Rapport

Äldreomsorgen

– den svaga länken i Sveriges coronastrategi?

Vårdföretagarna

Vårdföretagarna

Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi, till exempel i form av aktiebolag, kooperativ eller ideella föreningar. Vårdföretagarna arbetar för ökad valfrihet och mångfald inom vård och omsorg och tydliggör den privat drivna vårdens betydelse för samhället. Föreningen har ca 2 000 medlemsföretag med 105 000 årsanställda.

Innehåll

Inledning 04
Sammanfattning 06
Metod 08
Kort om äldreomsorgen i Sverige 09
Privata utförare inom äldreomsorgen 10
Hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen 10
Covid-19 inom äldreomsorgen 11
En stor andel av de avlidna fanns inom äldreomsorgen 11
Svårt att avgöra direkt dödsorsak 11
Antal smittade och avlidna i äldreboenden under pandemin 13
Smittan i äldreomsorgen kopplad till samhällsspridningen 13
Äldreomsorgens förutsättningar att möta covid-19 14
De allra sköraste äldre finns inom äldreomsorgen 14
Kroppsnära omvårdnad av olika personal 15
Äldreboenden är inte sjukhus 16
Många av de äldre har demenssjukdom 16
Brist på personal 17
Förutsättningar för äldreomsorgen under pandemin 18
Det nationella smittskyddsarbetet 18
Fokus på smittspårning och sjukvårdskapacitet i pandemins inledande skede 18
Samhällsspridning konstateras 19
Brist på skyddsutrustning 20
Socialstyrelsens uppdrag för kommuner kom igång sent 20
Privata utförare i äldreomsorgen sist i kön? 21
Informationsflödet under pandemin 21
Utmaning med stort informationsflöde 22
Stöd och information utgick ifrån sjukvården 23
Skillnader i riktlinjer mellan regioner och kommuner 24
Testning 25
ECDC rekommenderar generös testning 25
Sen testning av sjuka och personal i äldreomsorgen 25
Asymtomatisk smitta 27
Övriga svårigheter 27
Myndigheternas åtgärder och smittspridningen på äldreboendena 28
Laboratoriebekräftade fall av covid-19 och avlidna som klassificerats höra till äldreboende 28
Äldreomsorgen ställde om under kort tid 30
Smittskydd Stockholms enkät 30
9 av 10 verksamheter fick godkänt av IVO 32
Sjukvården under pandemin 34
Ändrade riktlinjer under pandemin 34
IVO:s granskning av vård och omsorg på äldreboenden 35
Vårdföretagarnas upplevelse av samverkan under pandemin 35
Frågan om att anställa läkare i kommunen 36
Vårdföretagarnas medlemmar om att anställa läkare i kommunen 37
Arbetsvillkor och pandemin 38
Bemanningen inom äldreomsorgen 38
Visstidsanställningar 39
Privata aktörer under pandemin 41
Var smittan värre hos privata aktörer? 41
Privata aktörer tidiga med förebyggande insatser 41
Samverkan och beredskap i kommunerna 42
Vårdföretagarnas överväganden och förslag 43
Framtidens äldreomsorg – en smartare äldreomsorg 45

Inledning

Här och nu, i slutet av november 2020, sätter coronapandemin återigen hårt tryck på sjukvård och äldreomsorg. Att smittspridningen nu tagit fart igen är ett faktum. Fullödiga analyser och slutsatser i spåren av pandemin måste därför vänta – kanske flera månader eller år.

Men det vi däremot kan göra är att sammanställa händelseförloppet under våren och sommaren och lära av verksamheternas erfarenheter. Vi kan också granska debatten och bilden av äldreomsorgen och fråga oss om den är rättvis eller bör revideras, utifrån det vi vet idag. För om bilden är felaktig riskerar också beslut som tas om hur äldreomsorgen ska utvecklas framgent att bli felaktiga.

För vad var det egentligen som hände under pandemins första månader?

Strategin om att skydda utsatta grupper, däribland äldre, skulle ges högsta prioritet och upprepades av ledande politiker och myndigheter. Men vilka konkreta åtgärder följde och vilka förutsättningar gavs äldreomsorgen, där de allra sköraste finns, när läget snabbt blev skarpt?

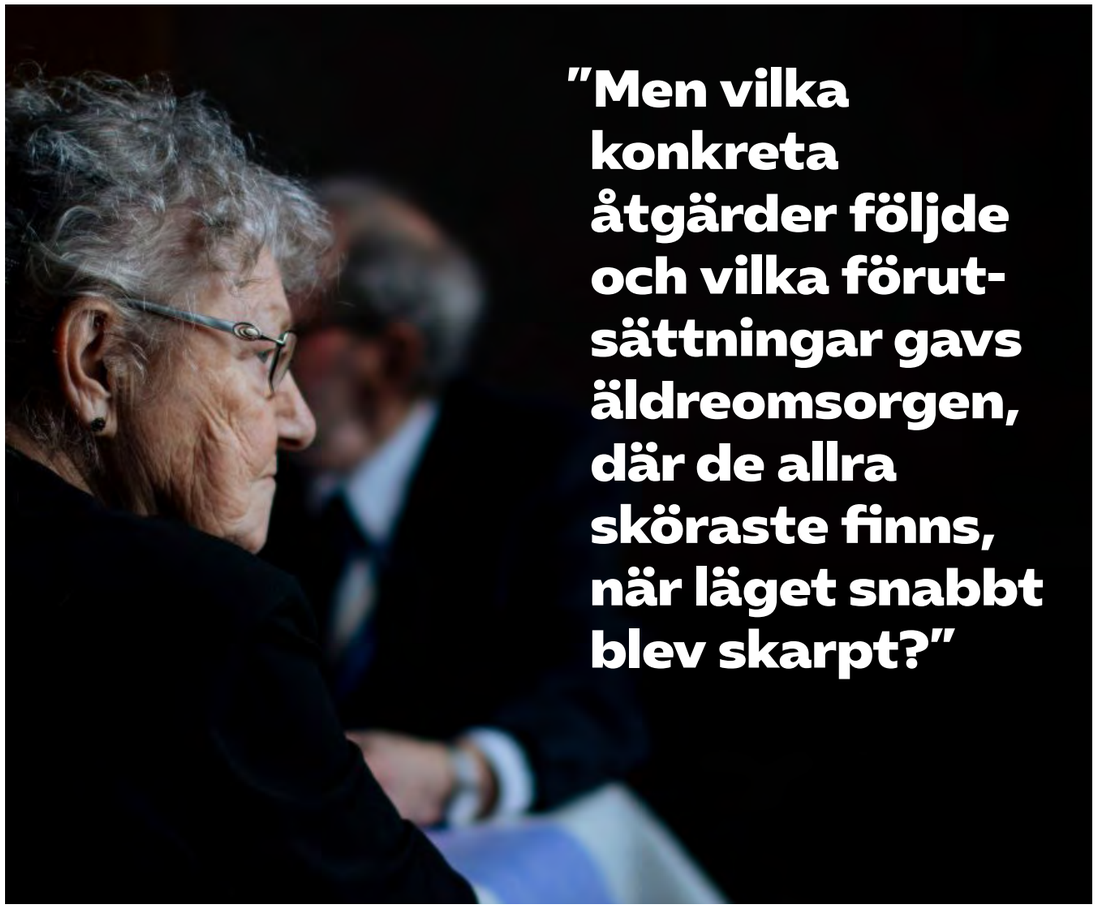
I den här rapporten ger Vårdföretagarnas medlemsföretag sin bild av äldreomsorgens förutsättningar under pandemins inledande skede. Det handlar om verksamheter i frontlinjen som delar sina upplevelser av hur Sveriges uttalade strategi, att skydda de äldre, genomfördes i praktiken. Rapporten bygger på egna sammanställningar och analyser, intervjuer med medlemsföretag samt information och data från myndigheter, organisationer och medier.

”För om bilden är felaktig riskerar också beslut som tas om hur äldreomsorgen ska utvecklas framgent att bli felaktiga.”

Syftet med rapporten är dels att ifrågasätta bilden av äldreomsorgen som den svaga länken under coronapandemin, dels att genom våra medlemsföretags erfarenheter bidra till att stärka svensk äldreomsorg och krisberedskap.

Vår avsikt är inte att peka ut enskilda aktörer som under tidspress och med begränsat underlag tvingades ta svåra beslut. Vi beskriver händelseförloppet, så som det uppfattades i verksamheterna, med förhoppningen om att framtida beslut ska fattas på den korrekta grund som äldreomsorgen förtjänar.

Anna Bergendal
Näringspolitisk expert inom äldreomsorg
Stockholm den 23 november



Sammanfattning

En stor andel av de som avled av covid-19 under våren fanns inom äldreomsorgen. I samhällsdebatten pekades äldreomsorgen ut som den svaga länken i Sveriges coronastrategi.

