varierar mellan 2 och 10<sup>16</sup>. Detta ska ses mot bakgrund av att de inskrivna är multisjuka med en sammansatt problembild som innebär att det är svårt att kunna förutse hur länge de kommer att behöva vara kvar och därmed hur många platser som kommer att frigöras för att skriva in nya personer - även på kort sikt. Några SoL-platser måste också alltid finnas lediga för att i enlighet med Rosengårdens syfte kunna ta in palliativa patienter med kort varsel. Antalet lediga platser varierar därför beroende på vad som händer med de multisjuka inskrivna respektive de som är på väg till Rosengården. Till saken hör också att inga inskrivningar görs under veckosluten. Beläggningen har under de därefter följande 3 månaderna höjts, vilket återspeglar ett ökat tryck på kommunens korttidsplatser.

Vart tar pensionärerna vägen efter vården på Rosengården?

Tabell 6  
Utskrivna till hemmet eller särskilt boende samt avlidna

	Alla	Hemmet	Avlidna	SÄBO	Annat korttids	Övrigt
2003 april	12	8	2	1	-	1 oklart
2003 maj	13	2	1	8	2	
2003 nov	10	3	2	4	1	
2003 dec	9	4	1	3	1	
2004 april	6	4	-	2	-	
2004 maj	13	5	6	1	-	1 sjukhuset
2004 nov						
Summa	63	26	12	19	4	2

<sup>16</sup> Utnyttjandet av platserna på Rosengården 2003-07-01-2004-06-30 var enligt kommunens statistik på närplatserna (SoL) 81 % (muntlig uppgift från Vera Ekholm, kvalitetsansvarig för äldreomsorgen).

Tanken med korttidsplatser är att de inskrivna om möjligt ska kunna återvända till hemmet efter en kortare tids rehabilitering. En relativt stor del av de inskrivna på SoL-plats på Rosengården ansöker i stället om och beviljas plats på särskilt boende - och det är även en del som avlider under tiden på Rosengården, under de utvalda månaderna är det sammantaget 42 % som går hem. Detta tyder på att många inskrivna är sjukare än vad som var tänkt från början. Att de inskrivna i hög utsträckning är multisjuka äldre med stort hjälpbehov framgår också av biståndsbedömningarna för de utvalda månaderna<sup>17</sup>.

I studien genomförd i Jönköpings län samt på Östermalm i Stockholm vintern/våren 2002 visade det sig att nästan 80 % i Jönköping och drygt 50 % på Östermalm återvände till hemmet medan drygt 20 % i Jönköpings län och knappt 50 % på Östermalm flyttade till särskilt boende. Jämfört med detta tyder siffrorna på att det är färre på Rosengården som kan återgå till hemmet. Att siffrorna för Rosengården är aktuella än motsvarande siffror för Jönköping och Östermalm bör dock vägas in. Situationen för de äldre kan ha förändrats så att det på dessa orter är färre som idag kan återvända till hemmet.

## Sammanfattning

En stor del av de inskrivna på SoL-plats på Rosengården kommer från sjukhuset, en mindre del från hemmet. Vistelsetiden på Rosengården blir för många pensionärer betydligt längre än vad som var tänkt. En stor del är multisjuka äldre som inte klarar att gå hem efter korttidsvistelsen utan blir kvar i väntan på en plats på särskilt boende. Finns det möjlighet att den utskrivne klarar sig hemma med hjälp av hemtjänst och anhöriga väljs detta dock framför särskilt boende.

## Personalens uppfattning om verksamheten vid Rosengården

I begäran om forskningsstöd (se sidan 14) ställs frågan vad den nya enheten innebär för vården och omsorgen om den enskilde. Det har inte funnits möjlighet att inom uppdragets ram intervjua några pensionärer eller deras anhöriga. Redovisningen kommer att utgå från intervjuerna med personalen samt med några personer som i sitt arbete har kontakter med Rosengården. Jag kommer att i detta avsnitt ta upp lokalplaceringen, frågan om pensionärerna får erforderliga insatser, vilka kategorier av pensionärer som skrivs in, vårdplanering i samband med in- respektive utskrivning samt vårdtiderna.

Vid Rosengården bedrivs vård av ett slag som kommunen inte tidigare haft. Det är hög omvårdnad och blandad personal med olika specialiteter, synsätt och förmågor. Personalen är uttagen för att komplettera varandra. På kommunens särskilda boenden handlar det om omsorg, medan det på Rosengården är fråga om vård, menar de intervjuade. I första hand gäller det HSL-patienterna, men även SoL-pensionärerna är ofta akut sjuka, det handlar enligt de intervjuade om olika tänkesätt, men inte om två helt olika grupper. Det gäller till stor del att lindra och uppehålla, och för en del om att träna så de kan gå hem. Många stannar dock i väntan på särskilt boende. Rosengården blir då i praktiken ett särskilt boende. Vilket blir jobbigt också för de anhöriga, de kan inte säga upp lägenheten, eftersom det inte finns någon garanti för att man får stanna tills man får en plats på ett ordinärt särskilt boende. Det blir allt

<sup>17</sup> Enligt kommunens statistik över avslutade korttidsplatser 2003-07-01-2004-06-30 har 58 personer gått till ordinärt boende, 26 till särskilt boende, 36 avlidit och 16 förts till kategorin annat (muntlig uppgift från Vera Ekholm, kvalitetsansvarig för äldreomsorgen.)

svårare patienter som skrivs in, menar flera av de intervjuade. De inskrivna på Rosengården är sjukare än de som bor i särskilt boende, det är sjukdomen som står i centrum. De kan visserligen vara tyngre sjuka på särskilt boende, men de är inte lika akut sjuka där. Detta innebär å andra sidan att man ser framstegen på ett annat sätt här, menar en sjuksköterska som tidigare arbetat i särskilt boende. En del kommer in för medicinomställning, andra för att återhämta sig, någon kan komma bara över en helg. En sköterska uttrycker det som att ”målet är att HSL-patienterna ska bli friska och för SoL-pensionärerna gäller det att höja livskvaliteten så att de kan gå hem eller till särskilt boende”. HSL-patienterna har oftare enstaka åkommor och skrivs oftare hem. En del vill dock inte gå hem på grund av att de bor ensamma, trots att de bedöms klara av det. Men man får inte särskilt boende förrän man är så dålig att man inte klarar sig.

### Lokalplaceringen

Rosengården är inrymd i lokaler i Sandvikens sjukhus vilka är utformade för normal sjukhusvård, men stod tomma då Rosengården planerades. Att bygga nytt eller bygga om ett hus inom det kommunala bolaget Sandvikenhus skulle ha blivit dyrare. Detta innebär att Rosengården av såväl allmänheten som i landstinget och bland personalen uppfattas som en del av sjukhuset. Personalen på Rosengården använder också i hög utsträckning sjukhusterminologi och de flesta kallar de inskrivna för patienter, trots att det är kommunen som är vårdgivare och trots att de flesta är inskrivna på SoL-plats, vilket de enligt boendehandläggarna inte gör på Karl-Johangårdarnas korttidsboende. I intervjuerna med personalen framkommer hos en del en ambivalent inställning till lokalplaceringen. Å ena sidan betonar de fördelar lokalplaceringen innebär genom att det finns syrgas i väggarna, att korridorerna är så breda att man lätt kan mötas även med rullstol/rollator, att det finns räcken i korridorerna som de gamla kan hålla sig i, att såväl landstingets som kommunens hjälpmedelslager finns i källaren, att lokalerna ligger i ett plan så att personalen slipper springa upp och ner, samt närheten till en geriatrisk rehab-avdelning (73an), till apotek, familjeläkarjouren, röntgen och dagkirurgi. Å andra sidan pekar en del personal på att många inskrivna skulle vara betjänta av en mer hemlik miljö, det gäller dock i första hand de dementa som Rosengården egentligen inte är planerad för och som har blivit kvar länge. Att Rosengården uppfattas som en del av sjukhuset av allmänheten och är mer känt inom sjukvården än kommunens andra korttidsboende Karl-Johangårdarna, där det inte finns några HSL-platser, blir ett problem för boendehandläggarna då många enskilda och deras anhöriga begär att få komma till Rosengården, som de uppfattar som en fortsättning på sjukhuset med sjukvårdspersonal dygnet runt. Ibland lovar läkarna på sjukhuset också att de ska få komma till just Rosengården utan att ha mandat att kunna avgöra detta. Det är dels lokalplaceringen, dels de 5 HSL-platserna på Rosengården som anses vara orsaken till att Rosengården uppfattas som en sjukhusavdelning. Detta uppfattas av personalen dock inte som något stort problem och en del av personalen ser det som enbart positivt.

Idag finns en tendens att idealisera hemmaboendet medan institutionsboendet fördöms menar forskaren Anna Whitaker. Det är enligt henne viktigt att se att tråkighet och trygghet är två olika sidor av institutionsboendet. Tillhörighet, trygghet och gemenskap är, menar hon, meningsskapande aspekter i såväl hemmet som på institutioner (föredrag vid Stockholms universitet på institutionen för socialt arbets forskardag 2005-03-21).

## Vården på Rosengården

Får då pensionärerna som vistas på Rosengården erforderliga insatser?

På frågan hur man anser att Rosengården fungerar för de gamla svarar de intervjuade att det fungerar mycket bra. ”Rosengården fungerar jättebra, det är en otrolig vårdform för de gamla, det är fantastiskt att kommunen bedriver detta.” Man uppger att de gamla kan växla mellan en HSL- och en SoL-plats utan att behöva slussas runt, att det är ett lugnare tempo, hög personal-täthet, engagerad personal, att man hinner med, att det får ta tid, att pensionärerna får stanna ett tag, att man kan få bra vård i livets slut, att de gamla blir sedda, att de inte behöver känna av stress som på sjukhuset, att de slipper åka till sjukhuset i Gävle, vilket varit ett problem tidigare.

Det är enligt den intervjuade personalen pensionärerna som står i centrum på Rosengården. De blir bemötta i ett helhets sammanhang där hela deras livssituation tas in i bilden och de blir bekräftade som individer. De får eget rum och kan behålla sin integritet. Alla får enkelrum, par som vill ha dubbelrum kan få det.

Tidigare har många medicinskt färdigbehandlade åkt hem från sjukhuset, men om de inte klarat det har de fått åka tillbaka till sjukhuset igen. Det är svårt för många gamla i västra Gästrikland att åka till Gävle sjukhus och för de anhöriga att hälsa på där. Nu får de möjlighet att under några veckor vistas på ett ställe nära hemmet och slipper därmed ”sitta på akuten i tio timmar, komma till en stressig avdelning och ligga i korridoren”. Det är relativt lätt att få plats på Rosengården och det är billigare än att ligga på sjukhuset.

Pensionärerna vill gärna stanna, säger en sköterska: ” När de äntligen får komma hit har det havererat hemma. Då uppskattar de att få komma hit, att få nya vanor och hjälp att komma igång. Mattiderna ger struktur. Här är det tryggt, det är en annan trygghet än med hemtjänsten. Det är en trygghet att de har varandra också. Något hörs och rör sig, de söker sig till varandra runt mattiderna.” Många förstår enligt de intervjuade inte varför de måste flytta till annat särskilt boende när de trivs så bra, de tror att Rosengården är ett särskilt boende. Många blir kvar länge i väntan på plats i särskilt boende, de hinner få fasta rutiner och en miljö de trivs i. Rosengården blir ett hem.

Förutom att de inskrivna får god omvårdnad ska de flesta träna för att kunna gå hem. Ribban för träning kan dock enligt enhetschefen inte ligga så högt, det handlar för de flesta om vardagsträning. Synpunkter på att de äldre som orkar skulle behöva mer träning, mer stimulans och fler avskilda sittplatser har dock framkommit i intervjuerna. Det är särskilt under helgerna som omsorgspersonalen kan ha svårt att hinna med den föreskrivna träningen. De skulle gärna vilja ha hjälp till exempel av ett sjukgymnastbiträde.

En del pensionärer tycker att dagarna blir lite långtråkiga, de söker gärna kontakt med personalen. Det finns en arbetsgrupp bestående av en sköterska och några undersköterskor som arbetar med att ta fram förslag på hur pensionärerna ska kunna stimuleras. Man har nyligen gjort i ordning ett dagrum där pensionärer och personal till exempel kan fika tillsammans. Det händer också att omsorgspersonalen (undersköterskorna) sätter sig ned och spelar spel eller löser korsord med pensionärerna. På sommaren kan pensionärerna sitta ute på balkongen och en del klarar att ta en promenad. Det framkommer att många i personalen tar initiativ, ”utan att ta över”. Pensionärerna skulle dock, menar några av de intervjuade, kunna aktiveras mer i vardagen, det gäller att se möjligheterna: ”Det beror på vilken människosyn

man har, men det är saker som är lätta att fixa, omtanke styrs inte av pengar”. Vissa förslag som framkommit om att till exempel tillskapa ytterligare en sittgrupp har dock inte kunnat realiseras på grund av brist på medel för inköp av en vikvägg samt möbler. Arbetsterapeuten önskar sig ett litet kök där pensionärerna kunde träna matlagning och bakning. På helgerna har man ibland underhållning i matsalen, det kan vara PRO eller någon kyrka som ordnar musik, vilket uppskattas av många pensionärer.

## Kategorier av inskrivna

Vilka typer av pensionärer är det då enligt personalen som erbjuds plats på Rosengården?

### **Multisjuka äldre**

En del menar att det är de grupper av pensionärer och patienter som de hade väntat sig som skrivs in på Rosengården, andra menar att de är sjukare än vad de hade förväntat sig, åter andra hade förväntat sig att de skulle vara mer vårdkrävande. En del som får plats här skulle egentligen ligga på sjukhuset menar en sjuksköterska, inte för att de skulle få bättre vård där, men på grund av svårighetsgraden. En del som kommer till Rosengården är sjukare än vad sjukhuset medger säger flera sjuksköterskor. Det har hänt att patienter med en allvarlig psykiatrisk diagnos eller som varit för sjuka för att ligga på en närvårdsplats skickats tillbaka till sjukhuset. Då är normalt både enhetschef och läkare inkopplade.

