

Äldreomsorg i Sveriges trädgård

Hans Bergvall

Lars Larsson

I Blekinge – med den högsta landstingsskatten i landet – var den traditionella lösningen med stora utbyggnadsplaner av den institutionella vården knappast realiserbar. Samtidigt som man var tvingad att möta de ökade hjälpbehov som en åldrande befolkning skulle medföra.

Det är arbetet med denna grannliga uppgift som Hans Bergvall, planerings- och organisationssekreterare vid Blekinge läns landsting och Lars Larsson, sekreterare vid kommunförbundets länsavdelning i Blekinge redovisar i artikeln.

Med ömsesidig respekt för varandras uppdragsgivares olika intressen har de medverkat i att föra frågorna framåt och Blekinge är nu på väg ut ur en mycket besvärlig situation. Tre års erfarenheter av ett intensivt utvecklingsarbete berör många frågeställningar och bör kunna vara en inspirationskälla för den som står inför en liknande situation.

Bakgrund

Av de femårsplaner som landets kommuner och landsting presenterade 1979–1980 framgick att man skulle "bygga servicehus och sjukhem i varenda buske". Detta visade med önskvärd tydlighet de särskilda enkäter som kommunförbundet och landstingsförbundet presenterade i april 1980. De allra flesta förtroendemen och tjänstemän ville satsa på att de äldre skulle kunna bo kvar hemma. Men planerna sa något helt annat. De mesta pengarna skulle gå till utbyggnad av servicehus och lokala sjukhem.

Yttersta klokskap i planeringen var att dels använda köer som planeringsinstrument, dels leva upp

till socialstyrelsens fyrkantiga rekommendation om 70–75 långvårdsplatser per 1000 70-åringar och äldre.

Planerna i Blekinge län – Sveriges trädgård – utgjorde inga undantag.

Utveckling av äldreomsorgerna i Sveriges trädgård

Landstinget fastställde sin sjukvårdsplan år 1974. Fyra av länets fem kommuner antog äldreomsorgsplaner före 70-talets utgång.

Dessa planer togs fram utan någon verklig samverkan mellan huvudmännen. Visserligen var den andra huvudmannen representerad på "gisslannivå".

Vid ingången av 1980 tog utvecklingen fart. En särskild förtroendemannagrupp drog igång med representanter från samtliga länets fem kommuner och landstinget. Gruppens presidium, ordförandena i förvaltningsutskottet (Göte Björnsson) respektive kommunförbundets länsavdelning (Helge Karlsson) sa följande till tjänstemännen.

"Skriv inte en massa. Ta så snabbt som möjligt fram ett förslag till principer för en utveckling av hemtjänsten och hemsjukvården i länet. Ta fram basdata kring tjänsteköpen under 1979 och utarbeta ett förslag till schablonavtal. Utgångspunkten är att fler och sjukare äldre ska kunna vårdas hemma längre och bättre".

Utredningsarbetet

När utvecklingen drogs igång i Blekinge ingick det i förutsättningarna att utvecklingen skulle ske någorlunda parallellt inom länet och att grundprinciperna för utvecklingen borde vara lika för hela länet. I

Olofströms kommun/primärvårdsområde hade man börjat i samarbete med Spri.

Anledningen härtill var följande:

- alla invånare i länet skulle kunna erbjudas ungefär samma möjlighet till vård i hemmet
- satsningen på öppna vårdformer skulle innebära en väsentlig förskjutning av ansvaret och kostnaderna mellan landstinget och länets kommuner, då fler skulle bo hemma istället för på institutioner.

Utvecklingen bedömdes ge samhällsekonomiska vinster på så sätt att landstingets kostnader minskar mer än vad kommunernas kostnader ökar. Landstinget kopplade satsningen på öppenvård med en drastisk minskning av sjukhemsutbyggnaden. Detta bedömdes som nödvändigt icke minst med tanke på att Blekinge läns landsting hade landets högsta landstingsskatt.

Därför var det inte möjligt för landstinget att göra upp med enskilda kommuner. Hade man gjort det hade det lett till uppgörelser på olika villkor mellan kommunerna. Eftersom landstingets skatteuttag är samma för alla invånare hade detta varit mycket olyckligt.

