

Långtidsvård – ett område för förändring

Stig Berg

Torbjörn Svensson

Inom långtidsvården finns många problem som hindrar god vård och god arbetsmiljö. Man utgår alltför mycket från akutsjukvården. Vi bör försöka skapa en särskild vårdideologi för denna vård och personal och patienter bör få delta i utformningen av den.

Patienterna måste också få ta mer aktiv del i den egna vården. Personalen får då ändra sin roll: vårda mindre, stödja mer. En metod som ger en sådan utveckling är gruppvård. Försök med sådan har gjorts vid Södra klinikerna i Jönköping av Institutet för gerontologi. Dessa försök tyder på att man kan nå goda resultat både när det gäller personalens arbetstillfredsställelse och beträffande patienternas välbefinnande.

Stig Berg är chef för Institutet för gerontologi i Jönköping. Torbjörn Svensson är psykolog och även han knuten till detta institut.

Det finns inom långtidsvården en rad problem som utgör hinder för att ge patienterna en god vård och personalen en god arbetsmiljö. Problemen finns både i den fysiska miljön, dvs utformningen av byggnaderna där vården bedrivs, och i den sociala miljön dvs organisationen av vården och relationerna mellan personal och patienter och relationerna inom personalgruppen. Praktiskt kan det gälla överbeläggningar, dåliga lokaler, personalbrist, hög personalomsättning, vårdpessimism etc.

Ett grundläggande problem i all långtidsvård är att den i alltför stor utsträckning har en vårdfilosofi hämtad från akutsjukvården. Detta gäller både för den fysiska och sociala miljön. Inredning, organisa-

tion, rutiner osv är ofta synonyma med de förhållanden som råder inom akutvården. Detta trots att det för många av patienterna är tal om så långa vårdtider att det blir en form av boende. Enligt Pensio-
närundersökningen (SOU 1977: 98) har, inom somatisk långtidsvård, 45 % av kvinnorna och 35 % av männen en vårdtid på 2 år och däröver. Detta är en anledning till att man bör försöka skapa en vårdideologi speciellt för långtidsvården. Framför allt gäller det att ge personal och patienter möjligheter att delta i utformningen av denna vårdideologi, både vad gäller de fysiska och sociala aspekterna.

Beredskap för förändring

Institutet för gerontologi har nyligen genomfört en enkätundersökning rörande utbildning bland sjuksköterskor anställda inom långtidssjukvården i Jönköpings läns landsting (Sahlberg, 1978). Intervju-
personerna har frågats om inställning till vidareut-
bildning för arbete inom långvården och vilka äm-
nesområden som var väsentliga att behandla i en
sådan utbildning. Resultaten tyder på att det finns
ett stort intresse för kunskapsområden som kan un-
derlätta förändringar i den sociala miljön. Närmare
80 % anser det *mycket* väsentligt att få kunskaper
om "hur man påbörjar och genomför ett utveck-
lingsarbete på en avdelning vad gäller t ex arbetsru-
tiner och organisation". Mer än 90 % tycker att det

.....
*Ett grundläggande problem i all långtidsvård
är att den i alltför stor utsträckning har en
vårdfilosofi hämtad från akutsjukvården.*
.....

Man kan finna klara indikationer på att personalen inom långtidssjukvården önskar kunskap om hur man förändrar vårdorganisationen och vårdinnehållet.

är mycket väsentligt att undervisningen behandlar samarbete med andra yrkeskategorier för planering och genomförande av rehabiliteringsprogram, samt information, undervisning och handledning av personal och anhöriga. Dessutom tycker 65 % att det är mycket väsentligt att utvärdering av "den befintliga verksamheten, förändrade vårdformer och omorganisationer på en avdelning", behandlas i undervisningen. Detta tyder på ett intresse för att genomföra förändringar under kontrollerade former och inte bara förändring för förändringens skull. En annan undersökning visar att det också bland vårdbiträden finns ett stort intresse för utbildning och då speciellt utbildning som är anpassad till det egna verksamhetsområdet (Berg et al., 1976).

Man kan alltså finna klara indikationer på att personalen inom långtidssjukvården önskar kunskap om hur man förändrar vårdorganisationen och vårdinnehållet. Utan alltför stora övertolkningar torde man också kunna påstå att det finns ett intresse för att verkligen genomföra förändringar, som innebär en mer utvecklande och stimulerande vårdmiljö för patienterna men också för personalen. Man kan säga att målet är att skapa en stabilare bas för rehabilitering av patienten såväl fysiskt som psykiskt. Redan finns en väl utvecklad medicinsk, fysisk omvårdnad, medan det är sämre beställt med den psykiska stimulansen och det psykiska stödet.