### **Demens- och psykiatripatienter**

De flesta påtalar att blandningen av inskrivna är större än vad de hade förväntat sig. Det är en blandning av multisjuka, dementa, psykiatripatienter och döende. En sjuksköterska menar att blandningen av patienter motsvarar en medicinklinik. Det är i första hand de dementa som man inte hade väntat sig skulle vistas på Rosengården, men också patienter med allvarlig psykiatrisk diagnos. Trots goda förmågor hos personalen, finns inte, menar en sjuksköterska, all den kompetens som de behöver. De dementa stör de andra, de kan gå in till dem på natten eller störa dem i matsalen på dagarna. För de dementa är Rosengården för rörigt, det är för stora ytor för dem, de behöver mer avgränsning, de blir oroliga. Många i personalen har dock erfarenhet av demenspatienter och kan, till skillnad från på sjukhus och vårdcentraler, läsa av och bemöta dem, även om de inte själva kan uttrycka sina behov. Dementa kan vara i god fysisk form, men ha ett stort hjälpbehov. De kan säga att det går bra hemma, trots att de anhöriga får hjälpa dem med allt. Det är dock inte alltid bra för en dement att flytta, de har trygghet och rutiner där de bor. För de dementa som är rymningsbenägna eller har ett avvikande beteende kan det dock bli problem att bo kvar hemma.

I Socialstyrelsens uppföljning av Äldreuppdraget framkommer att personalen på korttidsboenden upplever det speciellt svårt att arbeta med de psykiskt sjuka och demenssjuka vårdtagarna (Wånell 2002: 8: 21). I landet som helhet ökar andelen dementa på särskilda boenden i takt med att det blir allt svårare att få plats där på grund av neddragningen av antalet platser menar Mats Thorslund. De dementa måste prioriteras. (Föredrag vid Stockholms universitet, institutionen för socialt arbetes forskardag 2005-03-21). En fråga som kan ställas är enligt Thorslund om det är bra att de kommer till korttidsboende innan de kan få en plats på särskilt boende eller om de i stället bör ligga kvar på sjukhus till dess att en bedömning av boendebehovet kan göras.

### **Palliativ vård**

För personer som befinner sig i livets slutskede och deras anhöriga innebär de palliativa platserna på Rosengården ett bra alternativ till att ligga på sjukhus när det blir för tungt hemma. Det finns särskilda palliativa rum, som man fått pengar av cancerföreningen för att inreda där det också finns möjlighet för en anhörig att sova i en extra säng. Om någon ligger för döden och ingen anhörig finns ringer man alltid in extravak, ingen dör ensam i kommunen till skillnad från i landstinget säger en sköterska. Detta upplevs som mycket positivt av personalen. Man försöker också att minimera personalväxlingen för de palliativa pensionärerna. Att de som ligger på de palliativa platserna inte skulle behöva träffa så många i personalen framförs dock av en sjuksköterska.

### **Avlastningsplats**

Det finns också möjlighet för hårt belastade anhöriga att få några veckors avlastning så att situationen i hemmet ska bli mer hållbar.

### **Från HSL-plats till SoL-plats**

Man kan också komma in som HSL-patient och skrivas över till en SoL-plats utan att behöva byta rum eller säng, det blir bara en administrativ fråga.

Kanske skulle det vara fler HSL - platser, menar en sjuksköterska, där de gamla ligger kortare perioder. Detta inte minst för att försvara Rosengårdens existens, som man upplever hotad på grund av att personalbemanningen är högre än på de särskilda boendena. Det är synd att primärvården inte utnyttjar platserna mer, menar såväl läkare samt sköterskor, utan att folk i stället får gå hem eller åka till sjukhuset. Dessutom skulle en del äldre behöva växelvård, det vill säga möjlighet att kunna komma in med viss kontinuitet för att avlasta anhöriga, vilket idag inte erbjuds på Rosengården, men däremot på kommunens andra korttidsboende Karl-Johan gårdarna. En sköterska uttrycker det som att kriterierna för vilka som får komma till Rosengården är otydliga

### **Vårdplanering inför ansökan om korttidsboende**

På vilka grunder görs då inskrivningen av nya pensionärer? Utgångspunkten för vårdplaneringen är vad den enskilde själv vill, boendehandläggarens utgångspunkt är dock att den enskilde ska återvända hem, man ”erbjuder” aldrig korttidsboende<sup>18</sup>. Det är ofta de anhöriga som vill att den enskilde ska få korttidsboende eller särskilt boende<sup>19</sup>, men det är inte säkert att den enskilde vill ha en sådan lösning. Det är dessutom svårt att få plats direkt.<sup>20</sup> Ofta kommer man dock överens med den enskilde om korttidsvistelse<sup>21</sup>. Det är i högre utsträckning personer som saknar socialt nätverk på orten som beviljas korttidsboende, de är skörare och utflyttade barn är ofta påstridiga. De som har barn/anhöriga på orten kan ofta vara kvar

<sup>18</sup> Enligt lagen om medicinskt färdigbehandlade, från 2003 lagen om utskrivningsklar, övertar kommunen betalningsansvaret fem dagar efter det att vårdplanering ägt rum.

<sup>19</sup> Ansökan till särskilt boende görs från korttidsplats eller hemifrån.

<sup>20</sup> I en inventering av utskrivningsklara patienter inom slutet somatisk sjukhusvård i landet den 29 september 2004 väntade 49 % på korttidsvård i särskilt boende och 21 % på permanent särskilt boende. Inventeringen visade att vårdplan i de flesta fall var upprättad inom en vecka (<http://www.skil.se/artikel.asp?C=406&A=13032>).

<sup>21</sup> Vid ansökan om korttidsboende fattas besluten ofta snabbt. Ansökningar om korttidsboende avslås sällan, varför det finns få överklaganden.

hemma längre. Kan den enskilde gå hem får han/hon dock göra det i väntan på beviljande av en ansökan om korttidsboende.<sup>22</sup>

Vid ansökan om korttidsboende skrivs oftast, eftersom beslut ska fattas snabbt, en förkortad utredning som lämnas till boendesamordnaren. Denna ligger till grund för den information som personalen på Rosengården får. En mer utförlig utredning skrivs senare, när boendesamordnaren får tid. Denna förs in på dator och läggs i akten. Bedömningarna i samband med inskrivningen till korttidsboende, vilka jag haft tillgång till för de utvalda månaderna, det vill säga oftast de förkortade utredningarna, är ofta mycket kortfattade. Det förekommer standard-motiveringar till exempel formuleras ofta syftet som att uppnå ”skäliga livsvillkor” eller ”skälig levnadsnivå”. De flesta inskrivna beviljas tre veckors korttidsvistelse, men två veckor har med tiden blivit allt vanligare för att få ”större snurr” på platserna.

### Vårdplanering vid utskrivning från Rosengården

Beslut om att eventuellt bevilja en förlängning kan tas av boendehandläggaren på telefon om personalen på Rosengården anser att ytterligare en period är nödvändig. Anser personalen på Rosengården att man inte kan göra mer för den enskilde kallar de däremot till vårdplanering<sup>23</sup>. I vårdplaneringen deltar den enskilde och eventuellt anhöriga, undersköterskan, en sjuksköterska från Rosengården samt boendehandläggaren. Därefter fattar boendehandläggaren, efter samråd med den enskilde och de anhöriga, beslut om den enskilde ska gå hem eller ansöka om särskilt boende.

Om den enskilde vill söka om särskilt boende gör boendehandläggaren en utredning, därefter behandlas ärendet i borådet som består av kommunens boendesamordnare, äldreomsorgsutvecklare samt en boendehandläggare. Borådet träffas var 14:e dag, är rådgivande och lämnar förslag till beslut. Beslutet tas av boendehandläggaren<sup>24</sup>. Den som beviljats särskilt boende får sedan vänta hemma eller på korttidsboende på plats på särskilt boende. Platserna fördelas i turordning efter beviljandedatum, undantag kan göras om det blir ohållbart hemma, ingen ska behöva vänta mer än tre månader, vilket man klarar när det gäller vanligt särskilt boende. När det gäller gruppboende för dementa kan det dock bli fråga om längre väntetider. Totalt finns idag 73 platser för dementa i kommunen. Beviljas särskilt boende, men den enskilde inte kan gå hem i väntan på detta blir han/hon kvar på Rosengården tills en plats på ett särskilt boende blir ledig.<sup>25</sup>

<sup>22</sup> Sköterskan på sjukhuset skickar ett fax till boendehandläggaren som pratar med berörd hemtjänsthandläggare om hur mycket hjälp den enskilde har hemma. Det kan vara svårt för den enskilde att redan på sjukhuset bedöma hur det ska fungera hemma. Man kan provisoriskt öka hemtjänstinsatserna hemma och göra en uppföljning vid ett hembesök efter några dagar. Boendehandläggarna kan ta ett 6-veckors beslut med automatisk uppföljning, så att man kan ta bort den hjälp som inte behövs. De flesta vill dock klara sig själva (intervju med boendehandläggarna).

<sup>23</sup> Boendehandläggarna tillfrågas när de kan komma, de flesta vårdplaneringar sker på förmiddagar för att inte krocka med vårdplaneringarna på sjukhuset.

<sup>24</sup> Avslag kan överklagas, vilket förekommer.

<sup>25</sup> I många fall där man söker särskilt boende är det bostaden som inte fungerar, lämpliga bostäder för dessa grupper saknas i hög utsträckning i Sandviken.

## Vårdtiderna

Många i personalen är kritiska till de långa vårdtiderna. De tycker att många gamla blir kvar för länge. Detta beror delvis på att man fått ta emot många dementa efter nedläggningen av demensboendet Skogsglántan och att det varit svårt att placera ut dessa, ett problem som dock har avtagit under hösten 2004 då speciella demensenheter inrättats på särskilda boenden. Även när det gäller inskrivna med psykiatrisk diagnos är det svårt att hitta andra mer långsiktiga lösningar. En annan orsak till de långa vårdtiderna är att de som beviljats plats i särskilt boende måste vänta tills en sådan plats blir ledig och ibland inte bedöms kunna gå hem under tiden. Den intervjuade läkaren menar att alla inte behöver skrivas in på tre veckor och man har nu börjat skriva in en del pensionärer på två veckor i stället. Boendehandläggarna arbetar dock, menar läkaren, med stor press från de anhöriga. Läkaren är kritisk till rutinmässiga förlängningar och till att många HSL-patienter sedan får stanna på en SoL-plats. HSL-platserna skulle också, menar läkaren, kunna utnyttjas mer, det finns enligt henne fler som skulle behöva HSL-plats, men Rosengården är inte tillräckligt känd bland de 35-40 läkare som skulle kunna skriva in hemifrån, i stället åker pensionärerna till sjukhuset i Gävle.

## Att vårdas hemma

Den intervjuade läkaren är kritisk till att man idag, när Rosengården finns, anstränger sig mindre att vårda palliativa patienter/pensionärer hemma. För många krävs det mycket stöd och hjälp dygnet runt hemma, kommunen tycker att det är bra att de i stället får komma till Rosengården, menar läkaren, det är inte alltid patienten som vill dit. Få patienter är så starka att de kräver att få vara hemma den sista tiden, men en del längtar hem. Det är dock svårt för kommunen att ge all den vård och hjälp de som inte har anhöriga hemma behöver.

## Röster utifrån

Det palliativa teamet vid Gävle sjukhus, en sjuksköterska/vårdplanerare som arbetar på geriatriska kliniken vid Gävle/Sandvikens sjukhus samt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i Sandvikens kommun har också intervjuats. De är alla positiva till den verksamhet som bedrivs vid Rosengården. Det palliativa teamet menar att deras patienter ofta behöver snabba insatser, det handlar ofta om växelvård eller avlastning när någon kommer till ett korttidsboende, har de inte tidigare haft hemtjänst kan det ta för lång tid att sätta in sådan. På Rosengården kan de ta emot snabbt och patienten får då andrum och slipper vandra runt mellan olika kliniker. De skulle vilja ha ett sådant korttidsboende även i Gävle. Ett problem är dock att yngre patienter inte kan/bör tas in på korttidsboenden för äldre, det skulle behöva finnas ett hospice, menar de, där även de yngre kunde tas emot.

Sjuksköterskan/vårdplaneraren vid geriatriska kliniken anser också att Rosengården fungerar mycket bra och önskar också att denna typ av korttidsplatser skulle finnas i Gävle. Även den medicinskt ansvariga sköterskan i kommunen anser att verksamheten på Rosengården fungerar bra. Rosengården har mycket kontakter utåt, men få anmälda avvikelser. Hon menar dock att syftet med vistelsen på Rosengården ibland är otydligt och att personalen tar för mycket ansvar, många pensionärer skulle enligt henne klara mer själva än vad man begär av dem.

## Sammanfattning

Den fråga som detta avsnitt syftar till att belysa är vad den nya enheten Rosengården innebär för vården och omsorgen om den enskilde.

Etablerandet av Rosengården har syftat till att undvika rundgången för multisjuka äldre mellan hemmet, sjukhuset och primärvården. Tanken är att vården och omsorgen på Rosengården ska präglas av ett helhetsperspektiv där socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen integreras.