En utveckling av äldreomsorgerna kräver att samarbetet mellan kommuner och landsting drivs på två nivåer enligt följande:

- dels på den regionala/länsnivån för att lägga fast inriktning, grundprinciper får vården och finansiering
- dels på den lokala nivån (kommun/primärvårdsområde) för utarbetande av detaljerade lösningar och genomförande.

Själva utredningen som togs fram blev mycket kortfattad och innehöll följande:

- "poesidelen" utgjordes av GEM-projektens¹ sammanfattning "Primärvård och äldreomsorger"
- viktiga basfakta presenterades
 - kostnadsjämförelser:
- kostnaden för en dag på ålderdomshem motsvarar dagskostnaden för 3–4 timmar

¹ Gemensamt utredningsarbete av Socialstyrelsen, Kommunförbundet, Landstingsförbundet och SPRI (SPRI-rapporter s 100–107).

Kostnaden för en dag på sjukhem motsvarar dagkostnaden för 7–8 timmar hemsamarit, 1 timme undersköterska, en kvart om dagen med distriktssköterska, bostadstillägg, färdtjänst och fotvård.

hemsamarit, bostadstillägg, färdtjänst och fotvård

- kostnaden för en dag på sjukhem motsvarar dagskostnaden för 7–8 timmar hemsamarit, 1 timme undersköterska, en kvart om dagen med distriktssköterska, bostadstillägg, färdtjänst och fotvård
 - hemtjänst, hemsjukvård, långvård och servicehus/ålderdomshem kostade kommunerna och landstinget minst 350 mkr/år
 - de 10% av länets 70-åringar och äldre som vistades på långvård och servicehus/ålderdomshem tog i anspråk två tredjedelar av de 350 mkr
 - tjänsteköp år 1979 av hemsjukvård utförd av hemsamarit, långtidssjuka på ålderdomshem samt anhängigvårdare
 - ett äldreomsorgsavtal innefattande mål, grundprinciper och en ekonomisk överenskommelse.
- Att göra upp på den regionala nivån gick snabbt. Först och främst är det nödvändigt att komma överens om mål och inriktning av äldreomsorgerna. Därefter lägger man fast vissa grundprinciper för hur verksamheten bör organiseras.

När dessa saker klarats ut och förankrats gör man upp om hur kostnaderna ska fördelas mellan huvudmännen. Ett "måste" är då att få en praktisk lös-

§ MÅL

- att öka människors möjligheter att bo kvar i eller återvända till den egna bostaden
 - att åstadkomma ett effektivare utnyttjande av huvudmännens gemensamma resurser och minskning av behovet av mer kostnadskrävande vårdformer
- 1+1 = 3

§ MEDEL

- goda bostäder
- god fysisk och social miljö och lättillgänglig allmän och kommersiell service
- en områdesanknuten hemtjänst och närsjukvård av god kvalitet
- att landstinget och kommunen samverkar vid utbyggnad och utveckling av sjukvård i hemmet och social hemtjänst

ning utifrån budgetmässiga förhållanden – inte tro sig om att skipa rättvisa kring vad som är sjukvård eller socialtjänst.

Den ekonomiska överenskommelsen föregicks av en diskussion om vilka förändrade krav kommer utvecklingen av äldreomsorgerna att ställa på kommunerna och landstinget.

Förändrade krav på landstinget:

- minskad belastning av lasaretten
- fortsatt utveckling och utbyggnad av primärvården
 - fler distriktssköterskor
 - fler undersköterskor
 - fler allmänläkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter
 - sviktplatser
 - mer hjälpmedel
 - primärvården svarar för sjukvård för boende i servicehus
- minskad administration
- minskad utbyggnad av sjukhem

Förändrade krav på kommunen:

- bostadsförsörjningsprogram
 - nybyggnad, ombyggnad, sanering
 - uppsökande verksamhet
- KBT till flera
- ökade krav på social hemtjänst
 - fler hemsamariter och hemvårdsassistenter
 - bättre utbildning och fortbildning
 - hemtjänst dygnet runt
- trygghetslarm
- minskad utbyggnad av servicehus
- minskad administration

Den ekonomiska överenskommelsen i Blekinge län utgick ifrån att förändringar/förskjutningar av kostnadsansvar skall vara planeringsbara och ske

på lång sikt. Landstinget hade en bra förhandlings-sits, eftersom man tidigare hade finansierat mycket hemhjälp, men landstinget hade inget intresse av att köra över kommunerna i den ekonomiska uppgörelsen. Överenskommelsen innebär att landstinget till kommunerna utbetalar ett belopp som motsvarar en viss procent av kommunens bruttokostnader för social hemhjälp.