Men stämmer den bilden?

En central del i Sveriges coronastrategi var att skydda utsatta grupper, däribland äldre. Men även om det fanns ett uttalat mål att skydda äldre motsvarades det inte av konkreta åtgärder för äldreomsorgen – i vart fall inte under pandemins inledande skede. Fokus låg i första hand på att säkerställa sjukvårdens kapacitet och funktionssätt. Detta trots att en stor del av de allra mest utsatta sjuka kom att vårdas inom äldreomsorgen.

För att förstå verksamheternas förutsättningar att möta pandemin, behövs kunskap om hur äldreomsorgen ser ut idag. Det finns strukturella orsaker som gör att äldreomsorgen är särskilt utsatt för covid-19.

Dagens äldreboenden är inte sjukhus och är inte i första hand byggda för att minimera smitta. De äldre bor i egna lägenheter med tillgång till gemensamma utrymmen, som exempelvis matsal, allrum och träningslokal. Det finns inte slussar in i rummet till den äldre eller tomma lägenheter dit smittade äldre kan flyttas.

De som får hjälp inom äldreomsorgen tillhör samhällets sköraste äldre och har ofta en eller flera sjukdomar som gör dem särskilt utsatta för smittan. Det gäller särskilt på äldreboenden eftersom Sverige har organiserat äldreomsorgen enligt principen att människor bör kunna bo kvar hemma så länge som möjligt.

Äldreomsorgen är ett utpräglat kontaktyrke där de äldre får en omfattande och kroppsnära omvårdnad. De äldre träffar många olika medarbetare från olika yrkesgrupper och personalen har i sin tur kontakt med många omsorgstagare. Även om verksamheterna under pandemin ställt om för att stärka kontinuiteten innebär detta att äldre fortsatt möter många personer. Personer som precis som andra människor lever aktiva liv och till exempel åker med kollektivtrafik ute i samhälle där smittan finns.

Många på äldreboenden har en demenssjukdom som medför svårigheter att förstå innebörden av restriktioner eller konsekvenser av situationen. De kan därmed bidra till en smittorisk både för sig själva och för andra. För att hindra smittspridning är isolering en central åtgärd, men tvångsåtgärder för att isolera är inte tillåtna.

Det stöd och de riktlinjer som togs fram för äldreomsorgen under våren kom under ett sent skede i pandemin – i flera fall efter att smittan kulminerat. Socialstyrelsens uppdrag att stötta kommunerna med skyddsutrustning sjösattes en månad senare än för regionerna. Vårdföretagarnas medlemmar vittnar om att de inte fått hjälp i någon större utsträckning när det gäller skyddsutrustning. Testningen kom igång sent, särskilt för personalen i äldreomsorgen – och först i slutet av maj började myndigheterna rekommendera mer generös testning på äldreboenden, till exempel i syfte att screena äldre som kom från sjukhus eller i smittspårningssyfte. Vårdföretagarnas medlemmar upplever också att riktlinjerna inte alltid var anpassade till äldreomsorgen. Till exempel rekommenderades kohortvård, vilket är svårt att åstadkomma i demensboenden.

En försvårande faktor var de många råd och riktlinjer som kom från myndigheter, regioner och kommuner som ibland vara motstridiga och som ständigt förändrades. Våra medlemmar, verksamma i olika kommuner, upplevde att nationella riktlinjer tolkades olika i regionerna, men även i kommunerna. Det skapade en osäkerhet i verksamheterna och hos medarbetarna och kan ha bidragit till en ojämlik äldreomsorg.

”Det stöd och de riktlinjer som togs fram för äldreomsorgen under våren kom under ett sent skede i pandemin.”

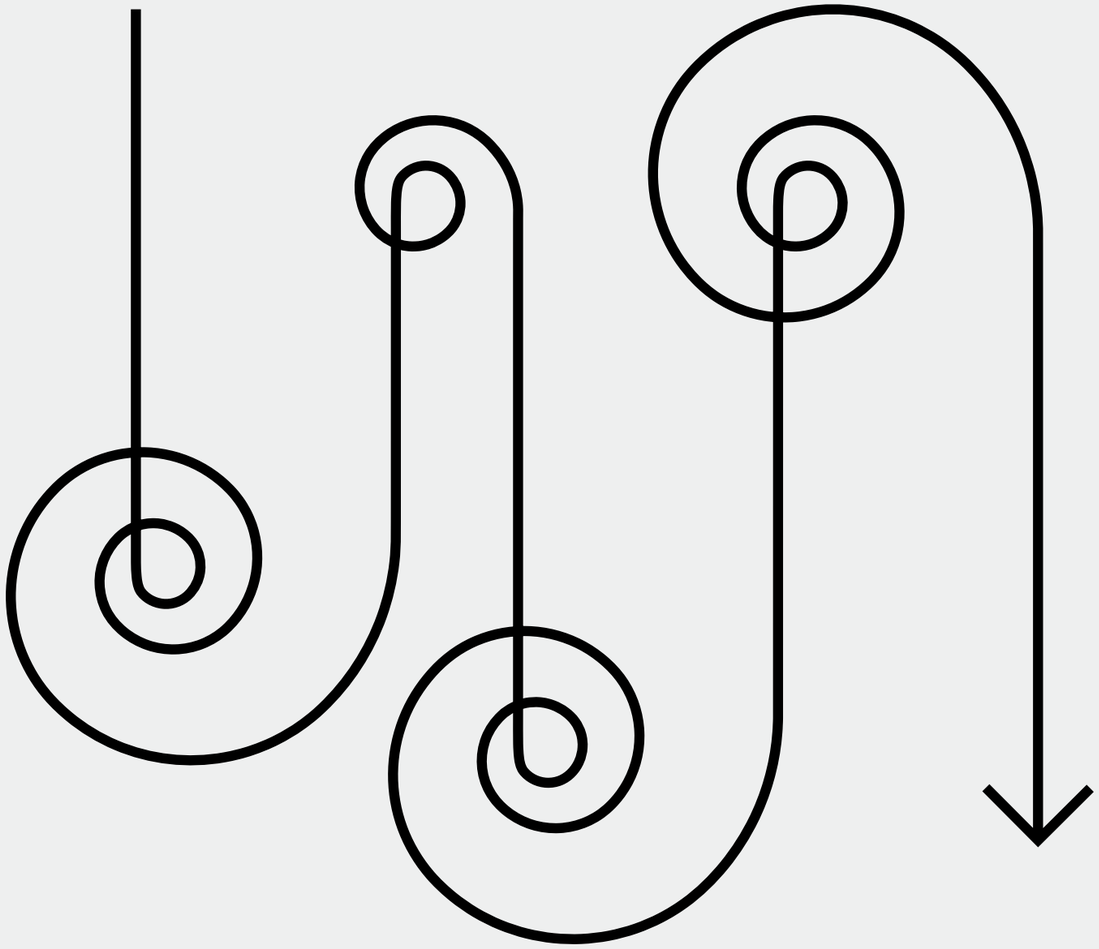
För den kommande hanteringen av pandemin – och framtida pandemier – föreslår Vårdföretagarna en bättre samverkan och beredskap genom:

- Nationella och samstämmiga råd och riktlinjer som kommuniceras genom en gemensam kanal. I en tid då verksamheterna är under stor press får det inte finnas otydligheter.
- Ett nationellt beredskapslager för skyddsutrustning som omfattar alla utförare av vård och omsorg. Under våren blev det tydligt att nuvarande modell inte fungerar.
- Att alla kommuner har krisplaner för omsorgen som också omfattar privata utförare med gemensamma beredskapsövningar. Även under krisen bör samverkan stärkas.
- Regioner där läkarmedverkan inte fungerar inom äldreomsorgen bör styra läkarinsatserna så att äldre patienter får mer tid och så att kontinuitet premieras.
- Fasa ut äldreboenden som inte lever upp till myndigheternas standard, till exempel genom att eget badrum saknas. En plan för en sådan utfasning bör komma på plats omgående.

Många aktörer har behövt fatta svåra beslut på kort tid och med knapphändig kunskap under pandemins inledande skede. Det måste också beaktas när man utvärderar äldreomsorgens insatser. Trots den svåra situation som äldreomsorgen befann sig i har Inspektionen för vård och omsorg konstaterat att de allra flesta verksamheter gjort ett bra arbete. Nio av tio verksamheter inom äldreomsorgen fick godkänt.