I intervjuerna framkommer att vården och omsorgen om de äldre på korttidsboendet Rosengården fungerar bra för de flesta kategorier av inskrivna; såväl för avlastning, vård i livets slut som för de som väntar på att gå hem eller få plats på särskilt boende. Man menar dock att Rosengården inte är en lämplig miljö för dementa och pensionärer med allvarlig psykiatrisk diagnos. De behöver en mindre och mer hemlik miljö. Att dessa grupper skrivs in på Rosengården skapar oro också för de övriga äldre multisjuka som utgör de egentliga målgrupperna. Vistelsetiderna har tenderat att bli långa för många inskrivna, särskilt för dementa och de som har en psykiatrisk diagnos, då långsiktiga lösningar för dessa grupper saknats, vilket är olyckligt såväl för dessa som för övriga inskrivna på Rosengården. Den sjukhuspräglade miljön är, menar man, inte en lämplig boendemiljö när det blir fråga om långa vistelsetider. Frågan om på vilka grunder och enligt vilka kriterier man beviljas korttidsplats respektive plats på Rosengården har inte kunnat studeras närmare inom ramen för denna utvärdering, men är en fråga som bör kunna belysas mer ingående i en slututvärdering.

Intervjuerna med personalen tyder på att de inskrivna pensionärerna trivs mycket bra, många skulle gärna stanna kvar på Rosengården. Deras anhöriga är också enligt personalen mycket nöjda med Rosengården, det är till exempel vanligt att de sätter in ett tack till personalen under "veckans ros" i lokalpressen. Även den medicinskt ansvariga sköterskan i kommunen menar att verksamheten fungerar mycket bra. I intervjuer med personal vid Gävle sjukhus (geriatriken, palliativa teamet) framkommer också att man har en mycket positiv bild av Rosengården och verksamheten där. Man skulle önska att denna typ av korttidsboende fanns även i Gävle.

Ytterligare åtgärder skulle dock enligt de intervjuade kunna vidtas för att förstärka kontinuiteten och helhetsperspektivet på Rosengården. Förslag på sådana åtgärder som har framkommit i intervjuerna är ett vidgat kontaktmannaskap för pensionärerna, en högre grad av specialisering och en ökad fokusering på pensionärens livsomständigheter.

De flesta intervjuade av sjukvårdspersonalen uppfattar lokalplaceringen som ändamålsenlig, medan boendehandläggarna, sjukgymnast och arbetsterapeut menar att en mer hemlik miljö vore att föredra.

Ur de anhörigas perspektiv kan det kännas tryggt med sjukhusmiljön, den höga personalbemanningen och att det alltid finns sjuksköterskor på plats. Frågan är dock vad det betyder att många pensionärer gärna skulle stanna på Rosengården, betyder det att de föredrar ett sjukhusliknande korttidsboende/särskilt boende framför en mer hemlik miljö? Man kan också fråga sig vilka konsekvenser det får att en del av dem betraktar Rosengården som ett särskilt boende och blir kvar länge. Underlag att diskutera denna fråga saknas i denna utvärdering,

men det är en fråga som skulle kunna belysas genom intervjuer med pensionärer och deras anhöriga när en slututvärdering ska göras.

## **Rosengården som arbetsplats**

En annan av frågorna för utvärderingen är hur personalens arbetsinnehåll, arbetsmiljö och trivsel påverkas. Även denna fråga ska jag belysa med utgångspunkt i intervjuerna. Det kommer jag att göra under rubrikerna personalsituation, personalkategorier, utbildning och utveckling, dokumentation samt övrigt.

### **Personalsituation**

Det var många som sökte tjänsterna vid Rosengården, särskilt underskötersketjänsterna, och en rad kriterier sattes upp inför uttagningen<sup>26</sup>. Man eftersträvade en blandning av personal med olika utbildning, erfarenhet och ålder. Många sökte, visar det sig i intervjuerna, anställning på Rosengården dels för att de var intresserade av den nya verksamhet som skulle byggas upp, dels för att de ville ha ett arbete på rimligt avstånd till hemmet. Några hade på grund av sjukvårdens omorganisation i länet pendlat till Gävle (ca 2 mil från Sandviken) en tid.

Rosengården leds av en enhetschef som är sjuksköterska och tidigare arbetade som medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen. Av de 16 anställda sjuksköterskorna arbetar 10 dagtid och 6 på natten. Varje natt arbetar 2 sjuksköterskor, en är stationerad på Rosengården och en arbetar i första hand gentemot kommunens särskilda boenden, uppskattningsvis ca 50 % av tiden. Man byter efter 6 veckor. Den som är ambulering är egentligen stationerad i en lokal på stan, men eftersom hon inte vill sitta där ensam fungerar Rosengården i stället som bas. Det finns således 13 sjukskötersketjänster på Rosengården, de övriga 3 tjänsterna riktar sig i första hand till de särskilda boendena. Av de 30 anställda undersköterskorna arbetar 23 dagtid och 6 på natten. 2 läkare arbetar ca 10 timmar var/vecka på Rosengården, det vill säga tillsammans en halvtidstjänst. En arbetsterapeut och en sjukgymnast arbetar 30 % var på Rosengården. Alla anställda är kvinnor, det fanns när Rosengården startades, trots ett mycket stort intresse från sjuksköterskor och undersköterskor i kommunen, inga manliga sökande till tjänsterna. Kommunen är arbetsgivare för all personal utom läkarna.

Det är en relativt hög bemanning på Rosengården jämfört med de särskilda boendena i kommunen, men såväl enhetschefen som undersköterskorna menar att det ibland på helgerna skulle behöva vara en högre grundbemanning på omvårdnadssidan. Det är hög vårdtyngd, många är väldigt sjuka när de kommer.

### **Arbetstider, schema**

Sjuksköterskorna och undersköterskorna har fått den arbetstid de önskat. Många arbetar heltid, men det förekommer också olika typer av deltid. De har också möjlighet att påverka sitt schema via time-care-systemet som innebär att de lägger in det schema de önskar under en viss period. Det finns sedan en eller flera samordnare/piloter som har till uppgift att förhandla fram ett slutgiltigt och täckande schema. Ytterst ansvarig för sjuksköterskornas

<sup>26</sup> De kriterier som uttagningen av undersköterskor gjordes efter var: formell utbildning, erfarenhet av arbete med äldre, flexibilitet, referenser, åldersspridning och ökad jämställdhet (anteckningar av chefen för äldreomsorgens biståndshandläggare Ingrid Nilsson).

schemaläggning är sjuksköterskornas chef, alltså inte enhetschefen för Rosengården, vilket kan ställa till problem till exempel om någon är frånvarande. Det är då sjuksköterskornas chef som är ansvarig för att lösa situationen, inte chefen för verksamheten som känner till personalbehovet. (Under intervjun med enhetschefen anmälde sig till exempel en inkallad vikarie som inte behövdes och som fick skickas hem igen.) Enhetschefen är däremot ansvarig för undersköterskornas schema.

### **Personalomsättning, frånvaro, vikarier**

Frånvaron är enligt enhetschefen mycket låg: 2-3 %. Ingen har slutat under de knappa 2 år som verksamheten pågått, två har varit barnlediga. Inga arbetsskador har rapporterats.

När någon sjuksköterska är sjuk meddelas samordnaren och eventuellt chefen för sjuksköterskorna som är ansvarig för schemaläggningen. Enhetschefen ska egentligen inte informeras, men i praktiken meddelas hon ändå ofta. Vikarier kommer via bemanningscentrum där det finns 24 personer som har pooltjänster som alla är utbildade undersköterskor. Det är stor kontinuitet på vikarierna, det förekommer dock också timvikarier, som dock ofta saknar utbildning.

## **Personalkategorier**

### **Sjuksköterskorna**

De intervjuade sjuksköterskorna trivs mycket bra på Rosengården. Blandningen av pensionärer gör, menar flera av de intervjuade, att man lär sig nya saker, man hinner inte tröttna, det är stor variation i arbetet. Sjuksköterskorna har hand om inskrivning, bedömning, utskrivning, kontakter utåt och med anhöriga. De menar att de har ett större ansvar än på en klinik på sjukhuset där man har läkare bakom ryggen. De har ett stort eget ansvar för även de svårt sjuka. Detta upplevs i huvudsak som positivt, arbetet ses som mer självständigt. Rosengården uppfattas som en sjukhusavdelning, men med mindre resurser.

Ibland går det snabbt, från sjukhuset har man ofta bråttom med att skriva ut patienter, vilket kan innebära att sköterskorna på Rosengården inte får tillräcklig information om patienten. Detta har, menar en sköterska, att göra med att man i landstinget har otillräcklig information om kommunens sätt att arbeta med vård och omsorg: ”de tror att allt pågår 24 timmar/dygn”.

”Att arbeta i kommunen är att arbeta i en annan värld” säger en sjuksköterska. ”Det är roligt och mer självständigt, men det krävs att vi blir förstådda.” En annan sjuksköterska säger dock att: ”Vi är så många sjuksköterskor här att vi är synliga i kommunen. På de särskilda boendena kan det däremot vara annorlunda. Där är det oftast inte sjuksköterskor som är chefer och då kan det vara svårt för dem att veta vad en sjuksköterska kan göra”. Att arbeta som sköterska i kommunen innebär dock, menar flera sköterskor, att man får göra allt själv, det saknas till exempel läkarsekreterare och vaktmästare. Ofta är undersköterskorna heller inte medicinskt erfarna och man kan då inte delegera till exempel provtagning, sårvård eller att ge blodsocker till dem. Eftersom pensionärerna ska skrivas in och ut och de har egna mediciner som ska lämnas in och hämtas ut och betalas blir det också mycket administration för sköterskorna. Att vara sjuksköterska i kommunen upplevs som diffusare än i landstinget, vilket leder till otrygghet i yrkesrollen, samtidigt uppfattas det som mer självständigt och ansvarsfullt, vilket uppskattas.

Rosengården skiljer sig från kommunens särskilda boenden, det är i högre utsträckning sjukvård som bedrivs, samtidigt som målet är att pensionärerna ska kunna gå hem igen. I verksamheten på Rosengården är det ett inom vården traditionellt somatiserande arbetssätt som dominerar och sköterskorna turas om att arbeta med alla patienter/patientgrupper. Argumentet för detta är att alla sköterskor ska känna alla inskrivna. Men en del av sjuksköterskorna skulle gärna se en högre grad av specialisering, vilket delvis krockar med ett rättvisetänkande. Läkaren är också positiv till en ökad specialisering, men menar att det är problematiskt att genomföra på grund av det dubbla chefskapet där chefen för Rosengården inte också är chef för sjuksköterskorna.

Det uppfattas, säger flera sjuksköterskor, som mest utvecklande att arbeta med HSL-patienterna som har en mer medicinsk problematik. På Rosengården utför de sköterskor som arbetar på dagen endast sjuksköterskeuppgifter, vilket de är nöjda med. De som inte är helt nöjda är nattsjuksköterskorna som upplever att arbetet på natten inte är tillräckligt kvalificerat, de får inte använda sin sjukvårdskompetens till fullo. De menar att nattsköterskorna skulle kunna göra mer<sup>27</sup>. Som nattsjuksköterska rapporterar de till dagpersonalen eller kontakter i akuta fall jourläkaren, oftast per telefon, som oftast vill avvakta till dagen efter eller skickar patienten till sjukhuset. Läkare har beredskapsjour på natten, sjuksköterskorna får inte ordinera medicin vid till exempel smärta. De ringer ibland läkaren även vid bedömningar. Som sjuksköterska i landstinget tog hon, menar en sköterska, mer ansvar samtidigt som hon hade ett närmare samarbete med jourläkaren, som ofta var densamma, vilket innebar att de lärde känna varandra. Med de olika jourläkare som nattsköterskorna på Rosengården ska kontakta vet man, menar hon, inte vilket mottagande man får.

Sjuksköterskorna ansvarar för medicinutdelning och anhörigkontakter på nätterna, men de ”springer också mycket på ringningar”<sup>28</sup>. Det existerar enligt de intervjuade ett gammalt rättvisetänkande som är särskilt tydligt på natten som går ut på att sjuksköterskor och undersköterskorna ska springa på varannan ringning. Nästan all kvalificerad sjukvård kan på Rosengården göras på dagtid. På nätterna arbetar två eller tre undersköterskor och minst en sjuksköterska är inne på Rosengården, nattbemanningen varierar således mellan tre och fem personer.

Nattsjuksköterskorna har lagt fram ett förslag att båda de sjuksköterskor som arbetar på natten ska vara ambulerande och ha sin utgångspunkt i en lokal på stan och att man då också från Rosengården vid behov skulle få ringa efter en sjuksköterska på natten. Nattsköterskorna hänvisar till att många som bor i de särskilda boendena också är sjuka, även där finns till exempel cancerpatienter. Det görs, hävdar en sjuksköterska, fler akuta insatser på de särskilda boendena än på Rosengården på natten på grund av den täta sjuksköterskebemanningen på Rosengården på dagen. Förutom att det är för lite kvalificerade sjuksköterskeuppgifter på Rosengården på natten menar nattsköterskorna att det är för lite personal på de särskilda boendena med en sköterska på totalt ca 500 pensionärer. Om de vore två ambulerande på natten skulle en av dem kunna stanna några timmar på ett särskilt boende vid behov. Undersköterskor och biträden i kommunen har visserligen, menar de, delegation på att dela medicin och ge snabbverkande insulin på natten samt kan spola kateter, men kan till exempel inte kolla blodtryck och vid dödsfall ringer de efter en sjuksköterska. Den ambulerande tjänsten innebär, menar de, mer sjukvårdsarbete och det är svårt att samtidigt vara på flera

<sup>27</sup> Att använda tiden på natten till att till exempel sitta vid datorn eller läsa papper uppfattas som svårt.

<sup>28</sup> Ringsystemet på Rosengården där alla har en sladd ovanför sängen och kan ringa när de vill, skiljer sig från de särskilda boendena där endast vissa personer har larm och larmet går till larmcentralen i Gävle, som fungerar som sorteringscentral och därifrån ringer nattpersonalen på det särskilda boendet.

ställen<sup>29</sup>. Det blir mycket bilkörning och det skulle vara en trygghet att vara två vid bedömningar menar de. Under ett par perioder har man på försök låtit undersköterskorna turas om att åka med den ambulerande sjuksköterskan till särskilda boenden. Någon riktig utvärdering av dessa försök har inte gjorts, men ett problem med detta, som kommit upp i intervjuerna, är att undersköterskorna inte alltid har kunskap och erfarenhet av sjukvård samt att det blir för mycket arbete för de undersköterskor som är kvar på Rosengården. Nattsjuksköterskorna menar att avtalet och formuleringen ”tillgång till sjuksköterska dygnet runt” kan tolkas på olika sätt och att den gällande tolkningen innebär att de 5 HSL-platserna får styra hela verksamheten. Enhetschefen har inte sett det som nödvändigt att diskutera vem som ska göra vad på natten, men sjuksköterskornas chef vill att det ska preciseras.