År	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990–
%	48	47	46	45	40	35	30	25	20

Uppgörelsen ersätter tidigare:

- tjänsteköp av hemsjukvård utförd av hemsamariter
- ersättning för anställning av anhörigvårdare, som kommunerna svarar för
- ersättning för långtidssjuka på ålderdomshem (ELÅ).

När man är överens om mål, grundprinciper och ekonomi kan man ge sig in i ett utvecklingsarbete utan att alla övriga frågor är lösta i förväg. Man får i stället ta problemen efter hand som de kommer. Följande problem att lösa under resan redovisades innan beslut fattades:

- statsbidrag för social hemtjänst
- rutiner för att erhålla ersättning från försäkringskassan
- tumregler för insatser
- avgifter för hemtjänst
- arbetsfördelning primärvård – socialvård
- organisation:
 - gemensam distriktsindelning
 - etablerande av områdesgrupper
 - etablerande av vårdplaneringsgrupper
 - förändra beslutsfattandet
 - rutiner för vårdplanering
- utbildning:
 - områdesgrupper

När man är överens om mål, grundprinciper och ekonomi kan man ge sig in i ett utvecklingsarbete utan att alla övriga frågor är lösta i förväg.

vårdplaneringsgrupper

förtroendevalda

- personalbehov
- information till vårdtagare och anhöriga
- hemtjänstens innehåll
- utvärdering av avtalets konsekvenser
- primärvårdens insatser på servicehus
- socialvårdens insatser på sjukhem
- trygghetslarm
- jour
- institutionsplatserna

Skulle alla dessa problem ha knäckts först hade utvecklingen aldrig kommit igång.

Före utgången av 1981 hade landstinget och samtliga kommuner i länet fattat principbeslut och skrivit på ett gemensamt äldreomsorgsavtal.

Parallellt med utarbetandet av principer och avtal arbetade landstinget in konsekvenserna härav i femårsplan samt i budget. Verktälligheten kunde påbörjas redan i början av år 1981. Förtroendemännen har mycket snabbt haft modet att lägga om kursen på skutan. I landstingets planering har följande hänt:

- sex planerade sjukhem blev två
- antalet distriktssköterskor utökas från 1 på 3 000 invånare till 1 på 2 000 invånare
- till varje distriktssköterska knyts en undersköterska
- fler läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter i primärvården
- mer pengar till hjälpmedel

Förutsättningar för utveckling

Följande förutsättningar är viktiga för att göra det möjligt för fler och sjukare att stanna kvar hemma:

utveckling lokalt hand i hand:

Inom varje kommun/primärvårdsområde måste bägge huvudmännen i samråd "pumpa upp eller pumpa ner" sina verksamheter. Den ena huvudmannen ska tex inte bygga ut dygnet-runt-tillsyn om inte den andra huvudmannen tänker göra samma sak. Hemsamariter, undersköterska och distriktssköterska inom ett eller två distriktssköterskeområden bildar en områdesgrupp som svarar för omsorger i sitt område. Inom varje kommun/pri-

.....
All utveckling frilägger successivt nya problem som måste tacklas.
.....

märvårdsområde finns minst en gemensam vårdplaneringsgrupp.

gemensam distriktsindelning:

Varje kommun är ett primärvårdsområde, vilket kan underuppdelas i enlighet med eventuella socialvårdsdistrikt. Socialvården bör ha gemensamma distrikt för barnomsorg, vård och behandling samt äldreomsorg. I avvaktan härpå anpassas socialvårdens äldreomsorger till primärvårdens distriktssköterskedistrikt.

primärvården i egen organisation:

Inom primärvårdsområdet organiseras primärvården i en rak linjeorganisation. Primärvården måste svara för följande, vilket av hävd räknats till långvårdens revir

- hemsjukvård
- sjukhem
- dagvård
- hjälpmedel

hemtjänst och hemsjukvård dygnet runt:

Det är först i detta läge som social- och primärvården kan erbjuda ett verkligt alternativ till institutionsvård. Härigenom kan äldre människor och anhöriga känna trygghet.

forum för problemlösning:

All utveckling frilägger successivt nya problem som måste tacklas. Vid sidan av de formella kommun- och landstingsorganisationerna måste det från början finnas lokala och regionala forum för problemlösning. I Blekinge finns det ett lokalt LAKO¹-organ i varje kommun/primärvårdsområde. Vardera huvudman har utsett en tjänsteman som lokal "motor" för utvecklingen av äldreomsorgerna. Dessa arbetar hand i hand med verktällighetsfrågor. Deras förslag presenteras i det lokala LAKO-organet före beslut i berörd driftsstyrelse (socialnämnd och distriktsstyrelse). Regionalt svarar regionala LAKO för samordningen. Dess presidium (förvalt-

ningsutskottets och länsavdelningens ordförande) samråder regelbundet med regionalt ansvariga tjänstemän (från landstingets kansli respektive länsavdelningen). Dessa senare samlar regelbundet de lokala "motorerna" för erfarenhetsutbyte och problemlösning.

Det är viktigt med ett bra samspel mellan lokal och regional nivå. Inledningsvis fanns det på en del håll i primärvården en rädsla för att lösningar skulle läggas på uppifrån. Man var också i något fall rädd för att önskemålet om en någorlunda parallell utveckling i länet skulle bromsa upp utvecklingen för de som kommit längst. Nu fungerar dessa i stället som draghjälp för andra kommuner/primärvårdsområden. I Blekinge har stort utrymme getts för lokal utveckling. Detta är viktigt dels för att få anpassning till lokala behov och förutsättningar, dels för att få ett lokalt engagemang i utvecklingsarbetet.

samverkan med länssjukvården:

Länssjukvården ska gå primärvården tillhanda med handledning, konsultation och behandling när primärvården inte räcker. Om primärvården ska ta över en patient som vårdas inom länssjukvården, så måste den individuella vårdplaneringen för den patienten på ett tidigt stadium göras upp med berörd distriktssköterska.

samverkan med pensionärsorganisationerna:

Samarbetet med pensionärsorganisationerna har varit fantastiskt. PRO,² den stora organisationen som i Blekinge har varannan pensionär som medlem, har lagt ner ett stort arbete. Alla kurser och konferenser som PRO-distriktet anordnat sedan 1981 har mer eller mindre ägnats att föra ut och diskutera de nya idéerna. PRO-distriktet fick under förra året ett extra landstingsanslag för detta. Till några av kurserna har inbjudits fackliga företrädare för kommunalarbetsförbundet. Härigenom har

.....
I Blekinge har stort utrymme getts för lokal utveckling. Detta är viktigt dels för att få anpassning till lokala behov och förutsättningar, dels för att få ett lokalt engagemang i utvecklingsarbetet.
.....

många problem kring kompetens (hemsamaritundersköterska) samt insatser av frivilliga organisationer kunnat undvikas.

Resultat hitintills

Spri har i ett särskilt projekt i Olofströms kommun/primärvårdsområde redovisat vad två års förändringsarbete har inneburit, nämligen

- att fler sjuka kan vårdas hemma
- att sjukhemmet inte behöver bli sista anhalten för långtidssjuka
- att köerna till sluten långtidsvård kan elimineras
- att det finns alternativ till en fortsatt utökning av institutionsplatser.

Många har menat att enbart tillkomsten av avtalet om äldreomsorgerna har dämpat trycket på dyrare vårdformer. Handläggare, patienter, anhöriga tycks ha ställt in sig på att i större utsträckning pröva vård i hemmet.

En särskild utvärdering av avtalets konsekvenser ska vara genomförd under 1984.

Slutord

Utveckling är som att vandra i fjällen. Nere i björkskogen ser Du bara den närmaste toppen. Det är fuktigt, sankt och mycket mygg. När Du står på toppen är alla besvär glömda. Vinden svalkar, den vidunderliga utsikten döljer de kommande strapatserna. Nere i dalen är det lika jobbigt igen.

I Blekinge har vi kommit över den första toppen. Många jobbiga, härliga upplevelser väntar.

¹ LAKO = Samarbetsorgan för kommun och landsting.

² PRO = Pensionärernas Riksorganisation.