Krav på den fysiska miljön

De flesta som vårdas inom långtidsvården är så fysiskt och psykiskt svaga att de inte orkar med längre förflyttningar. De tillbringar därför största delen av sin tid på vårdsalen och detta blir en slags ersättning för det normala boendet. Patientrummet blir det mest privata utrymmet. Studier av sjukhem (Berg et al., 1977; Hultén & Svensson, 1978), där personal och patienter intervjuats, visar också att 1-patientrum efterfrågas i hög grad. Om man jämför

nu gällande normer, med flest 4-bäddsrums och få 1-bäddsrums, med de önskemål patienterna framförde så blir fördelningen den omvända, minst 4-bäddsrums och mest 1-bäddsrums. Det finns också klara önskemål från både patienter och personal om att miljön skall göras mer hemlik genom en del egna möbler, tavlor o dyl. Det framhålls ofta att det finns en risk att patienten blir isolerad på 1-patientrum. Lawton (1970) refererar en undersökning där Ittelson konstaterade att patienter i enkelrum generellt tar fler personliga kontakter än de som bor i flerbäddsrums. Jones (1975) redovisade dessutom att patienter på enkelrum hade färre aggressiva handlingar än de som bodde på flerbäddsrums. Detta beror troligen på att patienten inte behöver muta in något privat revir och därför har lättare att använda gemensamma utrymmen. Isolering bör också kunna motverkas genom aktivering av olika slag. Sjukhemsundersökningarna visar också att både patienter och personal i hög utsträckning vill ha arbetsterapilokaler direkt på eller i anslutning till avdelningen.

Önskemålen om avdelningarnas storlek varierar i olika studier men majoriteten önskar mellan 20 och 30 vårdplatser. Det finns emellertid en trend att man vill ha mindre avdelningar än de man själv bor eller arbetar på idag. För personalen är avdelningens storlek väsentligare än hur många avdelningar som finns på sjukhemmet. Man kan alltså se att både personal och patienter önskar mindre avdelningar, fler enkelrum och mer hemlik miljö. Byggnadernas storlek, placering i samhället och liknande tycks spela mindre roll (Berg et al., 1977; Hultén & Svensson, 1978).

Personalen och den sociala miljön

På senare år har allt större intresse börjat riktas mot de psykologiska och sociala komponenterna i mil-

Om man jämför nu gällande normer, med flest 4-bäddsrums och få 1-bäddsrums, med de önskemål patienterna framförde så blir fördelningen den omvända, minst 4-bäddsrums och mest 1-bäddsrums.

.....

Omvårdnaden sker ofta på en fysisk nivå utan större mellanmänsklig kontakt. Den fysiska omvårdnaden är i det närmaste fulländad, men kompletteras tyvärr inte av en psykisk omvårdnad av samma standard.

.....

jön. I vissa sammanhang har det också talats om psykisk miljö, vilket torde vara mindre relevant. Det vore lämpligare att referera till den psykiska upplevelsen eller den psykiska reaktionen, hos en eller flera individer på den fysiska och den sociala miljön. I den fysiska och sociala miljön kan dock ingrepp och förändringar göras utifrån psykologisk kunskap för att nå en viss effekt i den psykiska upplevelsen eller reaktionen hos de individer som vistas i miljön.

Personalens möjligheter att erbjuda en vård under hemliknande förhållanden är intimt förknippad med deras egna arbetsförhållanden och upplevelsen i arbetet. För närvarande råder det inom långtidssjukvården brist på läkare, sjuksköterskor, skötare och vårdbiträden. Följden blir att det många gånger ställs orimliga krav på personalen. Arbetssituationen upplevs som pressande, vilket inverkar på personalens förmåga att bemöta patienten under lugna former. Tiden för kontakt med den enskilda patienten är otillfredsställande. Omvårdnaden sker ofta på en fysisk nivå utan större mellanmänsklig kontakt. Den fysiska omvårdnaden är i det närmaste fulländad, men kompletteras tyvärr inte av en psykisk omvårdnad av samma standard.

I en studie vid Vasa sjukhus i Göteborg (Berg et al., 1976) har man genom att fråga sjukvårdsbiträden om deras upplevelse av olika faktorer i arbetet försökt undersöka olika aspekter på arbetstillfredsställelse. Härvid fann man att de upplevde stor påfrestning, att de kände stort behov av fysisk och psykisk styrka och att de upplevde ett stort behov av information och utbildning. Ca 2/3 upplevde däremot relationerna till överordnade och kamrater som goda. Många funderade emellertid på att byta arbete och man var missnöjd med lön och arbetstider.