### **Undersköterskorna**

Även undersköterskorna trivs mycket bra. Undersköterskorna tvättar, duschar, matar de inskrivna, sköter vardagsträningen, städar<sup>30</sup> och har hand om köket. Undersköterskorna som arbetar natt ”springer i första hand på ringningar”, men ska också städa, torka golv, vattna blommor, koka kaffe, bära ut sopor. Det behövs två undersköterskor för att klara vissa tunga eller mycket sjuka personer. Alla undersköterskor är kontaktperson till något rum, vilket innebär att de sköter städning, vårdplanering samt tar anhörigkontakter om det är något de inskrivna vill ha. Undersköterskorna är med på läkarrond, vårdplanering och funktionsrond, de känner de inskrivna väl.

Eftersom det alltid finns närvarande sköterskor har undersköterskorna på Rosengården ingen delegation till skillnad från på de särskilda boendena, på natten kan de dock hjälpa till med att till exempel kolla blodtryck och dela medicin. Bland de intervjuade undersköterskorna finns ett stort intresse av mer kunskap/utbildning och utveckling i arbetet.

Under helgerna, när det är en lägre personalbemanning, kan det vara svårt att hinna med att hjälpa alla pensionärer med träningen, som ska ske minst två gånger per dag, menar de intervjuade undersköterskorna. De skulle önska att arbetsterapeut och sjukgymnast eller ett sjukgymnastbiträde skulle ansvara för och/eller hjälpa till med träningen.

### **Arbetsterapeut och sjukgymnast**

Sedan år 2000 finns i kommunen en rehabiliteringsenhet som fungerat med nuvarande bemanning sedan januari 2004. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten arbetar sedan våren 2004 30 % var på Rosengården och resterande tid på andra äldreboenden i kommunen. När Rosengården startade insåg man dock inte att man skulle behöva ha egna rehabiliteringsinsatser, man började med att hyra in sådana insatser från primärvården<sup>31</sup>. Man hade inte heller insett, menar sjukgymnasten och arbetsterapeuten, hur de jobbar och vad de kan bidra med när det gäller till exempel andning, cirkulation och trycksår även för de sängliggande. Föreställningen var att sjukgymnaster arbetar med gångträning och arbetsterapeuter med hjälpmedel.

En gång i veckan går man igenom alla pensionärer vid en funktionsrond. Då deltar en sjuksköterska och en undersköterska från varje vårdlag, sjukgymnast och arbetsterapeut samt

<sup>29</sup> . Det är dock sällan de som bor på de särskilda boendena behöver vänta någon längre stund på till exempel smärtlindring, längst är det till Österfärnebo dit det tar ca 1 timme att köra.

<sup>30</sup> Dagtid kommer en städpatrull några gånger/vecka och städar korridorer och toaletter.

<sup>31</sup> I Madeleine Bolls utvärdering tas behovet av ökade resurser för sjukgymnast/arbetsterapeut upp. 2003 arbetade de endast 2 timmar var/vecka konsultativt gentemot Rosengården (Boll 2003: 14). En stor förbättring har således skett under 2004.

boendesamordnaren, som vet om det finns lediga platser på något särskilt boende, och eventuellt enhetschefen. Rehabiliteringsmål fastställs för de nya pensionärerna och man diskuterar runt de tidigare inskrivna och rapporterar hur det går med träningen. Sjukgymnast och arbetsterapeut kopplas dock inte in på alla patienter och mer på vissa. Vid de övriga två halvdagar i veckan som arbetsterapeuten och sjukgymnasten är på Rosengården träffar de nyinskrivna pensionärer och gör bedömningar av vilka hjälpmedel och vilken träning som de behöver samt instruerar personalen. De ser sitt arbete som konsultativt. De utför bedömningar och delegerar träningen till omsorgspersonalen. Det handlar framför allt om bedömning/träning av vardagliga aktiviteter, som till exempel förflyttningar, gångträning, trappgång, rullstolskörning, ADL.

Sjukgymnasten saknar patientkontakten i det konsultativa arbetssättet, men ser samtidigt detta arbetssätt som spännande. Det kan dock bli problem med överföringen av information vid personalbyten, då kan träningen falla mellan stolarna. Om sjukgymnasten och arbetsterapeuten skulle arbeta mer patientintensivt under längre tid skulle de, menar de, få en bättre bild och upptäcka fler problem, men då skulle de behöva vara fler, nu bedriver de ett konsultativt arbete och tar bara de ärenden som aktualiseras. Om de skulle vara på Rosengården varje dag skulle de, menar de, få en annan roll i arbetslaget och det skulle vara lättare att få fram information. Idag är det viktigaste samarbetet med omsorgspersonalen, de är deras förlängda arm som utför träningen och känner pensionärerna.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten menar att Rosengården fungerar bra, personalen är motiverad och engagerad, utbildad och har ett bra rehabiliteringstänkande. Patienter trivs överlag bra på korttidsboenden som har mer personal och där det händer mer än på de särskilda boendena menar de. Att kommunen och landstinget har två olika hjälpmedelslager är dock krångligt för dem. De pensionärer som kommer hemifrån och sedan ska hem ska ha hjälpmedel från landstinget/primärvården, men om de i stället kommer till särskilt boende skrivs hjälpmedlen över till kommunens lager. Det är dock en fördel att båda lagren finns i sjukhusets källare, det är möjligt att springa ned och kolla vad som finns och att hämta hjälpmedel vid akuta behov. De anser dock att Rosengården skulle ha kunnat vara en mer hemlik och stimulerande miljö och litet mindre sjukhus.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten uppger att det tagit tid att komma in i rutiner och få till ett fungerande schema, de har planer på att starta upp fler aktiviteter, till exempel att starta gymnastikgrupper och att till exempel låta de inskrivna delta i köksaktiviteter. Särskilt de som varit länge har enligt dem tråkigt, de är ofta fysiskt pigga och skulle behöva ha mer stimulans. Att vara aktiv är dock bra för alla, menar de, även de som stannar en kort tid. Arbetsterapeuten skulle önska sig ett litet kök för bedömning och träning. De skulle också vilja ha mer tid för utbildning av personalen, men ärendena kommer först och schemat är fullt. De upplever att det de säger går fram, vilket de menar gör det roligt att jobba på Rosengården och gör att det fungerar bra för pensionärerna.

### **Läkarna**

De två läkarna är familje- och allmänläkare och har sina ordinarie anställningar på Hälso-centralen Centrum. Läkarna arbetar tillsammans ca 20 timmar/vecka på Rosengården.

Minst 3 gånger/vecka kommer en av läkarna till Rosengården och träffar ansvariga sköterskor och undersköterskor samt undersöker de pensionärer som har ett påkallat behov.

Läkarna deltar också i den bedömningsgrupp där ansökningar till korttidsplaceringar bedöms. I övrigt är de alltid tillgängliga via mobilen. De prioriterar Rosengården, de ser det som viktigt

att vara direkt anträffbara, de inskrivna kan försämrans snabbt och de vill vara en trygghet för sköterskorna.

Läkarna anser att Rosengården fungerar bra. De menar att det är svårt att avgränsa vem som bara är gammal eller bara sjuk och därmed var gränsen går mellan landsting och kommun. Dessa äldre passar inte att slussa runt på sjukhus, därför är det, menar de, bra med ett sådant boende som Rosengården som är en närvårdssatsning för äldre med komplicerade behov, där det får ta tid, där de äldre får stanna, där de inskrivna kan växla mellan HSL - och SoL-plats och där det även finns palliativa platser för vård i livets slut.

Att personalen tycker om att jobba med de gamla, trots att det är ett arbete som kräver mycket är enligt läkarna tydligt.

Ett bättre medicinskt underlag i ansökan till korttidsboende vore, menar läkarna, önskvärt, det är idag ofta bristfälligt.

Läkarna är tveksamma till arbetsorganisationen när det gäller det dubbla chefskapet. De önskar att personalen på Rosengården endast skulle ha en chef. Detta skulle göra det lättare att driva utveckling och förbättringar. De har idéer om att specialutbilda personal i till exempel palliativ vård, vilket försvåras av det dubbla chefskapet.

## Utbildning och utveckling

### **Förändringsarbete**

Under de knappa två år som Rosengården funnits har personalen lärt känna varandra, byggt upp rutiner och samarbetar bättre. Time-care-systemet med möjlighet att variera schemat anses vara en faktor som bidragit till att man känner all personal. En del rutiner har förändrats. De flesta är positiva till de förändringar som ägt rum, en sköterska menar dock att det går för sakta. En annan sköterska menar att reflexionstillfällen saknas i arbetssättet. Man har haft två utvecklingsdagar där man diskuterat verksamheten och gett förslag på förbättringar. Uppfattningarna om dessa dagar är olika. En sköterska anser till exempel att man hade ett mycket bra material att utgå från, medan en undersköterska inte anser att det gav någonting.

### **Utbildningsinsatser**

Det är personalmöten en gång/månad, nattmöten för sig. Ibland ordnas möten för all personal. Ibland kallas dessutom de undersköterskor som arbetar dag på begäran till egna möten. Man arbetar också i olika arbetsgrupper.

Enhetschefen har utvecklings- och lönesamtal med undersköterskorna. Det är däremot sjuksköterskornas chef som har utvecklings- och lönesamtal med sjuksköterskorna. Ibland är enhetschefen på någon sjuksköterskas begäran med. Vid utvecklingssamtalen med undersköterskorna får enhetschefen veta vad de tycker om samarbetet med sjuksköterskorna, hon får dock inte motsvarande information från sjuksköterskorna, eftersom det är chefen för sjuksköterskorna som håller i deras utvecklingssamtal.

Att få gå utbildning på betald arbetstid och/eller få bidrag till utbildning är, menar flera av de intervjuade, svårare i kommunen än i landstinget. Sjuksköterskorna uppskattar dock att deras chef arbetar för deras möjligheter till vidareutbildning.

Några sjuksköterskor har tidigare gått eller går specialistutbildning till exempel inom äldre vård, geriatrik, palliativ vård, stroke, rehabilitering respektive distriktssköterskeutbildning och några sköterskor håller på med ett forskningsprojekt om att förebygga urinvägsinfektion.

All personal går en palliativ kurs, några går en demenskurs, vilka båda uppfattas som mycket bra.

Ibland ordnas föreläsningar i något ämne på arbetsplatsen, man har haft föreläsningar om Parkinson och om dialys. Då tar man in vikarier som får ta ringningarna eller så får personalen springa ifrån. I intervjuerna framkommer ett behov av fler föreläsningar om sjukdomar hos äldre. Det kan vara svårt att få gå även kortare kurser till exempel har de som ansökt om att få gå en halvdagskurs om äldre och läkemedel hittills fått nej av ekonomiska skäl.

Den som tar på sig ett särskilt uppdrag får gå kurs för detta till exempel har lyftombudet gått hjälpmedelskurs och hälsoombudet kurs i rygg -nacke -massage.

Alla sjuksköterskor har, med anledning av att journalerna ska föras på dator, fått datautbildning i form av föreläsningar, vilket de flesta dock ser som otillräckligt.

Den handledning som förekommit, tidigare under ledning av en präst och på senare tid på läkarnas initiativ, uppfattas som positiv av alla intervjuade. Att ha möjlighet att sitta ner och prata efter en jobbig tid med en palliativ patient/pensionär uppfattas som mycket bra.

## Dokumentation

Journal upprättas under första dygnet efter att en intervju med den inskrivne och eventuellt anhöriga har gjorts. Denna ska ge en helhetsbild av pensionären. De som kommer från sjukhuset har i bästa fall med sig en epikris och en slutanteckning från behandlande läkare samt en läkemedelslista. De som kommer hemifrån har läkemedelslista från hälsocentralen.

Det finns två pärmar för journalföringen av de inskrivna på Rosengården; en SoL-pärm per korridorsida, det vill säga för 15 inskrivna pensionärer som innehåller rapportblad där pensionärens medicinska status framgår. Varje HSL-patient<sup>32</sup> har en egen pärm där in- och utskrivning samt vårdplan ska framgå. De palliativa pensionärerna har också var sin pärm, men den ser annorlunda ut. Dessutom finns en SoL-pärm där undersköterskorna skriver om en pensionär varit ute, haft besök eller liknande, de dokumenterar hittills inte via datorn.

Sjuksköterskorna har nyligen börjat dokumentera via datorn. De skriver in namn, personnummer, när den inskrivne har kommit och varifrån samt när han/hon skrivs ut och vart. För SoL-pensionärerna förs också en läkemedelslista på datorn. Det är mer jobb med HSL-patienternas dokumentation eftersom de är mer akut sjuka. De ska skrivas in i medix som skickas till olika instanser med betalningsansvar. Hälsocentralen och kommunen ska veta om att de är inskrivna på Rosengården. Åtgärder och möten ska bekräftas via datorn.

<sup>32</sup> Madeleine Boll tar upp dokumentationen runt HSL-patienterna i sin utvärdering och menar att IT-avdelningarnas ansvar behöver förtydligas. Det är, menar hon, en orimlig byråkratisk hantering av de 5 HSL-platserna i jämförelse med SoL-platserna (Boll 2003: 10-11).