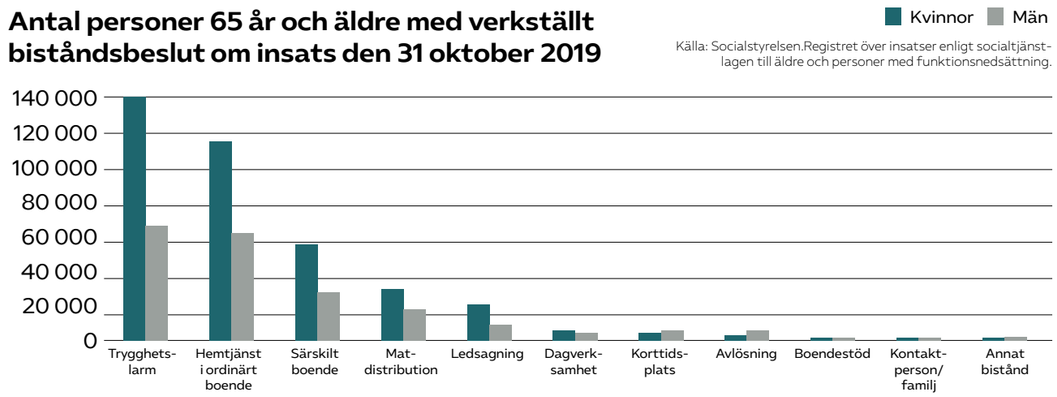
Metod

Rapporten bygger på fakta och statistik från myndigheter, nyhetsinslag, enkätfrågor samt intervjuer med medarbetare från Vårdföretagarnas medlemsföretag. Under hösten har fyra möten ägt rum där en arbetsgrupp diskuterat erfarenheter från pandemin. Arbetsgruppen består av anställda hos 14 medlemmar som representerar både hemtjänst och särskilt boende, företag och idéburna aktörer verksamma både i storstad och på mindre orter över hela Sverige.
De företag som medverkat är: A&O Ansvar och Omsorg, AdeoCare, Attendo, Blomsterfonden, Eveo, Hattstugan, Kavat vård, Lottas omsorg, Neuberghska Bambergerska Äldreboendet, Norlandia, Olivia Hemomsorg, Sällskapet Vänner till Pauvres Honteux, Vardaga och Vårdstyrkan. Tillsammans representerar dessa medlemmar ett stort antal verksamheter över hela landet.



Kort om äldreomsorgen i Sverige

Antal personer 65 år och äldre med verkställt biståndsbeslut om insats den 31 oktober 2019



Kommunerna har ansvaret för äldreomsorgen och insatserna regleras i socialtjänstlagen (SoL). Drygt 329 000 äldre hade minst en verkställd insats enligt SoL den 31 oktober 2019, vilket motsvarar 16 procent av befolkningen 65 år eller äldre. Socialtjänstinsatserna som redovisas i den officiella statistiken är: hemtjänst, särskilt boende, trygghetslarm, matdistribution, ledsagning, dagverksamhet, korttidsplats, kontaktperson eller familj, boendestöd, avlösning av anhörig, och annat bistånd.

Det är framförallt längre upp i åren som många äldre har insatser. I den yngsta åldersgruppen, 65–69 år, hade 4 procent av kvinnorna och 4 procent av männen någon insats under 2019. Bland de som var 90 år och äldre var motsvarande andel 85 procent av kvinnorna och 71 procent av männen.

De mest personalintensiva insatserna är hemtjänst och särskilt boende. 2019 hade 173 000 personer verkställda beslut om hemtjänst och 82 000 personer särskilt boende. Även i dessa insatser visar åldersfördelningen att det framförallt är i de äldsta grupperna som man behöver hjälp. Av de som hade hemtjänst var 70 procent över 80 år och motsvarande andel för särskilt boende var 77 procent. Det har pågått en utveckling under lång tid mot att allt färre bor i äldreboende och att fler istället bor kvar i det egna hemmet och får hemtjänst.

Äldreomsorgen får överlag ett gott betyg av de äldre. Socialstyrelsen mäter varje år hur nöjda äldre är med sin äldreomsorg i den så kallade brukarundersökningen.[1] Under 2019 uppgav 88 procent att de var ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst. Inom särskilt boende var motsvarande andel 81 procent.

[1] Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen, 2019

Privata utförare inom äldreomsorgen

I Sverige utförs omkring en femtedel av äldreomsorgen av privata aktörer – både företag och idéburna organisationer. 23 procent av hemtjänsttimmarna utförs av privata utförare och 19 procent av de som bor på ett äldreboende bor på ett privat drivet äldreboende. De privata utförarna agerar alltid på kommunens uppdrag. Det är alltså kommunen som sätter ramarna för verksamheten genom de krav, villkor och ersättningar som ställs i upphandlingar med de privata utförarna.

Hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det kommunerna som ansvarar för hälso-och sjukvård i särskilda boenden. Äldre som bor i ordinärt boende och har hemtjänst omfattas av regionens primärvård. Den som av medicinska skäl eller på grund av funktionshinder inte kan ta sig till vårdcentralen själv har möjlighet att få hemsjukvård. Ansvaret för hemsjukvården ligger primärt på regionerna, men i alla regioner utom Stockholm har kommunerna genom avtal tagit över ansvaret för hemsjukvården. Regionen kan också tillhandahålla så kallad avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) som ett alternativ till att vara inlagd på sjukhus.

Varje kommun måste ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska, så kallad MAS. MAS:ens uppgift är ge stöd och vägledning i frågor om patientsäkerhet och säkerställa en god och säker vård och behandling inom kommunens ansvarsområde.

Även om kommunerna ansvarar för vården på äldreboenden och i hemsjukvård har regionen alltid ansvar för den vård som ges av läkare. Regionen har en skyldighet att avsätta resurser så att de läkarinsatser som behövs kan tillhandahållas kommunerna – både på äldreboenden och inom hemsjukvården. Det omfattar bland annat att regelbundet besöka de boende på äldreboenden och ge stöd till övriga professioner samt att ge nödvändiga akuta insatser. Om regionen inte uppfyller detta kan kommunen på egen hand anlita läkare och få ersättning för kostnader från regionen.

Utförandet av läkarinsatserna inom den kommunala sjukvården skiljer sig åt mellan regionerna. I de flesta regioner organiseras den vård som ges av läkare av primärvården på en vårdcentral. I Stockholm finns ett särskilt uppdrag för läkarinsatser i särskilda boenden för äldre. I alla regioner finns möjlighet för den äldre att välja primärvårdsläkare.

Covid-19 inom äldreomsorgen

Tidigt under pandemin blev det tydligt att äldre var en särskilt utsatt grupp. En stor andel av de som drabbades av covid-19 var äldre och en majoritet av de som avled hade insatser inom äldreomsorgen.

En stor andel av de avlidna fanns inom äldreomsorgen

Fram till den 12 oktober 2020 hade 5911 personer avlidit i covid-19 i Sverige.[2] Bland dessa var 90 procent över 70 år. 46 procent av alla dödsfall drabbade äldre som bodde på ett äldreboende och 26 procent av fallen drabbade äldre med hemtjänst.

Att en stor andel av de som avled fanns inom äldreomsorgen är inte ett unikt svenskt fenomen. Enligt den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, bodde mellan 30–60 procent av de som avlidit på någon form av vård- och omsorgsboende.[3] Det är tydligt att det funnits särskilda svårigheter att skydda sig mot smitta i dessa verksamheter.

Svårt att avgöra direkt dödsorsak

Många av de äldre som avlider till följd av covid-19 har ofta andra sjukdomar och är så sköra att det kan vara svårt att veta vad som orsakade dödsfallet. Det skulle kunna tyda på en överrapportering av dödsfall orsakat av covid-19. En rapport från region Östergötland granskade samtliga fall i länet där en person med bekräftad covid-19 avlidit i hemmet eller på särskilt boende.[4] Bland de 122 avlidna som ingick i granskningen hade 111 personer en omfattande samsjuklighet, medan elva hade måttlig samsjuklighet. Hälften var 88 år eller äldre. I 15 procent av de granskade fallen bedömdes coronaviruset ha varit den direkta dödsorsaken, men för 70 procent var viruset en bidragande orsak. För 15 procent bedömdes dödsfallet bero på något annat.