Patienten och den sociala miljön

Det är viktigt att försöka stödja individen till största möjliga oberoende, trots att personen i fråga vistas på en långvårdsinstitution. Det innebär framför allt att stödja och stärka personens identitet. Idag erbjuder miljön ofta alltför lite positiv stimulans. I en stimulansfattig miljö är det svårt att bygga upp en välfungerande och välintegrerad identitet. Bristen på stimuli finns inte enbart i den fysiska miljön utan också i bristen på kommunikation, i bristen på ansvar, bristande integritet o.s.v. Man kan med fog påstå att traditionell institutionsmiljö många gånger är "skadlig" för individen. De få strukturer som utgör individens jag eller identitet är alla knutna till institutionsmiljön och är därigenom skilda från de betingelser som råder i det omgivande samhället. Detta leder till hospitalisering och "kronikervård" eftersom patienten inte tål en utskrivning till en miljö som hon eller han saknar medel att reagera adekvat på. På en institution kan en dåligt uppbyggd identitet vara i harmoni med en undermålig miljö och således befinna sig i balans med denna. Eftersom en individs identitet utvecklas genom problem-situationer och kriser som löses, för att efter detta fungera på en ny nivå, sker ingen positiv utveckling i en miljö där det råder stor brist på stimulering och problemlösning. Snarare hamnar individen i traumatiska kriser som hämmar utvecklingen och rehabiliteringen.

Den första traumatiska krisen patienter utsätts för är intagningen, där man låter patienten lämna ifrån sig personliga tillhörigheter och förtroenden. Att patienten tvingas att ge upp en del av sin identitet för att ta upp nya normsystem i en "fattigare" miljö är katastrofalt. Hos den äldre patienten ser man som en följd akuta förvirringstillstånd under den period, där omorganisationen och intagandet av institutionens normer pågår. Detta brukar vara från ett par dagar till en vecka. Vad man inte tänker på, är att beroende på sitt psykiska och fysiska handi-

.....

Man kan med fog påstå att traditionell institutionsmiljö många gånger är "skadlig" för individen.

.....

kapp har den äldre patienten stora svårigheter att utstå kriser och därför också problem att återuppb bygga en välfungerande identitet, vilket dessutom miljön tillhandahåller minimal hjälp för. Det sker en anpassning till en institutionskultur som snarare är konserverande än utvecklande. Man kan säga att patienten under sin vistelse riskerar att bli utsatt för fler och fler traumatiska kriser ju längre tid vistelsen varar. Det viktiga är att i stället erbjuda individen en stimulerande miljö där möjligheterna till orientering och utveckling av den egna identiteten görs så stora som möjligt.

En utvecklande miljö

Samtidigt som miljön skall vara utvecklande för patienten, skall den också erbjuda goda arbetsförhållanden för personalen. Båda gruppernas rätt till en god miljö måste tillgodoses. Dessa mål är inte oförenliga. God vård bör innehålla aktiva behandlingsåtgärder från all personal, normala emotionella relationer, ökad självkontroll och en betoning av problemlösning (kontrollerade kriser) och vallsituationer (Smith & King, 1975). Ur detta skapas möjligheter till förändring och tillväxt för både patienter och personal. En miljö, där dessa komponenter ingår bygger på en grundsyn om människan som en kompetent individ, som kan ta ansvar för sin egen person i umgänget med andra människor trots en nedsättning av vissa funktioner. Genom att erbjuda patienten möjligheter att gradvis klara av svårare och svårare uppgifter kommer förmågan att strukturerar och handha omgivningen att förbättras. Genom sådana kontrollerade kriser kan patienten hjälpas till en högre funktionsnivå (Cumming & Cumming, 1973).