Inställningen till datorn varierar<sup>33</sup>, några ser den som ett nödvändigt ont, andra menar att den kommer att bli ett bra hjälpmedel när alla börjat använda den. De flesta menar att de fått för lite utbildning (2-3 halvdagsutbildningar) och att de skulle behöva tid för att sätta sig ner och prova att jobba vid datorn, men man upplever det som svårt att gå undan och sätta sig vid datorn när det är annat som ska göras, och man är rädd att andra ska tycka att man smiter från det 'egentliga' arbetet att arbeta direkt med pensionärerna.

Att mycket information idag kommer via datorn uppfattas av några sköterskor som ett uttryck för kommunens sätt att arbeta där "ingenting följs upp, ingen håller i trådarna och massor av arbetsuppgifter läggs ut på personalen ovanpå allt annat". Detta sätter de i motsättning till att lägga vikten på pensionärerna. En sköterska uttrycker det som att hon "vill kunna se hela sammanhanget, inte bara trycka på en knapp".

## Övrigt

All personal på Rosengården får, liksom all kommunalt anställd vård- och omsorgspersonal i Sandviken, hålla sig med egna arbetskläder. De vill dock inte gå i sina privata kläder, utan inhandlar speciella arbetskläder som de själva tar hem och tvättar. Några av de intervjuade tar upp detta som en nackdel med att vara kommunalt anställd

## Sammanfattning

Den intervjuade personalen vid Rosengården är mycket nöjda med sitt arbete, en del säger att de aldrig trivts så bra på en arbetsplats. Sjuksköterskorna anser att omsorgspersonalen är mycket bra och tvärtom. Enhetschefen är mycket uppskattad av personalen. Enhetschef, läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut upplever den fast anställda personalen på Rosengården som mycket engagerad, motiverad och lätt att arbeta tillsammans med. Det var många sökande till tjänsterna, den personal som anställdes är utvald enligt en rad kriterier. Läkarna är alltid tillgängliga på telefon, vilket uppfattas som mycket värdefullt av den fast stationerade personalen.

Blandningen av pensionärer uppfattas som stimulerande. Att vara sjuksköterska på Rosengården uppfattas som ett självständigt arbete med stort ansvar. Den andra sidan av detta är dock att det saknas kringresurser som sekreterare och vaktmästare, vilket innebär att vårdpersonalen får klara allt själva såväl all dokumentation som att till exempel hämta ut medicin till pensionärerna.

Sjuksköterskorna känner sig synliga, trots att de arbetar i kommunen. Detta kan ses mot bakgrund av att de är så pass många, att både verksamhetschefen och chefen för sjuksköterskorna är sjuksköterskor samt att det finns HSL-patienter med en medicinsk problematik på Rosengården. Flera sjuksköterskor upplever det som mest utvecklande att arbeta med HSL-patienterna.

Det finns hos en del sjuksköterskor ett intresse av att arbeta mer specialiserat, vilket dock står i motsättning till synsättet att all personal ska kunna alla pensionärer samt till ett traditionellt rättvisetänkande som utgår från att man ska dela på alla arbetsuppgifter. Bland

---

<sup>33</sup> Däremot arbetar man mycket med fax och tycker att den underlättar.

omsorgspersonalen finns intresse av utbildning i form av föreläsningar och kortare kurser för att få mer kunskap om till exempel sjukdomar hos äldre.

På dagen är det en större skillnad mellan sjuksköterskornas och undersköterskornas arbetsuppgifter än på natten då det enligt nattsköterskorna saknas tillräckligt med kvalificerade sjuksköterskeuppgifter.

Att sjuksköterskorna har en annan chef, som de har utvecklings- och lönesamtal med, än enhetschefen på Rosengården uppfattas av de flesta sjuksköterskor som ett problem.

Under den tid som Rosengården funnits har man arbetat med att utveckla rutiner för att få arbetet att fungera bättre. Att sjuksköterskor och undersköterskor har olika chefer innebär dock enligt enhetschefen att möjligheterna till en dialog om hur arbetet kan utvecklas begränsas. Man har emellertid genomfört två utvecklingsdagar för all personal, meningarna om värdet med dessa är dock delade.

På grund av att det alltid finns sjuksköterskor på plats har man inget utvecklat system för delegering till omsorgspersonalen, vilket innebär att sjuksköterskorna inte kan be om viss hjälp och att undersköterskornas utvecklingsmöjligheter i arbetet begränsas.

Arbetsbelastningen varierar med pensionärernas status. Under helgerna kan det ibland, på grund av den lägre bemanningen, bli stressigt för omsorgspersonalen som då inte alltid hinner hjälpa pensionärerna med så mycket träning som de skulle vilja.

Sjuksköterskorna har nyligen börjat dokumentera på datorn, detta uppfattas av en del sköterskor som svårt. De har, menar de, inte fått tillräckligt med utbildning och träning för detta.

En skillnad mellan ett direkt omvårdande och ett konsultativt synsätt blir tydligt i intervjuerna. De två cheferna företräder dessa två skilda synsätt där enhetschefen företräder det omvårdande synsättet och chefen för sjuksköterskorna det konsultativa. Bland sjuksköterskorna omfattar de flesta i dagpersonalen det omvårdande synsättet, medan nattsköterskorna har lagt fram ett förslag till ett annat sätt att arbeta på natten som utgår från det konsultativa synsättet. Det omvårdande synsättet tar sin utgångspunkt i den traditionella sköterskerollen i sjukvården och i hälso- och sjukvårdslagen, medan det konsultativa synsättet utgår från kommunens nya roll i omsorgen och socialtjänstlagen. I nästa avsnitt där jag ska gå in på vinster och problem i den samverkan som Rosengården innebär, ska jag återkomma till denna problematik.

## **Samverkan kommun-landsting: vinster och problem**

En av de frågor som utvärderingen syftar till att belysa är på vilket sätt samarbetet mellan kommun och landsting utvecklas, vilka svårigheter som uppstår och hur de löses eller eventuellt vad som inte går att lösa. Med utgångspunkt i intervjuerna ska jag här belysa denna problematik. Detta kommer jag att göra under rubrikerna: vinster med samverkan, inskrivna med olika behov, oförutsägbara multisjuka äldre, samverkansproblem, ansvarsnivån, det dubbla chefskapet för sjuksköterskorna, olika kulturer, yrkesroller och mål, vårdplaneringen, olika professioner och behov av kompetensutveckling.

## Vinster med samverkan

I beslutsunderlaget till den viljeyttring som låg till grund för startandet av Rosengården anges att gruppen äldre personer, över 75 år, ofta har en komplex sjukdomsbild och specifika omvårdnadsbehov. I begäran om forskningsstöd anges dock att korttidsplatserna kommer att erbjudas personer över 65 år. Dessa äldre kan ofta under samma period vara aktuella som patient/pensionär både på länssjukhuset, hos primärvården och inom den kommunala äldreomsorgen. Med den rådande uppdelningen av ansvarsområden uppstår lätt, menar man, brister i kommunikationen mellan vårdgivarna som innebär svårigheter för den äldre att få ett omhändertagande som präglas av helhetssyn och som är anpassad till dennes specifika behov och livsrytm (Sandvikens kommun, kommunstyrelsen, sammanträdesprotokoll 2002-06-11).

Det grundläggande syftet med startandet av Rosengården kan således sägas vara att bryta rundgången för de multisjuka pensionärerna mellan hemmet, primärvården och sjukhusets akutmottagning och olika kliniker, det vill säga att korta vårdkedjan. En rundgång som är präglad av möten med ständigt ny personal, stress och många förflyttningar. Intervjuerna visar att Rosengården har inneburit en stor förbättring i detta avseende. Här har pensionärerna möjlighet att under en sammanhängande tid (allt från någon dag till ett år) vistas i en miljö präglad av hög grad av kontinuitet i personalkontakterna och ett lugnt tempo. Problem som uppkommer när man skickar hem personer från sjukhuset utan att ta hänsyn till om man klarar att ta emot personen på den lokala nivån i kommun och primärvård kan därmed undvikas i mån av platstillgång. (Flera av de intervjuade uppfattar det som att man i landstingsvärlden är okunnig om under vilka villkor man arbetar i kommunen till exempel att man inte arbetar 24 timmar/dygn samt att pensionärerna har egna mediciner.) Att korttidsboende finns som en möjlighet underlättar också biståndshandläggarnas arbete med att hitta lösningar för personer som har stora problem och behöver hjälp av kommunen när de är utskrivningsklara på sjukhuset.

Vården och omsorgen på Rosengården präglas av ett helhetsperspektiv på pensionären som inte är möjligt att få till stånd i sjukhusvården eller när en pensionär slussas runt mellan sjukhuset, hemmet och primärvården. Genom samverkan mellan kommunen, där socialtjänstlagens perspektiv som utgår från den enskildes integritet står i fokus, och landstinget som vägleds av hälso- och sjukvårdslagen blir det i korttidsboendet möjligt att ta in båda dessa perspektiv i vården och omsorgen om de gamla.

I intervjuerna framkommer förslag om att ytterligare förstärka kontinuiteten inom Rosengården. Detta skulle, menar några intervjuade, kunna ske genom att tanken på att all personal ska känna alla pensionärer övergavs och att sjuksköterskor och undersköterskor i stället skulle vara kontaktpersoner till enskilda pensionärer (detta skulle då inte vara bundet till vilka rum dessa pensionärer var inskrivna på). De förslag om en ökad specialisering inriktad mot pensionärer med olika sjukdomsbilder som också framkommit skulle ytterligare kunna förstärka kontinuiteten i relation till pensionärerna.

I intervjuerna har det också framkommit förslag om att helhetsperspektivet skulle kunna förstärkas ytterligare genom att den enskilda pensionärens historia och livsomständigheter skulle kunna sättas ännu mer i centrum. Förslag om en mer hemlik miljö och större möjligheter till aktiviteter har också framkommit.

Att målet med upprättandet av Rosengården; att minska rundgången för många pensionärer mellan sjukhuset, primärvården och kommunens insatser, har nåtts torde stå klart - trots att

inga pensionärer har intervjuats. Därutöver har de anställda också fått en arbetsplats där de trivs mycket bra och där de är stolta att arbeta eftersom verksamheten blir så uppskattad av pensionärerna, deras anhöriga och har ett gott rykte bland allmänheten och inom vårdsektorn.

De tre målsättningar som anges i begäran om forskningsstöd kan sägas ha uppnåtts: 1) att vården och insatserna ska komma den enskilde patienten/pensionären till del oavsett vilket behov, SoL-insats eller HSL-insats, som för närvarande finns, det vill säga den enskilde ska inte behöva byta säng eller rum när och om vård- och omsorgsbehovet ändras och 2) att personalen ska arbeta flexibelt så att revirgränser och huvudmannaskapsgränser inte återverkar på den enskilde samt 3) vård och omsorger ska följas åt och komplettera varandra.

Som jämförelse kan situationen i Gävle tas upp. Där finns ett korttidsboende (Bomhusgården) som endast har platser för växelvård samt några palliativa platser. I undantagsfall kan man låna en växelvårdsplats om det inte fungerar hemma. Detta innebär att vid vårdplaneringen på sjukhuset kan biståndshandläggarna mycket sällan bevilja en ansökan till korttidsplats, utan måste planera hem de allra flesta med hemtjänstinsatser, vilka ibland blir mycket omfattande. Det händer enligt dem ofta att läkare på sjukhuset säger till patienter att de hade kunnat få korttidsplats om de bott i Sandviken och läkare frågar ibland biståndshandläggarna varför denna möjlighet saknas i Gävle. Detta innebär att det inte blir någon kö till korttidsplatser i Gävle, eftersom biståndshandläggarna inte kan bevilja en korttidsplats när sådana inte finns<sup>34</sup>.

Finns det då några problem med den samverkan mellan kommun och landsting som Rosengården är uttryck för?

### Inskrivna med olika behov

I intervjuerna har några olika problem framkommit. Problemet med att man får lov att ta emot grupper som Rosengården inte är tänkt för, det vill säga demenspatienter och patienter med en psykiatrisk diagnos, och att dessa tenderar att bli kvar länge har dock inte med samverkan att göra utan med bristen på lämpliga vårdplatser för dessa grupper. Däremot skapar detta problem spänningar mellan Rosengården och de kliniker på sjukhuset som vill skriva ut dessa patienter om man på Rosengården inte anser sig kunna ta emot dem.

Detta problem tas upp av Wånell som menar att varje korttidsboendeenhet bör ha ett tydligt och avgränsat uppdrag. Han påpekar att många kommuner saknar övergripande mål för vad man vill uppnå med sina korttidsboenden, vilket leder till en olycklig blandning av boendeformer och vårdbehov. I en genomtänkt struktur för korttidsboendet bör, menar han, ingå att anpassa olika korttidsboenden för olika behov. Avlösningensboende bör inte blandas med vård och omsorg vid tillfälliga sviktillstånd. Personer som primärt behöver rehabilitering bör få det i en verksamhet som har det som sitt huvudändamål. Personer med demenssjukdom har andra behov än kognitivt klara personer. Behovet av speciella platser för vård i livets slutskede behöver uppmärksammas mer (2002: 8: 9, 22-24).

Rosengårdens uppdrag är att ta emot medicinskt färdigbehandlade personer som inte kan gå hem för lättare rehabilitering, avlösning eller utredning om särskilt boende, man har dessutom några palliativa platser för vård i livets slutskede. Däremot har man inga platser för växelvård

<sup>34</sup> Tillgängliga studier i Stockholms stad visar att omsorgsbehovet med praktiska bestyr i hemmet är betydligt högre för de korttidsboende jämfört med hela gruppen som har hemtjänst i ordinarie boende eller i servicehus. Omsorgsbehovet vad gäller den personliga omsorgen är också högre (Wånell 2002: 8: 14).

och man tar inte emot personer som behöver mycket rehabilitering. På grund av yttre omständigheter har man dock varit tvungen att ta emot grupper som inte ingick i uppdraget, det gäller främst personer med demens och psykiatridiagnoser. Detta har inneburit en olycklig blandning av personer med olika vårdbehov - trots ett relativt tydligt uppdrag.