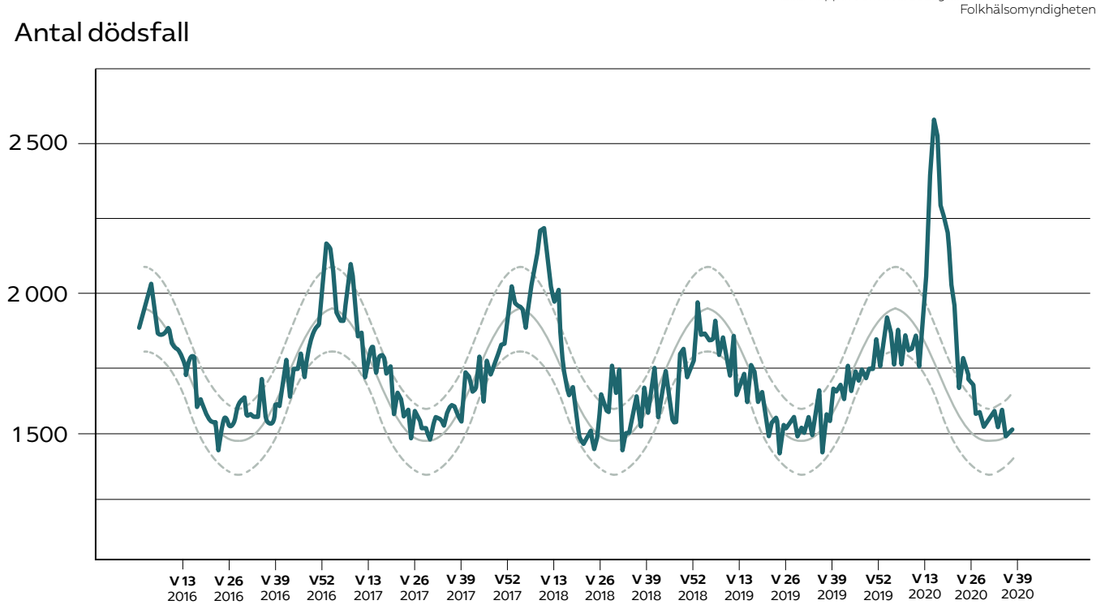
[2] Statistik över antal avlidna i covid-19, Socialstyrelsen
[3] https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-care-homes-infographic
[4] https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Pressrum/Nyheter/dodsfall-med-bekraftad-covid-19-granskas/

Ett annat sätt att mäta pandemins påverkan är att titta på hur många som avlidit jämfört med vad som kan förväntas baserat på tidigare års erfarenheter – den så kallade överdödligheten. Statistik från Folkhälsomyndigheten visar att dödligheten var tydligt förhöjd under våren 2020.[5] Studier visar också att Sverige haft en hög överdödlighet jämfört med andra länder.[6] En möjlig förklaring till detta som lyfts fram av Folkhälsomyndigheten är att influensasäsongen året innan varit mildare i Sverige jämfört med andra länder.[7] Detta innebar att många av de sköra och sjuka, som kan avlida under en vanlig influensa, klarade sig. Istället avled många sköra äldre kommande år av covid-19.

Normaldödlighet och faktisk dödlighet, Sverige

Normaldödligthet · Dödsfall

Källa: Rapport om överdödlighet till och med vecka 39, Folkhälsomyndigheten



”Ett tydligt samband mellan hur deras verksamheter drabbats och hur smittspridningen sett ut i det omgivande samhället.”

[5] Rapport om överdödlighet till och med vecka 39, Folkhälsomyndigheten
[6] https://www.svt.se/nyheter/vetenskap/sverige-pa-sjunde-plats-i-overdodlighet-i-europa
[7] https://www.dn.se/sverige/tegnells-forklaring-darfor-dog-sa-manga-tidigt-i-sverige/

Antal smittade och avlidna i äldreboenden under pandemin

Ett särskilt intresse riktades tidigt mot äldreboenden, då den största andelen av de avlidna fanns här. Folkhälsomyndigheten rapporterar kontinuerlig antalet nya fall av covid-19 och antalet avlidna på äldreboenden. Av graferna framgår att antalet bekräftade fall av covid-19 liksom antalet avlidna på äldreboenden kulminerade i mitten av april.

Trots att de som bor på äldreboenden tillhör de sköraste i samhället och med störst risk att drabbas av ett allvarligt sjukdomsförlopp visar studier också att de flesta som insjuknade överlevde, närmare två tredjedelar.[8]

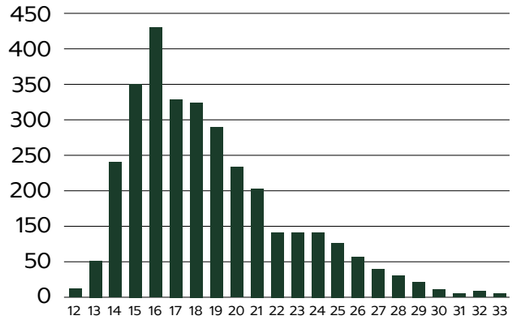
Smittan i äldreomsorgen kopplad till samhällsspridningen

Exakt hur smittan kom in i äldreomsorgen är svårt att fastställa. En mängd olika förklaringar har lyfts i samhällsdebatten – i många fall utan klara belägg. Det handlar om allt från efterlevnaden av basala hygienrutiner, till asymtomatisk spridning från anhöriga och personal samt arbetsvillkor och tillgång till skyddsmateriel. Vissa av dessa faktorer kommenteras i vår rapport.

Det finns dock en faktor som sticker ut enligt Vårdföretagarnas erfarenheter. Många medlemmar bedriver äldreomsorg i flera olika kommuner. Ett flertal av dessa uppger att de sett ett tydligt samband mellan hur deras verksamheter drabbats och hur smittspridningen sett ut i det omgivande samhället. Att så många äldre drabbats av covid-19 i Sverige jämfört med andra länder skulle därmed i huvudsak vara kopplat till att smittspridningen här varit omfattande. Det är en förklaring som också tidigare förts fram av exempelvis Norges statsepidemiolog och tidigare statsepidemiolog Annika Linde.[9]

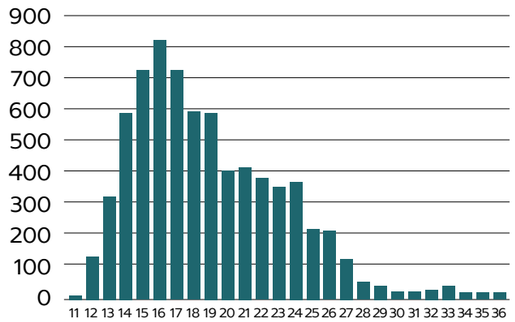
Antal avlida covid-19 per vecka med insatsen särskilt boende för äldre enligt SoL

Källa: Dödsorsaksintyg samt registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.



Antal personer som har bekräftats vara smittad med covid-19 på äldreboende per vecka.

Källa: Folkhälsomyndighetens veckorapport från den 4 september 2020



[5] Rapport om överdödlighet till och med vecka 39, Folkhälsomyndigheten
[6] https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2020/06/narmare-tva-tredjedelar-av-covid-sjuka-pa-sabo-overlever/
[7] https://www.dn.se/nyheter/sverige/annika-linde-en-manads-stangning-hade-gett-oss-tid/; https://www.expressen.se/nyheter/coronaviruset/norges-tegnell-om-dodstalen-strategi/

Äldreomsorgens förutsättningar att möta covid-19

Det finns ett antal inneboende faktorer i äldreomsorgen som medför att risken för smitta av naturliga skäl blir förhöjd. Det handlar till exempel om att de sköraste äldre finns inom äldreomsorgen, att äldreboenden till skillnad från sjukhus inte är utformade för att förhindra smittspridning och att det är en personalintensiv verksamhet som bygger på kontakter och nära omvårdnad.

De allra sköraste äldre finns inom äldreomsorgen

Studier visar att hög ålder är den största riskfaktorn för att dö av covid-19. Ju äldre man är, desto större är risken för allvarlig sjukdom och död, om man dessutom har andra sjukdomar ökar risken ytterligare.[10]

De som idag får biståndsbeslut för särskilt boende är i regel mycket sköra med omfattande sjuklighet. Många avlider relativt kort tid efter att de flyttat in. Ett halvt år efter inflyttningen till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit oavsett inflyttningsår.[11]

18 månader efter inflyttningen bor 51 procent av männen och 61 procent av kvinnorna kvar på särskilt boende. Mediantiden för vistelsen är två år för riket, men det varierar mellan kommuner.

Även de som får hemtjänst har alltmer omfattande vårdbehov. En rapport från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beskriver att behovsbedömningarna inom äldreomsorgen blivit strängare över tid.[12] Det har medfört att äldreomsorgens insatser i allt mindre grad riktas till äldre med mer begränsade behov av hjälp utan istället inriktas på äldre med mer omfattande behov. Sammantaget medför denna utveckling att de som får äldreomsorg tillhör de allra mest sköra äldre, vilket gör att denna grupp är särskilt utsatt för att drabbas av en allvarlig utveckling av covid-19.

Kroppsnära omvårdnad av olika personal

Äldreomsorgen är ett utpräglat kontaktyrke där äldre får en omfattande och kroppsnära omvårdnad. De äldre träffar många olika medarbetare från olika yrkesgrupper: undersköterskor, vårdbiträden, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister. Personalen har i sin tur kontakt med många vårdtagare.