Aktiva behandlingsåtgärder från all personal kräver kunskaper och engagemang. I den aktiva behandlingen krävs inte bara aktivitet från personalen utan också från patientens sida. För patienten är

.....
Personalen måste omvärdera den roll de själva har i vårdarbetet. Betoningen i deras arbete bör ändras från "vårdare" till "stöd-jare".
.....

detta oftast en ovan situation, då vården i de flesta fall bygger på ett passivt mottagande. Personalen måste alltså ge patienterna "tillåtelse" att ta aktiv del i den egna vården. Det innebär att personalen måste omvärdera den roll de själva har i vårdarbetet. Betoningen i deras arbete bör ändras från "vårdare" till "stöd-jare". De skall stimulera och hjälpa patienten att successivt arbeta upp en förmåga att i så stor utsträckning som möjligt behärska fler och fler situationer i sin egen dagliga tillvaro, för att därigenom bryta rollen av mottagare. Från att ha varit dominerad och styrd skall patienten kunna dominera sin egen person och ta ansvar för en så stor sfär som möjligt. Givetvis kräver detta att personalen också får "tillåtelse" till en sådan förändring, både av "institutionen" och sig själva. Institutionen måste stödja personalen för att de skall ha möjlighet att "tillåta" sig ett annat arbetsmönster. Man behöver kunskap om patienter och alternativa arbetsmetoder samt att man får tillfälle att diskutera förändringen. Kunskaperna bör lämpligen förmedlas i form av utbildning som har direkt praktisk anknytning till arbetet på avdelningen. Helst bör också undervisningen förläggas under arbetstid.

Förutom kunskap om sina egna och patienternas möjligheter att förändra vårdinnehållet fordras ett engagemang i och en formulering av gemensamma mål. För detta behövs utrymme för diskussioner, där det ges möjlighet att klargöra de olika värderingar och synsätt som de olika personalmedlemmarna har. Lämpligt kan vara att starta en personalgrupp (p-grupp) för detta ändamål.

De aktiva behandlingsåtgärderna måste omfattas av samtlig personal. Det innebär att även den externa personal (sjukgymnaster och dyl) som är knutna till avdelningen deltar i gruppen. P-gruppen bör användas främst för att behandla personalens egna värderingar och tankar rörande vården och relationen till andra personer, som de kommer i kontakt med.

Patienterna och de frågeställningar som rör dessa och deras vård bör behandlas i någon form av behandlingskonferenser. Dessa konferenser kan ha som mål att skapa individuella behandlingsprogram för varje patient. Genom att flera olika personalkategorier deltar i framtagningen av dessa ökar möjlig-

.....
*I betoningen av patientens självkontroll ligger
förståelse för dennes egen vilja och förmåga
att ta ansvar för sig själv och sina tillhörighe-
ter i allt högre grad.*
.....

heterna till en helhetssyn på patientens vård och rehabilitering.

Normala emotionella relationer i vården är ett naturligt led i betraktandet av patienten som en person med viss funktionsnedsättning, som fortfarande anses kapabel att ha relationer till sin omgivning. Det kan i vid mening sägas vara en konsekvens av normalitetsbegreppets tillämpning i vården. Målsättningen är också en ökad självkontroll för såväl patienter som personal. För personalens del innebär det en betoning av delegering och ansvar. Det vill säga att besluten förankras på den nivå där de skall verkställas.

I betoningen av patientens självkontroll ligger förståelse för dennes egen vilja och förmåga att ta ansvar för sig själv och sina tillhörigheter i allt högre grad. Ökad självkontroll i ett klimat med normala emotionella relationer lägger grunden för och är delar i den sociala träning, som är en förutsättning för att patienten skall kunna utveckla en god kontakt med sin omgivning. Basen är alltså en social träning i en miljö med "normal" känslomässig kontakt och förändringarna blir en följd av det sociala samspelet. I miljön får patienten successivt tillfälle att bemästra mer och mer komplexa situationer.

Gruppvård

En metod att öka möjligheterna för "öppnare" arbete på en avdelning är någon form av gruppvård. I sig ger gruppvården större utrymme för varje individ att ta ansvar, vare sig man är patient eller personal. Informationen som patienten får blir också mer entydig och konsistent, eftersom det är samma person som förmedlar den vid olika tillfällen. Dessutom ger gruppen en känslomässig trygghet. Både personal och patienter får en närmare relation till varandra.

Det råder idag en viss begreppsförvirring i Sverige angående gruppvård. Ofta talas om gruppvård,

där gruppen baserar sig på en gruppering av personalen. Detta borde rätteligen benämnas lagvård eller teamvård, vilket också direkt kan överföras till motsvarande begrepp i internationell litteratur, nämligen "team nursing". Den andra typen av gruppvård baserar sig på en gruppering av patienterna och har också den sin motsvarighet i internationellt språkbruk, nämligen "group treatment". Det vore därför lämpligt att övergå till dessa benämningar för att underlätta kommunikation och utbyte över gränserna.