För demenspatienter som egentligen inte hör till de grupper som Rosengården planerats för, är situationen särskilt svår då antalet platser för dessa under den tid Rosengården funnits minskat i kommunen och då man på Rosengården därmed fått ta emot många av dem i väntan på andra mer långsiktiga lösningar. Ett antal platser för dementa har så småningom inrättats på särskilda boenden och de har därmed successivt kunnat skrivas ut från Rosengården under senare delen av 2004. Några av dessa hade då hunnit vistas där upp till ca 1 år. För inskrivna med psykiatrisk diagnos som inte heller hör till de grupper som var tänkta att visas på Rosengården är det svårare att se en lösning. Relationen till psykiatriska kliniken vid Gävle sjukhus är tidvis ansträngd. Man vill där gärna skriva ut patienter som man inte anser sig kunna göra mer för till Rosengården, som dock inte är planerad för att kunna ta emot dem annat än under en kortare utredningstid. Ibland blir det fråga om en förhandling om var dessa patienter ska vara och det händer att de skickas tillbaka till sjukhuset. Rosengårdens existens kan sägas ha bidragit till att synliggöra problemet med avsaknaden av långsiktiga lösningar för dessa båda patientgrupper.

Att en så stor del av de pensionärer som vistas på SoL-plats på Rosengården därefter bedöms behöva plats på särskilt boende innebär enligt chefen för sjuksköterskorna att intentionerna med vårdformen korttidsboende - att underlätta kvarboende i det ordinära boendet - inte uppfylls. Enligt de intervjuade i personalen är många pensionärer så sjuka att det är svårt att aktivera dem mer, men man påpekar samtidigt att i enskilda fall skulle man kunna göra mer. Att detta inte alltid sker ses främst som en fråga om resurser, frågan om i vilken mån det handlar om synsätt på hur vården och omsorgen ska bedrivas kan dock ställas. Att många som idag vistas på korttidsboende är sjukare än vad som var tanken med tillskapandet av denna vårdform påverkar dock möjligheterna att aktivera dem för att kunna återgå till ordinärt boende.

### Oförutsägbara multisjuka äldre

Att arbetssituationen på Rosengården varierar och ibland är lugn och ibland stressig och att antalet lediga platser varierar har också mer med oförutsägbarheten hos de multisjuka äldre än med samverkansprojektet att göra. En schemaläggning som starkare utgår från behovet hos pensionärerna kan vara svårt att åstadkomma på grund av att förändringarna i hälsotillståndet ofta sker snabbt. Beläggningen på HSL-platserna skulle dock kunna höjas om fler inom primärvården såg Rosengården som ett alternativ menar flera av de intervjuade. Idén med Rosengården och verksamheten där har uppenbarligen nått ut till sjukhuset på ett annat sätt än till primärvården. Därutöver tillkommer att nya pensionärer inte kan skrivas in under veckosluten även om det blir platser lediga då. Detta är dock något som eventuellt skulle kunna övervägas för att öka beläggningen.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> På Västerbackens korttidsboende i Söderhamn är en arbetsledare (en enhetschef med personalansvar, sjuksköterska eller biståndshandläggare) jour dygnet runt, vilket innebär att man kan skriva in även under helger. Här har man dock inga HSL-platser.

## Samverkansproblem

Det finns dock några andra problem som framkommit i intervjuerna som är mer direkt avhängiga det försök till samverkan som Rosengården är uttryck för som jag ska ta upp: det dubbla chefskapet, huruvida ansvarsnivån för HSL-platserna är styrande för verksamheten, särskilt nattetid, sjuksköterskornas respektive biståndshandläggarnas roller i vårdplaneringen samt avgränsningen mellan sköterskornas och omsorgspersonalens ansvar och arbetsuppgifter. Detta är dock i huvudsak inte problem som har att göra med att landstinget och kommunen samverkar som två olika huvudmän, det handlar i stället om problem som uppstår när olika yrkesgrupper ska samverka. Det enda som kan ses som ett egentligt samverkansproblem mellan landsting och kommun är frågan om ansvarsnivån för HSL-platserna är styrande för verksamheten. Denna fråga kommer till uttryck i hur avtalet ska tolkas när det gäller sjuksköterskebemanningen på natten.

## Ansvarsnivån

Enligt samverkansavtalet mellan den numera upplösta Hälso- och sjukvårdsnämnden västra Gästrikland och Sandvikens kommun åtar sig kommunen: ”att bemanna Rosengården med omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast i sådan omfattning att åtagandet kan utföras inom ramen för god och säker vård. Landstinget åtar sig att svara för läkarresurser i skälig omfattning.” Hur denna formulering ska tolkas är en fråga som det råder delade meningar om. Chefen för sjuksköterskorna och de sjuksköterskor som arbetar natt på Rosengården menar att avtalet inte säger att det måste finnas en fast stationerad sjuksköterska på Rosengården. Enhetschefen och den intervjuade läkaren tolkar däremot avtalet som att de 5 HSL-platserna på Rosengården kräver att det finns fast stationerad personal med sjuksköterskekompetens dygnet runt. De menar att om den fast stationerade sjuksköterskan på natten skulle tas bort skulle landstinget dra sig ur samarbetet.<sup>36</sup>

## Det dubbla chefskapet för sjuksköterskorna

Enhetschefen blev tillfrågad om hon vid sidan av sitt arbete som medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen kunde tänka sig att starta upp Rosengården då den först tilltänkta chefen tackade nej. Hon tackade ja trots att hon såg en del problem i det dubbla chefskapet för sjuksköterskorna. Hon tycker att samarbetet gått bra, men anser ändå att Rosengården inte borde ha ingått i sjuksköterskechefens ansvarsområde eftersom sjuksköterskorna där inte är konsultsköterskor i kommunen. För att få det att löpa friktionsfritt vore det, menar hon, bättre med en chef för sjuksköterskorna på Rosengården. När det gäller schemalaggingen för sjuksköterskorna är det deras chef som är ansvarig trots att hon inte har något ansvar för verksamheten på Rosengården och sällan är där. Om enhetschefen vill ordna utbildning eller reflexionstillfällen för all personal måste hon begära tillstånd av sjuksköterskornas chef för att sjuksköterskorna ska kunna vara med. Detta innebär att det blir svårt att planera utbildningsinsatser avpassade till verksamhetens behov.

De kommunalt anställda sköterskorna som arbetar på särskilda boenden utgör en minoritet i personalgruppen där, de är 2-3 på varje hus. De har olika chefer, vilka oftast inte är sjuksköterskor, utan ofta har social omsorgsutbildning. Detta fick till följd att sjuksköterskorna i

<sup>36</sup> På Västerbackens korttidsboende i Söderhamn har man endast SoL-pensionärer inskrivna, men ändå fast sköterskebemanning dygnet runt.

kommunen hade delvis olika villkor till exempel när det gällde utbildning. Dessa chefer har, menar flera av de intervjuade sköterskorna, heller inte kunskap om vad som ingår i sjuksköterskors profession. De kommunalt anställda sjuksköterskorna kände sig mot denna bakgrund osynliga och begärde därför för några år sedan att få en egen chef som skulle vara sköterska och företräda deras intressen. En sådan tjänst tillsattes strax efter det att Rosengården startats upp. Den tillsatta chefen för sjuksköterskorna skulle vara chef för alla sjuksköterskor anställda i kommunen, såväl på de särskilda boendena som på Karl- Johangårdarna och Rosengården. På Rosengården där enhetschefen dock är sjuksköterska, där relativt många sjuksköterskor är anställda och det i högre grad är fråga om traditionell sjukvård kom dock problematiken från de särskilda boendena inte att aktualiseras på samma sätt. I stället uppstod en problematik runt det dubbla chefskapet.<sup>37</sup> De flesta av de intervjuade sjuksköterskorna träffar sällan sin chef och upplever att hon inte förstår deras situation då hon inte befinner sig på arbetsplatsen. Enhetschefen träffar de däremot varje dag. Enhetschefen borde, menar de, vara deras chef och ansvara för schemaläggning, utbildning, utvecklings- och lönesamtal.

Sjuksköterskornas chef arbetar i denna funktion<sup>38</sup> med att definiera det ansvar och den roll som sjuksköterskan ska ha i kommunal verksamhet. Tillsammans med den medicinskt ansvariga sköterskan i kommunen arbetar hon fram övergripande rutiner.

Chefen för sjuksköterskorna betonar den stora betydelsen av insatsen korttidsboende för att underlätta kvarboende i det ordinära boendet. Hon pekar på att korttidsboende enligt Socialtjänstlagen ska kunna uppfylla olika syften: som avlösning av anhörig, växelvård, vård och omsorg vid tillfälliga sviktillstånd, rehabilitering, vård och omsorg efter sjukhusvistelse och annan tillfällig vård för att möjliggöra kvarboende, liksom utökad vård och omsorg i livets slut. Det mångskiftande uppdraget ställer, menar hon, stora krav på tydliga mål hos kommunen för vad man vill med sina korttidsboenden, god samverkan med landstinget och individuella mål för varje person. Det är därvid, menar hon, viktigt att rutiner för hur man arbetar med till exempel kontaktmannaskap, hantering av mediciner och delegation följs. Hon pekar på att det kommunala perspektivet för vad man ville uppnå med korttidsboendet Rosengården var att återställa och stödja pensionären för att möjliggöra kvarboende i ordinärt boende. Dessutom skulle platser finnas för sviktpatienter och palliativ vård, medan rehabilitering däremot skulle vara ett begränsat åtagande.

Mot bakgrund av detta frågar hon sig hur Rosengården har kommit att fungera och hur samverkan med primärvården sker samt vem som styr utvecklingen på Rosengården. Man följer inte, menar hon, intentionerna i Socialtjänstlagen och de grundläggande strukturerna i den kommunala verksamheten. På Rosengården har det till stor del enligt henne kommit att handla om att lösa akuta situationer. De fem HSL-platserna innebär enligt henne ingen förändring mer än att man valt prioriterade områden att förlänga vårdtiden på och underlätta omhändertagandet av ett antal riskgrupper med samma förutsättningar som i övrig kommunal verksamhet. Inläggning av läkare på palliativa platser innebär som hon ser det en utökning av HSL-platserna. Mot bakgrund av att en stor del av pensionärerna på Rosengården sedan kommer till särskilt boende frågar hon sig vidare vilka aktiviteter man arbetar med för att

<sup>37</sup> Den först tilltänkta verksamhetschefen för Rosengården tackade nej till tjänsten på grund av detta.

<sup>38</sup> Sjuksköterskornas chef är verksamhetschef för Hälso- och sjukvård samt enhetschef för sjuksköterskor och paramedicinare, det vill säga arbetsterapeuter och sjukgymnaster, och ansvarar för korttidsboende, särskilda boenden samt funktionshindre.

stimulera återgången till eget boende<sup>39</sup>. Boendet på Rosengården är idag, menar hon, inte utformat som förlängning av eget boende, utan som förlängning av sjukhuset. Det saknas enligt henne nytänkande, de 5 HSL-platserna präglar hela verksamheten.

Sjuksköterskechefen menar att mandaten på Rosengården ligger hos läkarna och att sjuksköterskorna har ett begränsat eget ansvar. Sjuksköterskorna skulle kunna arbeta mer med utgångspunkt i specialistkompetens menar hon, och såväl SoL-pensionärerna som omsorgspersonalen skulle kunna ta mer eget ansvar. Sjuksköterskerollen i kommunal verksamhet behöver enligt henne utvecklas.

Korttidsboende förutsätter att god hälso- och sjukvård erbjuds och att landstinget tillhandahåller erforderliga läkarresurser, men behov av rehabilitering efter slutenvård ska inte vara ett skäl för att få plats på korttidsboende eftersom denna rehabilitering är primärvårdens ansvar påpekar sjuksköterskechefen. Hon ställer sig frågan hur samarbetet på Rosengården tar sig uttryck och var gränssnittet ligger för samverkan kring de 27 SoL-platserna. Trots att hon är personalansvarig för de 16 sjuksköterskorna och verksamhetschef för hälso- och sjukvården deltar hon inte i utvecklingen av Rosengården.