Verksamheter inom äldreomsorg strävar efter en hög kontinuitet. Det innebär att varje omsorgstagare ska möta samma personal i så stor utsträckning som möjligt. Men för någon som behöver omfattande hjälp blir det av naturliga skäl många besök som inte alltid kan tillgodoses av samma personer. Kontinuiteten är också beroende av att det finns arbetstidsbestämmelser som verksamheten måste följa, om medarbetare är sjuka eller har semester samt att personer slutar och ersätts av nya.

Inom hemtjänsten möter en äldre person i snitt 16 olika personer under en tvåveckorsperiod.[13] Bland annat på grund av en ökande vårdtyngd med ett ökat antal insatser har kontinuiteten försämrats över tid i hemtjänsten. Motsvarande mätningar görs inte för äldreboenden men forskning visar att personalen på ett äldreboende i snitt hjälper 10 äldre personer på ett arbetspass. Motsvarande siffra för personal inom hemtjänst är 12 personer.[14]

Även om verksamheterna under pandemin ställt om för att stärka kontinuiteten ytterligare och även om besök från anhöriga har begränsats innebär detta att äldre fortsatt möter många personer. Personer som precis som andra människor lever aktiva liv och till exempel åker med kollektivtrafik i samhälle där smittan finns.

”Äldreomsorgen är ett utpräglat kontaktyrke där äldre får en omfattande och kroppsnära omvårdnad.”

[10] https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/rad-och-information-till-riskgrupper/
[11] Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2020, Socialstyrelsen.
[12] Välfärdstjänsternas utveckling 1980–2012, SKL 2014
[13] Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2020, Socialstyrelsen.
[14] Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Szebehely, Stranz, Strandell 2017

Äldreboenden är inte sjukhus

En vanlig missuppfattning är att äldreboenden skulle vara en form av medicinsk institution i första hand. Detta ändrades i samband med Ädelreformen 1992. Med reformen övergavs institutionstänkandet och långvården, där de äldre låg i sjukhussalar, avvecklades. Särskilda boendeformer för äldre blev ett nytt samlingsbegrepp för sjukhem, ålderdomshem, servicehus och gruppbostäder. Med den egna bostaden som förebild genomfördes en omfattande modernisering och upprustning av boendestandarden i de särskilda boendeformerna.

På dagens äldreboenden bor de äldre i egna fullvärdiga lägenheter och har tillgång till gemensamhetsutrymmen som exempelvis matsal, allrum, träningslokal och uteplats eller trädgård. Även om de äldre bor i egna lägenheter är måltiderna ofta gemensamma och de boende erbjuds olika former av gruppaktiviteter. De sociala behoven står i fokus och boendena är utformade utifrån det.

Äldreboenden är inte i första hand byggda för att minimera smitta. Det finns till exempel inte likt i sjukvården slussar för den som går in i de äldres rum. Det finns inte särskilda omklädningsrum för den som vårdat en smittad person. Det finns ofta en gemensam tvättstuga där ren och förorenad tvätt möts. Det är också svårare att rengöra förorenade ytor när man är i ett vanligt hem där en mängd olika personliga föremål ligger framme. Det finns inte heller normalt sett lediga, tomställda lägenheter att flytta smittade äldre till.

Det finns därtill många äldre äldreboenden som inte uppfyller de krav som myndigheterna uppställer idag. Enligt Socialstyrelsens statistik finns det idag omkring 17 000 icke fullvärdiga lägenheter i särskilt boende och av dessa saknar 1000 eget badrum.[15] Det gör det svårare att uppfylla kraven på hygien och minska risk för smittspridning.

Många av de äldre har demenssjukdom

En stor andel av de som bor på äldreboenden har en demenssjukdom som medför svårigheter att förstå innebörden av restriktioner eller konsekvenser av situationen. De kan därmed bidra till en smittorisk både för sig själva och för andra. Socialstyrelsen har uppskattat att närmare 70 procent på äldreboenden har demens.[16]

Vid demenssjukdom kan beteendemässiga och psykiska symtom uppträda. Det kan exempelvis handla om oro, vandringsbeteende eller aggressivitet. Symtomen kan dessutom orsakas eller förvärras av covid-19.[17] En person med covid-19 som till exempel har ett vandringsbeteende riskerar att sprida smittan vidare till andra personer som finns på boendet. Även en frisk person med vandringsbeteende kan på grund av detta utsättas för smitta. För en person med covid-19 är isolering en central åtgärd för att minska smittspridning, men det är svårt att åstadkomma för en person med demenssjukdom.

Tvångs- och begränsningsåtgärder såsom inlåsning är inte tillåtna i äldreomsorgen. Det innebär att det inte är möjligt att låsa dörren till en lägenhet även om den boende vistas där tillsammans med personal.[18]

I praktiken har det inneburit att personer med demenssjukdom som drabbats av covid-19, som själva inte förstått att de smittats, haft rätt att vandra fritt på äldreboenden under pandemin. Personer med vandringsbeteende som inte tillåts att vandra kan försämras väsentligt avseende beteendemässiga och psykiska symtom. Personal har fått avsättas för att följa dessa personer och motivera dem att vistas så mycket som möjligt i sin egen lägenhet.

Brist på personal

Det råder också brist på personal inom äldreomsorgen. Arbetsförmedlingens mätningar visar att det finns en brist på undersköterskor – framförallt till följd av att för få väljer vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet.[19] Under pandemin försvårades kompetensförsörjningen ytterligare då personal var tvungen att stanna hemma även vid lindriga förkylningssymtom.

[15] Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019, Socialstyrelsen
[16] Socialstyrelsen, Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012, 2014
[17] Arbetssätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre, Socialstyrelsen, 2020

[18] Hemställan – föreskrift om begränsningsåtgärder inom särskilda boenden för äldre, SKR
[19] Arbetsförmedlingen, Var finns jobben, 2019

Förutsättningar för äldreomsorgen under pandemin

En viktig del av Sveriges coronastrategi var att skydda äldre från smitta. Men frågan är om det egentligen fanns en strategi för äldreomsorgen?

De åtgärder som vidtogs under pandemin inriktades inledningsvis på sjukvården. Både när det gäller riktlinjer för hur smitta skulle hanteras, tillgång till skyddsutrustning och testning. Detta trots att äldreomsorgen ansvarade för en av de mest utsatta grupperna och fick vårda en stor del av dem som insjuknade i covid-19. Det uttalade målet att skydda äldre motsvarades inte av konkreta åtgärder. Det fanns i den meningen ingen nationell strategi för att skydda de allra sköraste äldre – i vart fall inte under pandemins inledande och mest kritiska skede.

"Det uttalade målet att skydda äldre motsvarades inte av konkreta åtgärder."

Det nationella smittskyddsarbetet

När WHO deklarerade att covid-19 var en pandemi den 11 mars uppgav Folkhälsomyndighetens generaldirektör Johan Carlson att Sverige redan vidtagit flera viktiga åtgärder för att förhindra samhällsspridningen och skydda grupper i riskzonen, äldre och personer med underliggande sjukdomar.[20] Men flera viktiga rekommendationer till äldreomsorgen kom först när smittspridningen i äldreomsorgen redan var ett faktum.

FOKUS PÅ SMITTSPÅRNING OCH SJUKVÅRDSKAPACITET I PANDEMINS INLEDANDE SKEDE

Den 31 januari rapporterade Folkhälsomyndigheten om det första fallet av covid-19 i Sverige och den 1 februari klassade regeringen coronavirus som en samhällsfarlig sjukdom även om risken för smittspridning fortsatt bedömdes som låg. Det innebar att bestämmelserna i smittskyddslagen om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar kunde tillämpas på coronaviruset, vilket bland annat gav möjligheter att vidta åtgärder som exempelvis karantän och isolering av smittsamma eller sjuka personer.

Arbetet fokuserade först på att identifiera, isolera och smittspåra personer som smittats av coronaviruset utomlands. Att Sverige skulle ha rätt antal vårdplatser för att klara pandemin följdes upp. Råden från Folkhälsomyndigheten inriktades på att personer som varit i ett land där smittspridning pågick och fått symtom skulle kontakta sjukvården för att testas. Allmänheten uppmanades att ha god handhygien och alltid stanna hemma vid symtom.

SAMHÄLLSSPRIDNING KONSTATERAS

Risken för samhällspridning bedömdes av Folkhälsomyndigheten som låg ända fram till början av mars. Den 10 mars meddelade Folkhälsomyndigheten att det fanns tecken på samhällsspridning och risken för samhällspridning uppgraderades till den högsta nivån. Allmänheten uppmanades fortsatt att begränsa sociala kontakter vid luftvägssymtom och nu betonade Folkhälsomyndigheten att det särskilt gällde de som arbetade inom äldreomsorgen. Anhöriga uppmanades också att undvika onödiga besök på äldreboenden.