Ett praktiskt exempel

Institutet för gerontologi har genomfört en försöksverksamhet med förändrade vårdformer vid Södra klinikerna i Jönköping (Svensson, 1977). Här tillämpades gruppvård med indelning av patienterna som grund. Projektet bedrevs under ett år på en psykiatrisk långvårdsavdelning för kvinnor. Personalen undervisades om olika aspekter av problem rörande den äldre patienten. Dessutom hölls regelbundet, en gång i veckan, personalgrupps- och behandlingskonferens. I samtliga moment deltog all personal som var knuten till avdelningen, alltså även arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator m.fl. Detta för att få en integrering av de medicinska, psykologiska och sociala insatserna för patienterna.

För personalen medförde försöksverksamheten: att de upplevde mindre fysisk och psykisk påfrestning i arbetet, att de fick bättre relationer till överordnade och arbetskamrater, att de var mer tillfredsställda med informationen rörande patienterna och att de upplevde personalgruppen som personligt utvecklande. Dessutom var de tillfredsställda med den nya arbetsordningen som skapade en bättre ansvarsfördelning. Patienterna blev signifikant förbättrade i jämförelse med en kontrollavdelning vad gäller "personlig hygien" ($p < 0.05$) och

.....
Detta tyder på att man genom insatser i den sociala miljön kan nå goda resultat både vad gäller personalens arbetstillfredsställelse och patienternas status och allmänna välbefinnande.
.....

”faecesinkontinens” ($p < 0.05$). Dessutom ökade antalet patienter som vistades uppe på kvällstid signifikant ($p < 0.05$). Personalen ansåg också att patienterna blivit mer aktiva, mer samarbetsvilliga, bättre orienterade och att de hade en lägre total vårdtyngd. Detta tyder på att man genom insatser i den sociala miljön kan nå goda resultat både vad gäller personalens arbetstillfredsställelse och patienternas status och allmänna välbefinnande.

Förändring för bättre omvårdnad

Beaktandet av samtliga miljöaspekter är av största betydelse för att en god sjukvård skall kunna bedrivas. De måste därför integreras till en funktionell helhet i den framtida forskningen och planeringen genom ett tvärvetenskapligt angreppssätt. Sådant arbete förekommer också vid några sjukhem och långvårdskliniker, men det är betydelsefullt att förändringsarbetet bedrivs på många olika håll i landet så att lokala variationer kan komma fram. Det finns inte någon enhetlig metod som löser alla problem. Ekonomiskt innebär inte de förändringar vi tagit upp här några stora kostnader. Ett utnyttjande och samordnande av fysisk och social miljö kan emellertid ge en kvalitativt förbättrad vård.

REFERENSER

- Berg, S., Dahl, L., Dehlin, O. & Hedenrud, B.: Psychological perception of nursing aides' work. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 8: 79–84, 1976.
- Berg, S., Sjöås-Karlsson, K. & Steen, B.: Den fysiska miljön på sjukhem – patienters och personals synpunkter. Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg, Göteborg, 1977.
- Cumming, J. & Cumming, E.: *Ego & Milieu: Theory and practice of environmental therapy*. Aldine Publishing Company, Chicago, 1973.
- Hultén, G. & Svensson, T.: Brukarstudier vid sjuk- och ålderdomshem. SPRI, Stockholm, s 96, 1978.
- Jones, D. C.: Spatial proximity, interpersonal conflict, and friendship formation in the intermediate-care facility. *The Gerontologist*, 150–154, 1975.
- Lawton, M. P.: Ecology and Aging. I: Pastalan, L. A. & Carson, D. H. (eds): *Spatial behavior of older people*. University of Michigan, Ann Arbor, 1970.
- Sahlberg, G.: Vidareutbildningsbehov hos sjuksköterskor inom långtidsvård. Stencil, Institutet för gerontologi, Jönköping, 1978.
- Smith, C. & King H, A.: *Mental hospitals*. D. C. Heath & Company, Lexington, 1975.
- SOU 1977:98: Pensionär –75. Pensionärsundersökningens betänkande. Norstedts, Stockholm, 1977.
- Svensson, T.: Ett försök med förändrade vårdformer vid en psykiatrisk långvårdsavdelning. Rapport från Institutet för gerontologi nr 29, Jönköping, 1977.

Glöm ej

att förnya prenumerationen

för 1979 på **Socialmedicinsk tidskrift**

Helår kr 70:–

För studerande helår kr 40:–

Kollektivprenumeration kr 60:–

(minst 25 ex pren direkt hos redaktionen)

Socialmedicinsk tidskrift

Fack, 104 01 Stockholm 60, Tel 08/87 34 91, Postgiro 1179-1