### Olika kulturer, yrkesroller och mål

Rosengården är uttryck för kommunens och landstingets vilja att samverka, vilket innebär stora fördelar för de pensionärer som utgör målgruppen. Samtidigt innebär denna samverkan att man startat en förändringsprocess där två kulturer baserade på olika lagar med delvis olika mål, i relation till vilka olika yrkesidentiteter har byggts upp, ska mötas och anpassas till varandra. Personalen på Rosengården är i olika utsträckning förankrade i yrkesroller som tar sin utgångspunkt i olika kulturer. De flesta kom till Rosengården från kommunen, men många kom från korttidsboendet Karl-Johan gårdarna som tidigare hade landstinget som huvudman. Några har lång erfarenhet av att ha arbetat med vård i landstingets regi, andra har enbart erfarenhet av att ha arbetat på de särskilda boendena inom kommunen. Detta gör att man har olika utgångspunkter i arbetet och olika erfarenheter, vilket eftersträvades vid anställningen av personalen, men det innebär också att olika perspektiv och utgångspunkter måste jämkas samman. Man har i viss mån anpassat sina yrkesroller till den nya verksamheten. Det blir dock i intervjuerna tydligt att majoriteten av den medicinskt inriktade vårdpersonalen som är fast stationerad på Rosengården har en delvis annan utgångspunkt än boendehandläggarna, sjukgymnasten och arbetsterapeuten som arbetar konsultativt gentemot Rosengården. Bland sjuksköterskorna finns en spänning i synsätt. Det är för få undersköterskor som intervjuats för att det ska vara möjligt att avgöra vilka skillnader i synsätt som kan finnas i denna grupp. Att vården enligt HSL och omsorgen enligt SoL delvis har olika utgångspunkter<sup>40</sup> kommer också till uttryck i enhetschefens respektive sjuksköterskechefens olika synsätt på hur arbetet ska bedrivas. Båda är visserligen sjuksköterskor i kommunal tjänst, men den ena framhåller det medicinska perspektivet och den andra omsorgsperspektivet. Rosengården skiljer sig från kommunens särskilda boenden, det är i högre utsträckning sjukvård som bedrivs, samtidigt som målet är att pensionärerna ska kunna återvända till sin ordinarie bostad. Det kan, menar en del intervjuade, vara svårt för politiker och tjänstemän, även för sjuksköterskechefen, att förstå skillnaden. En kärnfråga i mötet mellan vård- och omsorgsperspektiven handlar om

<sup>39</sup> Hemtjänstpersonalen är enligt henne kritisk till att man tar av pensionärerna för mycket eget ansvar på korttidsboendet, som de sedan måste börja jobba upp när de kommer hem.

syftet med pensionärens vistelse på Rosengården: Vad ska känneteckna den vistelse som är mest ägnad att bidra till att pensionären kan gå hem och klara sig i hemmet ett tag till, hur mycket träning respektive omhändertagande behöver de enskilda pensionärerna?<sup>41</sup>

Wånell menar att det krävs en tydlig idé med korttidsvistelsen för varje individ. Detta innebär att biståndsbesluten måste innehålla tydliga mål, vara tidsbestämda och följas upp innan tiden har gått ut. Bedömningarna följer dock ofta, menar han, 'standardmotiveringar'. Vid förlängningar skrivs endast i undantagsfall nya beslut och uppföljningarna är många gånger gjorda någon eller några veckor efter att beslutet har gått ut. Det framkommer inte heller tydligt i dokumentationen om målet uppfyllts. Oklarheter kring frågan om individuella mål med korttidsboende är således vanligt (Wånell 2002: 8: 23). Det handlar i grunden ofta om huruvida syftet med pensionärernas vistelse på korttidsboendet är att de ska bli omhändertagna eller att de ska klara så mycket som möjligt själva, det vill säga hur dessa två ambitioner ska avvägas. I den traditionella sjukvården är det omhändertagandet som gäller medan kommunens omsorgsansvar syftar till att stödja egenvården hos individen.

I utvärderingen har jag inte studerat dokumentationen och uppföljningen av biståndsbesluten. De bedömningar i samband med beviljande av korttidsboende vilka jag haft tillgång till för de utvalda månaderna är ofta mycket kortfattade och det förekommer även här standardmotiveringar till exempel formuleras ofta syftet som att den sökande bedöms vara i behov av god omvårdnad eller återhämtning och eventuellt utredning om framtida insatser eller boendeform för att uppnå "skäliga livsvillkor" eller "skälig levnadsnivå". Att vårdpersonalen uppger att de inte alltid förstår varför vissa pensionärer får förlängd vistelse eller varför andra får gå hem tyder också på att det finns ett behov av mer utförliga motiv i bedömningarna. Att besluten i många fall måste fattas snabbt är en faktor som kan antas ligga bakom att man åtminstone i den kortfattade första utredningen använder standardmotiveringar i stället för att formulera tydliga mål för vistelsen. Det handlar dock inte bara om att boendehandläggarna ska formulera tydliga mål, utan också om att de olika synsätt som tar sin utgångspunkt i olika lagar, utbildningar, uppdrag och praxis kan jämkas samman i vården och omsorgen om de äldre.

Avvägningen mellan omhändertagande och egenvård har inte kommit upp som något stort problem i intervjuerna med den fast anställda personalen på Rosengården. Boendehandläggarna respektive sjukgymnast och arbetsterapeut betonar dock egenvården starkare. Det relativt stora antalet sjuksköterskor, lokalplaceringen på sjukhuset samt läkarens och enhetschefen betoning av ansvarsnivån på sjukvårdsinsatserna kan dock antas verka mot att förstärka det traditionella vårdtänkandet där pensionärerna ses som patienter och där det är omhändertagandet som står i centrum. Den andra ambitionen; att stärka egenvården hos pensionären, riskerar därmed att bli underordnad.

## Vårdplaneringen

Kontinuitet och helhet har ett värde inte bara för pensionärerna, utan även för personalen. Att inte ständigt möta nya människor när man ska samarbeta mellan olika institutioner och instanser med ibland olika utgångspunkter gör det lättare att få förståelse för varandras perspektiv och underlättar samarbetet. Detta är särskilt viktigt i ett projekt som Rosengården

<sup>41</sup> Vid korttidsboendet Västerbacken i Söderhamn är det som man arbetat mest med att få vårdpersonalen att inte "ta hand om" pensionärerna (muntlig uppgift från enhetschefen vid Västerbacken).

där kommun och landsting samverkar. Det är särskilt i vårdplaneringen som olika yrkesgrupper möts och där det blir tydligt att man har olika synsätt.

På Rosengården (och på korttidsboendet Karl-Johan-gårdarna) är en undersköterska den enskildes kontaktperson och som kallar till vårdplanering. På denna punkt innebär organiseringen av arbetet således en sorts delegering. I vårdplaneringen deltar den enskilde och eventuellt anhöriga, undersköterskan, en sjuksköterska samt boendehandläggaren. Sköterskan och undersköterskan redogör för den enskildes medicinska status samt vad den enskilde får hjälp med respektive klarar av och lämnar därefter oftast mötet. Därefter fattar boendehandläggaren, efter samråd med den enskilde och de anhöriga, beslut om den enskilde ska gå hem eller ansöka om särskilt boende.

Denna ordning för vårdplanering är ny för de flesta sjuksköterskor på Rosengården som i tidigare tjänster varit den som kallat till vårdplanering samt varit vana vid att ha ett större inflytande över vilket beslut som vårdplaneringen resulterar i; om den enskilde ska gå hem eller ansöker om särskilt boende. Sjuksköterskor och boendehandläggare har ibland olika syn, ett flertal av sjuksköterskorna upplever att deras synpunkter inte efterfrågas och förstår ibland inte det beslut som boendehandläggaren tar. En sjuksköterska uttrycker det som att "sjuksköterskan inte längre förväntas vara patientens röst". Den frustration sjuksköterskorna upplever har resulterat i att sjuksköterska, undersköterska och boendehandläggare numera träffas en kvart innan vårdplaneringen för att sjuksköterskan och undersköterskan ska få möjlighet att framföra sina synpunkter till boendehandläggaren. Ett argument emot att träffas innan skulle kunna vara att den enskilde och eventuella anhöriga riskerar att få mindre inflytande över beslutet. Huruvida denna risk föreligger har inte varit möjligt att belysa i denna utvärdering. Den är dock värd att ta med i en diskussion av hur vårdplaneringen ska gå till. De flesta sjuksköterskor och undersköterskor anser att den nya ordningen har inneburit en förbättring, men andra menar att denna lösning inte ger någon helhet, de förstår ändå inte hur bedömningarna görs. En sjuksköterska som tidigare har haft eget behandlingsansvar uttrycker det som att hon blivit fråntagen sin profession. Det handlar i grunden om att sjuksköterskornas roll i vårdplaneringen har förändrats när denna sker i kommunal regi, en problematik som jag ska återkomma till.

Den specialisering som biståndshandläggarna i kommunen genomfört där tre särskilda boendehandläggare arbetar gentemot Rosengården och sjukhuset har enligt dem inneburit en förbättring. Den förändring inom sjukhuset som innebär att man på allt fler kliniker utser en särskild vårdplanerare har på motsvarande sätt, menar boendehandläggarna, tjänat till att öka förståelsen mellan dem och sjuksköterskor/vårdpersonal genom en ökad kontinuitet. Detta kan ses i relation till de spänningar som finns mellan biståndshandläggare och sjuksköterskor mot bakgrund av deras olika utbildningar och uppdrag, vilket framkommer även i andra utvärderingar och rapporter (se till exempel Michaeli 2002).

Michaeli redogör för de samarbetsproblem mellan landsting och kommun som blir tydliga i vårdplaneringen när olika yrkesgrupper möts som har att göra med resursbrist och oklara ansvarsförhållanden (2002: 92 - 103). Resursbristen på landstingssidan driver fram en överföring från sjukhus till kommun och kan, menar Michaeli, accentuera problemen med gränsen mellan de två organisationerna där biståndshandläggare tenderar att tycka att sjukhusköterskor lägger sig i det som är kommunens sak och inte ser pensionären som "ett rättsskapabelt subjekt" och därmed underskattar pensionärens förmåga att själv fatta beslut. Ofta talas det enligt Michaeli om att sjuksköterskor och biståndshandläggare arbetar utifrån olika värdesystem som förmedlas i de olika utbildningarna och som understryks av att de

arbetar mot olika lagsystem. Hälso- och sjukvårdslagen anger att sjuksköterskan har en skyldighet att utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och läkares ordination ge en god och säker vård. Socialtjänstlagen ger däremot kommunen en skyldighet att genom bistånd möjliggöra en skälig levnadsnivå för den enskilde (Michaeli 2004: 87). Denna olikhet i värdesystem beskrivs, enligt Michaeli, ofta med begreppen ”objektsyn” respektive ”subjektsyn”. Den medicinskt tekniska inriktningen brukar då tilldelas, skriver Michaeli, mer av objektsyn medan subjektsynen knyts till sociala perspektiv där personens möjlighet att själv skapa sig ett meningsfullt liv betonas. Sjuksköterskor tillskrivs ofta mer av objektsynen och yrkesgrupper med social omsorgsutbildning subjektsynen. Men objektsynen ligger, menar Michaeli, långt ifrån tanken med omvårdnad där det är mötet med den andra som står i centrum och där det också är personens egen vilja som betonas. I stället för att tala om olika gruppers värdesystem kan man därför, menar Michaeli, tala om olika bilder av världen som bärs upp av olika förhållningssätt. Grundkategorierna blir då ”relation” respektive ”autonomi”. I relationsbilden består världen av nätverk av relationer mellan unika personer som präglas av närhet, empati och tillit. Den unika personen står i centrum med sina behov, erfarenheter och livshistoria. I det goda mötet blir man sedd och bekräftad. I autonomibilden ses människor däremot som fria, oberoende, självständiga och avskilda med förmåga att ta eget ansvar och fatta egna beslut. Relationerna mellan människor präglas i denna bild av respekt, integritet, objektivitet och opartiskhet. Alla har lika värde och ska behandlas lika. Rättvisa är det moraliska idealet.

Michaeli ser sjuksköterskans, som arbetar med både kropp och själ, yrkesroll som relationskapande medan biståndshandläggarens insatser syftar till att stärka personens oberoende. De gamlas tillfrisknande kan, menar hon, beskrivas som en utveckling från närhet och beroende mot oberoende och autonomi. Detta synsätt belyser de olika yrkesgruppernas roller i övergången mellan landsting och kommun. Sjuksköterskan skapar en stödjande relation till pensionären präglad av tillit och närhet. Biståndshandläggaren däremot vill att pensionären ska hitta tillbaks till mer av eget ansvar. Vårdtagaren själv kan, menar Michaeli, vara ambivalent i denna process och å ena sidan känna rädsla för att bli lämnad ensam och hjälplös, men å andra sidan också var rädd för att helt förlora sin självständighet. Den administrativa gränsen mellan sjukvård och social omvårdnad passar inte för gamla och sköra människor påpekade flera distriktssköterskor i den av Michaeli genomförda studien (2004: 91). Det är ju också poängen med korttidsboendet Rosengården, att inte behöva upprätthålla denna gräns.

Sjukvårdspersonalens svårigheter även på Rosengården att förstå biståndshandläggarnas beslut kan förstås mot denna bakgrund. Biståndshandläggare är också påpekar Michaeli (2004: 92) ett relativt nytt yrke vars kompetens inte är helt erkänd av omvärlden. Samtidigt innebär tillskapandet av Rosengården som en arena mellan landstinget och kommunen en möjlighet att få större förståelse för den andra yrkesgruppens perspektiv och att mötas runt den enskilde pensionären som på Rosengården ska få sitt behov av både vård och omsorg tillgodosett. Att som på sjukhuset i Gävle utse särskilda vårdplanerare bland personalen på Rosengården vore, menar biståndshandläggarna, en möjlig förändring som skulle kunna öka förståelsen mellan de olika perspektiv som möts i vårdplaneringen och som idag kommer till uttryck i att vårdpersonalen inte alltid förstår biståndshandläggarnas beslut.<sup>42</sup> Ett annat alternativ skulle kunna vara en utbildningsinsats för berörd personal med möjlighet att diskutera de delvis olika utgångspunkterna eller att starta en reflexionsgrupp för dem som är inbegripna i vårdplaneringen.

<sup>42</sup> På Karl-Johangårdarna är det enligt boendehandläggarna mer kontinuitet i vårdplaneringen än på Rosengården på grund av att det är färre sjuksköterskor inblandade.

## Olika professioner och behov av kompetensutveckling

Samtidigt som pensionärerna inte märker om de är inskrivna på en HSL- eller SoL-plats anses HSL-platserna kräva en högre kompetensnivå än SoL-platserna, vilket innebär att det måste finnas en fast stationerad sjuksköterska på natten på Rosengården. Det blir då med gällande tolkning av avtalet HSL-platserna som anger nivån<sup>43</sup>. Detta innebär, menar nattsköterskorna, att de inte kan jobba konsultativt gentemot Rosengården, samtidigt som det inte finns tillräckligt med sjuksköterskeuppgifter på natten där. Den andra sidan av detta är att när de har den ambulande nattskötersketjänsten ska de ensammana serva alla särskilda boenden i kommunen. Någon samordning med landstingets nattpatrull förekommer inte.<sup>44</sup> Att bygga ut samarbetet med landstinget när det gäller nattpatrullen skulle kunna vara en lösning på det senare problemet. En sköterska påpekar att man därigenom också skulle kunna spara pengar genom samåkning.