Den 13 mars uppgav Folkhälsomyndigheten att arbetet med att bromsa smittspridningen gick in i en ny fas. Fokus låg nu på att fördröja smittspridningen i befolkningen och att samtidigt skydda de äldsta och sköraste. Provtagningen ställdes om till personer med behov av sjukvård som haft akut insjuknande med feber eller luftvägssymtom. Dessutom skulle personal inom sjukvård och äldreomsorg som insjuknade med covidsymtom testas för att undvika smitta i vård och omsorg. Tre dagar senare hade smittspridningen ökat ytterligare, framförallt i Stockholm, och Folkhälsomyndigheten införde då rekommendationerna för personer över 70 år som nu uppmanades att begränsa sociala kontakter så långt som möjligt.

Under påföljande dagar kom rekommendationer rörande hemarbete, distansundervisning samt för restauranger och caféer. Först den 30 mars kom de första rekommendationerna om hur personalen skulle hantera covid-sjuka på äldreboenden. Dessa så kallade handläggningsrekommendationer hade sedan mitten av februari funnits för sjukvården och handlade främst om hur personalen skulle skyddas från smitta. Den 1 april införde regeringen ett nationellt besöksförbud på äldreboenden.

[20] Folkhälsomyndigheten nyhetsarkiv 11 mars

Först den 7 maj, flera veckor efter att smittspridningen var som värst, publicerade Folkhälsomyndigheten en rekommendation om vilka insatser som var viktigast för att skydda äldre inom äldreomsorgen från att smittas av personal.[21] Riktlinjerna framhöll behovet av kohortvård, att säkerställa att personal har kunskap om smittvägar och basala hygienrutiner. Åtgärder som i hög grad redan vidtagits ute i verksamheterna, vilket bland annat framgår av Smittskydd Stockholms enkät mot äldreboenden som publicerades några dagar tidigare.[22] Den 12 juni publicerade Folkhälsomyndigheten en rapport med goda exempel på hur arbete mot smittan kan bedrivas på äldreboenden.[23]

Brist på skyddsutrustning

En viktig förutsättning för att kunna skydda äldre och anställda under pandemin var tillgång till skyddsutrustning. Här fick äldreomsorgen sämre förutsättningar än sjukvården. I en situation då efterfrågan var stor internationellt sattes de reguljära leveransvägarna ur spel. Äldreomsorgens verksamheter gjorde ett omfattande arbete för att hitta skyddsutrustning från olika leverantörer nationellt och globalt. Bristen på godkänd skyddsutrustning tvingade både kommuner och privata utförare att söka material via okonventionella kanaler såsom byggmarknader och målarfirmor eller förlita sig på egentillverkade skydd.

”Äldreomsorgens verksamheter gjorde ett omfattande arbete för att hitta skyddsutrustning”

SOCIALSTYRELSENS UPPDRAG FÖR KOMMUNER KOM IGÅNG SENT

Det konstaterades tidigt att det fanns risker för att brist på skyddsutrustning skulle uppstå och regeringen gav därför Socialstyrelsen den 16 mars ett uppdrag att på nationell nivå säkra tillgången på skyddsutrustning och fördela till regioner och kommuner.[24] Socialstyrelsen skulle även ta initiativ till nationell produktion av skyddsutrustning.

Men uppdraget att samordna arbetet mot kommunerna dröjde och bristen på skyddsmateriel i vissa delar av äldreomsorgen blev på vissa håll mycket ansträngd. I en enkät som SVT riktade till medicinskt ansvariga sjuksköterskor inom äldreomsorgen i slutet av mars uppgav drygt hälften att läget gällande skyddsutrustning var dåligt eller mycket dåligt.[25]

Bristen på skyddsmateriel bekräftades också i andra mätningar – bland annat i en enkät bland Kommunals skyddsombud ungefär samtidigt.[26] Den 27 mars rapporterade Sveriges länsstyrelser i sin krisberedskapsrapportering att det generellt för samtliga län förelåg en ”Akut materialbrist på skyddsutrustning i kommuner (har ökat akut)”.[27]

Den tredje april fick länsstyrelserna i uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med kommunerna i respektive län.[28] Den 15 april kom till sist det nya systemet på plats, så att kommunerna kunde begära hjälp – en månad efter att Socialstyrelsen fick det ursprungliga uppdraget.[29] Men det var inte bara i det nationella beredskapsuppdraget som kommunerna prioriterades lägre. Både kommuner och privata utförare har upplevt att leverantörer av skyddsutrustning prioriterade regioner framför kommuner.[30]

PRIVATA UTFÖRARE I ÄLDREOMSORGEN SIST I KÖN?

Medlemmar hos Vårdföretagarna uppger att de inte haft samma tillgång till beredskapslager som övriga kommunala verksamheter och att det varit otydligt hur skyddsutrustning ska fördelas så att även privata utförare fick ta del av det material som kom genom Socialstyrelsens uppdrag. Det innebär att omsorgstagare och medarbetare missgynnades beroende på vilken utförare de hade eller var anställda hos.

Vissa privata aktörer försökte att importera skyddsutrustning på egen hand, men det blev betydligt dyrare än för offentliga utförare eftersom de inledningsvis inte omfattades av det undantag för moms och tull som offentliga verksamheter hade.[31]

Perioden 16–20 april genomfördes en enkätundersökning bland Vårdföretagarnas medlemmar som visade att hälften av verksamheterna i äldreomsorgen befarade att tillgången till skyddsutrustning skulle vara dålig eller mycket dålig de närmaste veckorna. Fyra av tio utförare hade inte fått någon hjälp från kommunen, två av tio hade fått viss hjälp och endast en av tio hade fått god hjälp från huvudmännen. Än idag rapporterar privata utförare att de enbart i mycket begränsad utsträckning har fått hjälp med skyddsutrustning från kommunerna.

Informationsflödet under pandemin

Det fanns flera utmaningar med de riktlinjer och råd som kom under pandemin. Det handlar dels om att de inte var anpassade till hur äldreomsorgen fungerar, dels om att det kom en stor mängd information som skulle förmedlas till medarbetarna samt att informationen såg olika ut över landet och var ibland direkt motsägelsefull.

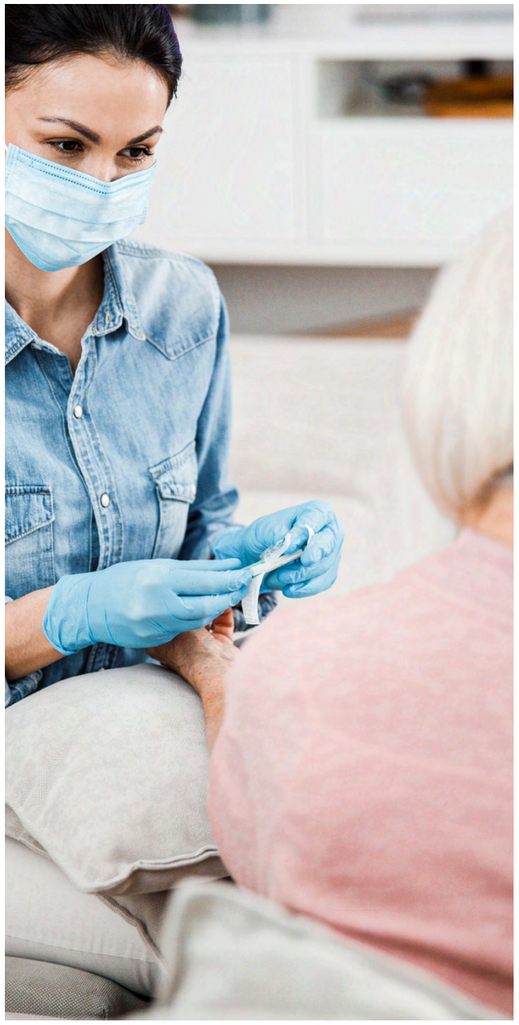
[21] https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/aa/atgarder-for-att-minska-smittspridning-av-covid-19-fran-personal-till-aldre-brukare-och-patienter/
[22] https://vardgivarguiden.se/nyheter/2020/maj/sabo-enkat/
[23] https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/e/exempel-pa-atgarder-for-att-minska-spridning-av-covid-19-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/
[24] https://www.regeringen.se/494a34/contentassets/5c41833214fe4e568e5fd62b65eb8681/uppdrag-om-att-pa-nationell-niva-sakra-tillgangen-pa-skyddsutrustning.pdf
[25] https://www.svt.se/nyheter/inrikes/stor-kartlaggning-materialbrist-och-personalbrist-hotar-aldreboenden-och-hemtjansten
[26] https://www.aftonbladet.se/nyheter/samhalle/a/EWAlbA/enkat-visar-anstallda-i-hemtjansten-saknar-skyddsutrustning
[27] https://www.svt.se/nyheter/inrikes/larmet-fran-kommunerna-bristen-pa-skyddsmaterial-akut
[28] https://www.regeringen.se/496702/contentassets/513705b8269d41b9ab1e0ad8e8b4f7c1/uppdrag-att-bista-socialstyrelsen-i-arbetet-med-att-samordna-tillgang-till-skyddsutrustning.pdf
[29] https://www.dn.se/nyheter/sverige/statens-hjalp-till-aldreboenden-drojde-en-manad-kommuner-fick-inte-skyddsmaterial/
[30] https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/05/man-har-inte-tankt-pa-all-vard-som-bedrivs-pa-aldreboenden/
[31] https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/05/man-har-inte-tankt-pa-all-vard-som-bedrivs-pa-aldreboenden/

UTMANING MED STORT INFORMATIONSFLÖDE

I takt med att ny kunskap om covid-19 erhölls uppdaterades rekommendationer och riktlinjer för äldreomsorgen. Av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) inspektion inom äldreomsorgen från april framgår att en stor utmaning, men också en framgångsfaktor under pandemin, var att skapa ett tydligt informationsflöde för medarbetarna inom äldreomsorgen. Dessa erfarenheter framkommer också i enkäter och intervjuer med Vårdföretagarnas medlemmar.[32] Det kom en stor mängd information från olika håll som ständigt uppdaterades: både från kommunen, regionen, smittskyddsenheter samt myndigheter som Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten. Att ta emot, sortera och förmedla vidare informationen till medarbetarna på ett lättillgängligt sätt var en stor utmaning. En verksamhetschef berättar att hon nästan uteslutande ägnade sig åt det under en period av pandemin.

En anställd hos en av Vårdföretagarnas medlemmar beskriver att riktlinjerna ofta ändrades och att de därför inte alltid hann koordineras med alla berörda aktörer. Exempelvis meddelade region Stockholm nya riktlinjer för hur avlidna personer skulle hanteras tre gånger under en tvåveckorsperiod. Denna information nådde inte begravningsbyråerna, vilket ledde till samarbetssvårigheter med äldreboendena och ökade arbetsbelastningen för personalen.

”Informationen såg olika ut över landet och var ibland direkt motsägelsefull.”



[32] Enskilda intervjuer samt Vårdföretagarnas medlemsenkät april 2020.

STÖD OCH INFORMATION UTGICK IFRÅN SJUKVÅRDEN

Flera medlemmar menar att det saknades kunskap om äldreomsorgens förutsättningar och arbetssätt, vilket avspeglades i de råd som kom från Folkhälsomyndigheten och smittskyddsenheterna i regionerna. Råden var anpassade till en sjukhussituation med patienter som ligger i en sjukhussäng och kan ta instruktioner. Exempelvis fanns rekommendationer att bedriva kohortvård, vilket nära nog är omöjligt på boenden med demenssjuka personer då de inte alltid kan följa eller minnas instruktioner om att hålla sig på sitt rum eller att hålla avstånd.

Vid kontakt med smittskyddsenheterna berättar en anställd hos en medlem att de fått rådet att flytta på personer på äldreboendet eller stänga in dem, vilket inte är möjligt då det handlar om den boendes egen lägenhet och det är förbjudet att stänga in personer i äldreomsorgen. Upplevelsen är också att det inte funnits insikt om att grunden i äldreomsorgen är fysisk närhet då det funnits instruktioner kring hygien där personalen uppmanats att hålla distans när man gick in till den äldre. Det går inte heller alltid att förutse när en äldre kan behöva hjälp som kräver närhet – till exempel att rätta till någon i en rullstol. En äldre person med försämrad syn och hörsel, söker också gärna fysisk kontakt.

Ett tydligt exempel på när vägledningen var otillräcklig var när besöksförbudet hävdes på äldreboenden den 1 oktober 2020. Socialstyrelsen tog då fram föreskrifter för att vägleda hur äldreboenden skulle säkerställa säkra besök. Men föreskrifterna var mycket kortfattade och överlämnade en stor del av bedömningen av vad som skulle anses vara ett säkert besök till varje enskild verksamhet. Därtill var föreskrifterna färdiga först den 28 september, då varje boende redan tvingats besluta om och informera boende och närstående om hur man avsåg att förfara.

”Råden var anpassade till en sjukhussituation med patienter som ligger i en sjukhussäng och kan ta instruktioner. ”

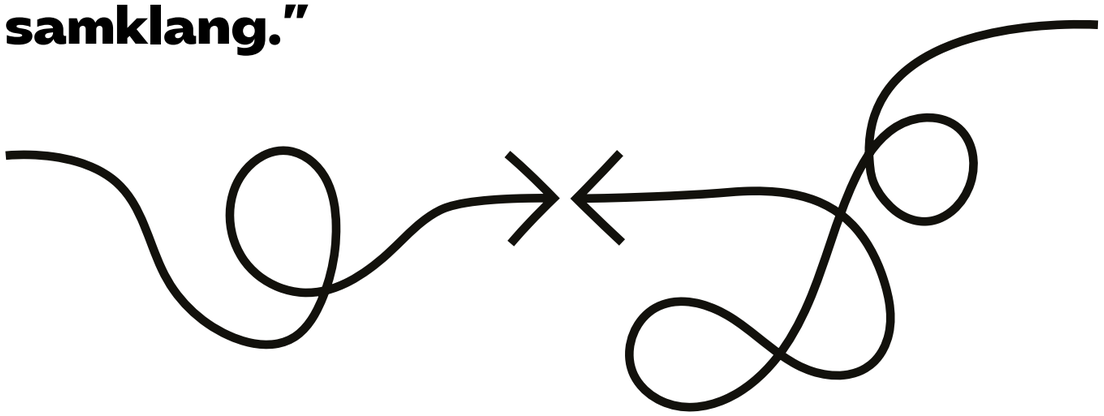
SKILLNADER I RIKTLINJER MELLAN REGIONER OCH KOMMUNER

Vårdföretagarnas medlemmar har genom att vara verksamma i flera olika kommuner en god överblick över vilka skillnader som fanns i riktlinjer mellan kommuner och regioner över landet. Flera medlemmar vittnar om att det funnits stora skillnader och att det både skapat förvirring och en ojämlik vård och omsorg.

Det fanns skillnader mellan regionernas råd om vilken skyddsutrustning som skulle användas, exempelvis om munskydd skulle användas eller om långärmade eller kortärmade förkläden skulle bäras. Även inom en region kunde det se olika ut då kommuner ibland upprättade egna riktlinjer för skyddsutrustning. En medlem beskriver också att riktlinjerna lokalt ändrades från den ena veckan till den andra beroende på tillgången till skyddsutrustning. Att det inte fanns tydliga riktlinjer skapade en otrygghet både i verksamheterna och hos medarbetare.

Svårigheter uppstod när olika myndigheters riktlinjer inte stod i samklang. Ett exempel är när Arbetsmiljöverket förbjöd Stockholms kommun att utföra patientnära arbete vid konstaterad eller misstänkt smitta, om inte skyddsutrustning i form av visir i kombination med munskydd bars på äldreboendet Serafen. Samtidigt ställde inte Folkhälsomyndigheten samma krav på munskydd vid den tiden, något som dock senare ändrades.[33]

”Svårigheter uppstod också när olika myndigheters riktlinjer inte stod i samklang.”



[33] https://www.svt.se/nyheter/inrikes/arbetsmiljoverket-inget-utrymme-for-arbetsmoment-utan-munskydd

Testning

Testningen av både äldre och personal kom igång sent i äldreomsorgen, bland annat på grund av bristande testkapacitet. Men även i detta avseende var sjukvården prioriterad. Det påverkade möjligheten att motverka smittspridning, men försvårade också personalförsörjningen under en tid då det redan var en utmaning.

ECDC REKOMMENDERAR GENERÖS TESTNING

Testning är en viktig åtgärd för att förebygga smittspridning inom äldreomsorgen. Om smittspridningen inom äldreomsorgen kan begränsas minskar också belastningen på personal, verksamheter och övrig vård. Genom provtagning vid lindriga symtom möjliggörs att personal med negativt provsvar för covid-19 snabbare kan återgå till arbetet.