Gränsen mellan vad sjuksköterskor respektive undersköterskor ska göra blir, menar de intervjuade, svårare att upprätthålla på natten när mycket av arbetet består i att ”springa på ringningar”. Att social omvårdnad ofta betraktas som arbetsuppgifter som inte är lika ’fina’ som sjukvårdsuppgifter, vilka kräver mer utbildning och innebär en reglerad form av ansvar diskuteras också av Michaeli. En yrkesgrupp kan, menar Michaeli, i sin professionssträvan motivera en utstötning av sådana arbetsuppgifter med att de inte tillhör yrkets speciella kunnande. Det pågår en ständig kamp mellan olika professioner om vad som ingår och inte ingår i yrket (Michaeli 2004: 89). En intervjuad sköterska menar dock att synen på detta arbete behöver förändras, det handlar till stor del om bemötande<sup>45</sup>, om att se den enskilde pensionären i ett helhetsperspektiv där hans/hennes värdighet står i centrum.<sup>46</sup> Frågan kan ställas om det alltid är önskvärt att upprätthålla gränsen mellan vad sjuksköterskor och undersköterskor gör, särskilt på natten. En annan konsekvens av kravet på sjuksköterskebemanning dygnet runt som framkommit är att det inte förekommer så mycket delegation till undersköterskorna, vilket innebär att deras möjligheter till utveckling i arbetet begränsas.

Möjligheten för sjuksköterskorna att arbeta mer specialiserat gentemot pensionärer med olika sjukdomsbilder motverkas av att arbetet organiseras efter principen att all personal ska kunna alla pensionärer och av ett förekommande rättvisetänkande. Detta innebär att de som specialiserar sig inte får använda sin kunskap fullt ut. När det gäller detta blir problemet med det dubbla chefskapet tydligt, det är med sin chef som sjuksköterskorna diskuterar sitt intresse för utbildning och utveckling, samtidigt som hon inte är ansvarig för verksamheten på Rosengården. Sjuksköterskechefens synsätt innebär en annan organisering av arbetet. Sjuksköterskornas behov av och intresse för utbildning och utveckling samordnas idag inte med verksamhetens behov och arbetets organisering. Risker är att sjuksköterskor som

<sup>43</sup> På Västerbackens korttidsboende i Söderhamn har man endast SoL-platser, men ändå en fast stationerad sjuksköterska på natten.

<sup>44</sup> I Söderhamn har kommunen och landstinget en gemensam nattpatrull bestående av 2 sjuksköterskor och 2 undersköterskor som servar både de särskilda boendena och de pensionärer som finns i hemmen.

<sup>45</sup> Alla omorganisationer, varav Rosengården bara är en, innebär att man i personalgruppen ständigt måste bygga upp nya relationer, vilket påverkar bemötandet menar en sköterska. Enligt henne påverkas bemötandet mindre av tidsbrist och mer av att förändringar sker för ofta.

<sup>46</sup> Detta synsätt är i linje med det som vård och äldreomsorgsminister Ylva Johansson gett uttryck för till exempel vid den rikskonferens för äldre som ordnades i Gävle 2005-02-03 där hon talade för en kompetensstege som går ut på att synliggöra den kompetens som finns i äldrevården även bland de som saknar relevant yrkesutbildning, där de som utbildar sig måste få använda kompetensen och där man utvecklar ny verksamhetsnära kompetens.

specialutbildar sig söker sig från Rosengården, trots att man har behov av sjuksköterskor med olika kompetenser.

## Sammanfattning

Några problem som framkommit i intervjuerna med dem som är anställda på eller arbetar konsultativt gentemot Rosengården är direkt avhängiga av samverkansprojektet. Endast ett problem har dock med tolkningen av avtalet mellan landstinget och kommunen att göra. Det är frågan om vilken ansvarsnivå som ska föreligga på natten, det vill säga om det måste finnas en fast stationerad sjuksköterska nattetid på Rosengården. I övrigt handlar problemen om att olika yrkesgrupper/professioner och kulturer möts på Rosengården, vilket innebär att olika synsätt möts och ska integreras. Det är särskilt i vårdplaneringen samt i hur man ser på syftet med vistelsen som olika synsätt kommer till uttryck. Ökad kontinuitet i mötet mellan olika yrkesgrupper och/eller utbildnings- och reflexionstillfällen är åtgärder som skulle kunna skapa större förståelse för varandras synsätt samt stödja processen att utveckla ett gemensamt tänkande/förhållningssätt. Det finns ett tydligt intresse för att öka sin kunskap och att arbeta mer specialiserat gentemot de äldre hos åtminstone delar av personalen. Det dubbla chefskapet uppfattas dock vara en hämmande faktor för utvecklandet av en strategi för kompetenshöjning som utgår både från verksamhetens behov och de anställdas intressen.

## Slutsatser

Det övergripande målet med korttidsboendet Rosengården är att genom ett närmare samarbete eliminera, eller åtminstone förminska de gråzoner och glapp som kan uppstå i vård och omsorg om äldre personer (Sandvikens kommun, utvecklingskontoret 2002-11-06). De äldre personer med sjukdomstillstånd/omvårdnadstillstånd som inte kräver länssjukhusets resurser erbjuds här insatser inom närvårdens ram enligt målsättningen för Rosengården att vården och insatserna ska komma till den enskilde patienten/pensionären oavsett vilket behov, SoL-insats eller HSL-insats, som för närvarande finns. Det gränsöverskridande arbetssättet innebär också i enlighet med målsättningen att personalen arbetar flexibelt så att revirgränser och huvudmannaskapsgränser inte återverkar på den enskilde samt att vård och omsorger ska följas åt och komplettera varandra.

Korttidsboende som vårdform befinner sig i skärningspunkten mellan landstingets och kommunens ansvarsområden, det är varken sjukhusvård eller särskilt boende, snarare både och. Detta innebär att det kan vara organiserat på olika sätt och fungera olika i olika kommuner. Det innebär också att verksamheten måste anpassas till de pensionärer som skrivs in, ju sjukare dessa är desto mer av sjukhusvård blir det frågan om, även med kommunen som huvudman. Frågan om kommunen därmed tar ansvar för sådant som egentligen är landstingets ansvar kan därmed ställas. Denna utvärdering kan förhoppningsvis utgöra en del av underlaget för att diskutera denna fråga, syftet har dock inte varit att besvara den.

Rosengården fungerar enligt intervjuerna med dess personal väl i förhållande till de mål som är uppsatta. Några problem med den blandning av pensionärer med olika sjukdomsbilder som uppdraget innebär har inte heller framkommit i intervjuerna. Målgrupperna för Rosengården är relativt väl definierade:

- Medicinskt färdigbehandlade som efter en sjukdomsvistelse inte direkt kan gå hem till det ordinära boendet.
- Social avlastning så att anhöriga som vårdar någon närstående kan få ett andrum.
- Vård i livets slut för de som inte önskar sluta sina dagar hemma eller vill vara på sjukhuset.
- I avvaktan på särskilt boende.

De problem som framkommit i intervjuerna är i huvudsak förorsakade av neddragningar av annan verksamhet, således har problem som har att göra med svårigheten att placera pensionärer med demens- och psykiatri- diagnoser lett till att verksamheten vid Rosengården inte har fungerat som tänkt, framför allt att många dementa blivit kvar på korttidsboendet länge. Med det ökade antalet demensplatser på särskilda boenden som inrättats under senare delen av 2004 har denna problematik minskat på Rosengården. Den kan naturligtvis komma att aktualiseras igen om pensionärer med dessa typer av problematik ökar generellt.

Att enhetschefen vid Rosengården uppfattas som en bra chef och har ett stort förtroende hos personalen framkommer i intervjuerna. Personalen på Rosengården uttalar sig i intervjuerna mycket positivt även om övriga personalkategorier. Forskning visar dock att i olika typer av samverkan mellan kommun och landsting kan oklarheter uppstå mellan olika personalgruppers ansvarsområden, vilket ofta leder till kommunikationsproblem. Sådana gränsdragningsproblem har också framkommit i denna studie. Samverkansprojektet innebär att personal som har olika utbildning och erfarenhet och därigenom har utvecklat olika förhållningssätt och kulturer ska samarbeta. Den fast anställda personalen ska samverka med dem som arbetar konsultativt gentemot Rosengården. Yrkesgrupper/professioner som har delvis olika syn på målsättningen med pensionärens vistelse på korttidsboendet ska samverka. Personalgrupper som har olika syn på vad som ingår i deras arbetsuppgifter ska samarbeta. Det handlar om vad som ska vara biståndshandläggarens, sjuksköterskans respektive undersköterskans ansvar.

Olikheterna i synsätt mellan sjukvårdspersonalen å ena sidan och biståndshandläggarna å den andra kommer till uttryck i vårdplaneringen. Såväl sjuksköterskor, undersköterskor som läkare menar att de inte alltid förstår biståndshandläggarnas beslut. Detta är särskilt frustrerande för de sköterskor som varit vana att ha en större roll i vårdplaneringen i tidigare arbete, där de varit de som kallat till vårdplanering och där deras åsikt efterfrågats innan beslut fattats. Åtgärder för att öka förståelsen mellan olika yrkesgrupper/professioner borde kunna vidtas till exempel genom gemensamma utbildnings- och reflexionstillfällen för berörd personal.

Okklarheterna om gränsdragningen mellan sjuksköterskornas och undersköterskornas ansvar och arbetsuppgifter kommer på Rosengården särskilt till uttryck under natten när det enligt nattsköterskorna inte finns tillräckligt mycket sjuksköterskeuppgifter och det traditionella synsättet att ”springa på varannan ringning” lever kvar. På dagarna finns det däremot så många sjuksköterskeuppgifter att detta inte upplevs som något problem. Den höga sjuksköterskebemanningen innebär att man inte har något behov av att delegera till omsorgspersonalen. Gränserna mellan sjuksköterskor och undersköterskor upprätthålls därmed på dagen. Undersköterskornas möjligheter till utveckling i arbetet begränsas dock av detta. Hur sjuksköterskors respektive undersköterskors arbetsuppgifter ska avgränsas gentemot varandra respektive hur en ökad delegation eventuellt kan genomföras bör kunna diskuteras i personalgruppen.

I intervjuerna med personalen på Rosengården har ett stort intresse för kompetensutveckling framkommit. Synsättet att alla ska ”kunna” alla patienter motverkar dock den specialisering

som en del av de intervjuade ser som önskvärd. Det dubbla chefskapet för sjuksköterskorna, som innebär att en chef är ansvarig för den dagliga verksamheten vid Rosengården och en annan för sjuksköterskornas kompetensutveckling, är en faktor som motverkar en gemensam och långsiktig kompetensutvecklingsstrategi. Det är upp till den enskilda sjuksköterskan att vidareutbilda sig - och att eventuellt söka sig vidare till en arbetsplats där möjlighet ges att arbeta mer specialiserat. Hur intresset för utbildning och specialisering kan tas tillvara och komma Rosengården tillgodo är ytterligare en fråga att ta upp till diskussion.

### Frågor att belysa vidare

Det har inom ramen för denna utvärdering inte varit möjligt att intervjua några pensionärer eller deras anhöriga om deras syn på vistelsens innehåll och miljö. Detta bör dock kunna göras i samband med den slutliga utvärderingen.

Det har inte heller varit möjligt att följa upp pensionärernas vistelse vid Rosengården i relation till de syften som anges i de utredningar som gjorts av boendehandläggarna. En fördjupad studie av boendehandläggarnas formuleringar av syftet med korttidsvistelsen samt en uppföljning av biståndsbesluten skulle kunna göras i samband med den slutliga utvärderingen. Hemtjänstpersonalens uppfattning om vad de pensionärer klarar som går hem skulle då också kunna tas in i bilden.

### Referenser

Boll, Madeleine (2003): *Uppföljning av de 5 HSL-platserna vid Rosengården*.

Michaeli, Inga (2003): *Bron mellan två världar. Rapport från en workshop med biståndshandläggare, kommunala sjuksköterskor och sjukhusköterskor*. FoU Skåne 2003:1.

Michaeli, Inga (2004): *Stödstrumpor och ögondroppar. Om gråzonen mellan landsting och kommun*. Dalarnas Forskningsråd.

Socialstyrelsen (2005): *Äldre - vård och omsorg år 2003 - Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*.

Wånell, Sven Erik (2002): *Korttidsboende - värdefull insats som söker sin struktur*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Rapport 2002: 8.

# Forskningsrapport 2005.1



## **Utvärdering av Rosengården i Sandviken**

- ett korttidsboende i samverkan mellan landstinget och kommunerna i västra Gästrikland: Sandviken, Hofors och Ockelbo.

Intentionerna med korttidsboende som vårdform var att mot bakgrund av ädelreformen ge kommunerna en ökad flexibilitet. Korttidsboendet är en alternativ vårdform mellan att ge vård, omsorg och rehabilitering i den enskildes hem och att erbjuda detta som en permanent lösning i särskilt boende.

Korttidsboendet Rosengården i Sandvikens kommun är uttryck för en ny typ av verksamhet i samverkan mellan tre kommuner och landstinget inom ambitionen att utveckla närvården/närsjukvården i västra Gästrikland. Målet är att eliminera, eller åtminstone minska de gråzoner och glapp som kan uppstå i vård och omsorg om äldre personer. I detta syfte har man inrättat ett korttidsboende med 27 kommunala platser, för vilka socialtjänstlagen ligger till grund (SoL-platser) och 5 närvårdsplatser för primärvården inom de tre kommunerna för vilka hälso- och sjukvårdslagen gäller (HSL-platser).

Annika Almqvist, sociolog,  
forskare vid X-Fokus

X-Fokus  
Kommunförbundet Gävleborg  
Box 834, 801 30 Gävle  
Tel 026-15 34 12 • Fax 026-12 29 09  
E-post [annette.lundin@x.komforb.se](mailto:annette.lundin@x.komforb.se)  
[www.x.komforb.se/FoU](http://www.x.komforb.se/FoU)