I maj publicerade den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, ett stöd för att underlätta testning på äldreboenden eftersom man noterat att en låg förmåga till testning hade gett bränsle åt en snabb spridning av covid-19 inom och mellan avdelningar på äldreboenden.[34] Bland annat rekommenderade ECDC att testning av all personal och alla boende skulle ske när smitta konstaterats på ett äldreboende. Inte minst för att upptäcka asymtomatisk smitta och då äldre kan ha en annan symtombild än yngre människor såsom uttalad trötthet, låggradig feber, nedsatt allmäntillstånd, aptitlöshet och förvirring.[35]

”Äldre i äldreomsorgen omfattades inte i den prioriterade gruppen.”

SEN TESTNING AV SJUKA OCH PERSONAL I ÄLDREOMSORGEN

Testningen ställdes om i mitten av mars från att provta personer med symtom som vistats utomlands, till personer med akut insjuknande i feber och luftvägssymtom som var i behov av sjukhusvård. Därtill omfattades personal med symtom inom sjukvård och äldreomsorg. Äldre i äldreomsorgen omfattades inte i den prioriterade gruppen.[36]

Detta ändrades den 1 april. Dock omfattades då enbart boende på äldreboende med en akut infektion och behov av sjukhusvård. Den 8 maj breddas provtagningsindikationen till att omfatta boende på äldreboende med symtom. Först den 29 maj publicerade Folkhälsomyndigheten en bredare rekommendation för provtagning på äldreboenden. Den omfattade bland annat en mer generös testning av

[34] https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf
[35] https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/798e562807464ebcb85287b09b21cda7/provtagning-covid-19-sarskilt-boende-aldre.pdf
[36] Provtagningsstrategi för covid-19, 2020-03-13, Folkhälsomyndigheten

äldre med ospecifika symtom, samt en bredare testning i screeningsyfte vid nya fall på äldreboenden samt av nya omsorgstagare eller boende som vårdats på sjukhus och återvänt.[37]

Trots att Folkhälsomyndigheten prioriterade boende och medarbetare inom äldreomsorgen kunde det dröja betydligt längre innan testning kom igång eftersom testkapaciteten varierade mellan regioner.[38] Vårdföretagarnas medlemmar vittnar om stora problem med att få personal testad i tid – trots att det tidigt var en prioriterad grupp enligt Folkhälsomyndigheten.

En medlem berättar att de fick besked om att personal i hemtjänst skulle ingå i en prioriterad grupp först den 18 maj. En annan medlem vittnar om att de så sent som i mitten av juni fick stå på sig för att få personal testad i samband med smittspårning. Den sena testningen skapade frustration och oro hos personalen. Det försvårade också personalförsörjningen när medarbetare med lindriga symtom tvingades stanna hemma under längre tid.

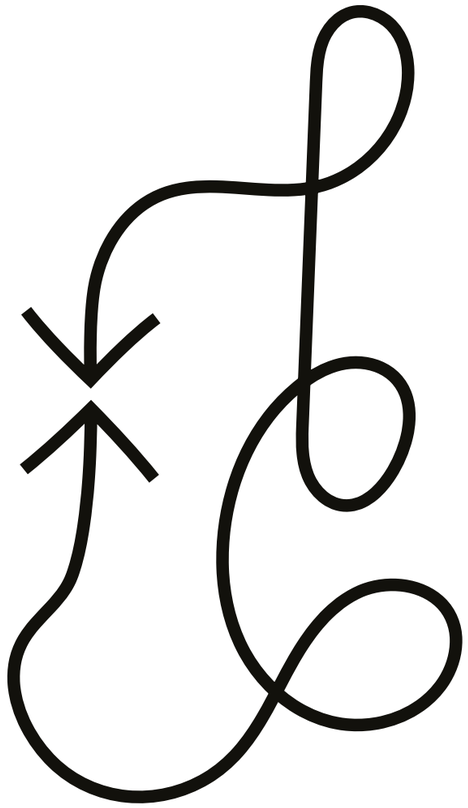
”Vårdföretagarnas medlemmar vittnar om stora problem med att få personal testad i tid.”

[37] https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/maj/nytt-om-provtagning-inom-aldreomsorgen/
[38] https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/uppdrag-for-utokad-diagnostik-av-covid-19/

Asymtomatisk smitta

Flera av Vårdföretagarnas medlemmar lyfter den asymtomatiska smittspridningen som en viktig förklaring till att smittan kom in i äldreomsorgen. De uppger att man hittat personal med asymtomatisk smitta vid egen testning. Detta ska ses i ljuset av att asymtomatisk smitta inte ansågs vara en drivande faktor av myndigheterna och att det därför inte ansågs nödvändigt med skyddsutrustning som munskydd och visir för att skydda de äldre. Det var först den 7 maj, några veckor efter smittans kulmen i äldreomsorgen, som Folkhälsomyndigheten började rekommendera att man kunde överväga munskydd eller visir i ansiktsnära situationer för att hindra smitta från personal till äldre inom äldreomsorgen.[39]

Forskare på Karolinska Universitetssjukhuset genomförde under våren en studie i Stockholms län där 11 000 friska medarbetare i vård och omsorg testades för att se om de hade en pågående eller genomgången covid-19 infektion. En av Vårdföretagarnas medlemmar deltog i denna studie och resultatet visade att av 596 undersökta medarbetare hade 40, eller 7 procent, en pågående virusinfektion trots att de var symtomfria.[40]



Övriga svårigheter

Det finns även andra faktorer som kan ha försvårat för äldreboenden att hålla smittan borta. Under pandemin fick äldreboenden, även sådana som inte hade smitta, ta emot covid-sjuka patienter som var färdigbehandlade på sjukhus, till exempel på en geriatrisk klinik.[41] IVO:s nationella tillsyn av omsorgen under april månad visade också att vissa boenden haft problem med anhöriga som kringgått besöksförbudet.[42]

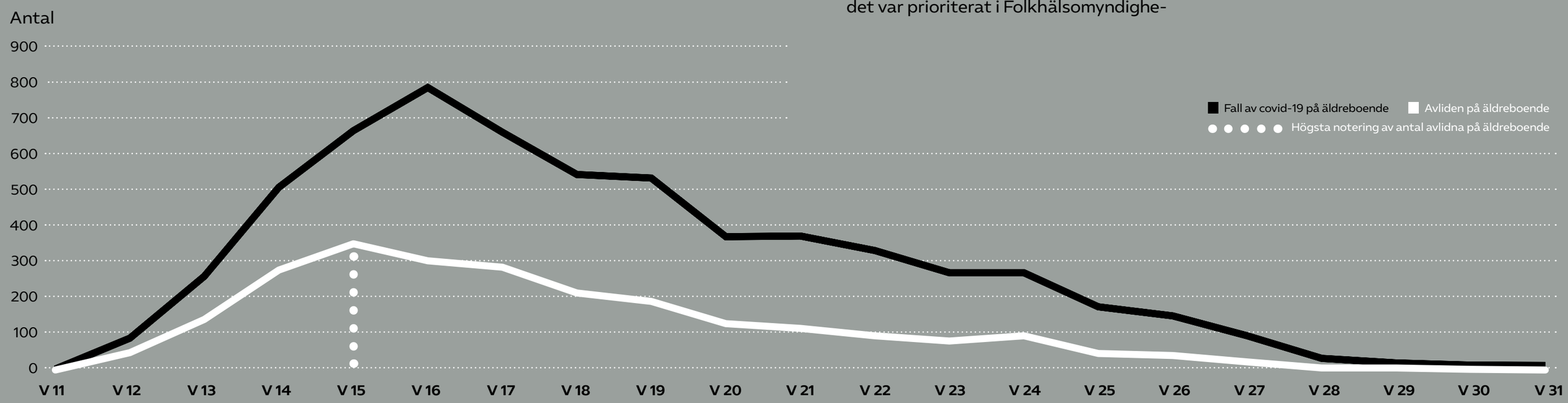
[39] https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/maj/grundlaggande-hygienrutiner-viktigast-for-att-skydda-aldre-inom-omsorgen/
[40] https://www.attendo.se/nyheter/2020/sju-procent-symtomfria-smittbarare-visar-ny-studie/
[41] https://mitti.se/nyheter/covidsjuka-skickas-aldreboenden/?omrade=solna
[42] https://www.ivo.se/tillsyn/ivos-tillsyn-av-aldreomsorgen-under-covid-pandemin/

Myndigheternas åtgärder och smittspridningen på äldreboendena

Bilden visar hur antalet bekräftade fall av covid-19 och antalet avlidna personer på äldreboenden utvecklades under våren samt när olika åtgärder/stöd vidtogs av myndigheterna.

Hur åtgärder implementerades i praktiken i regionerna kan skilja sig från de nationella riktlinjerna. Exempelvis dröjde det lång tid innan testning av personal på äldreboenden kom igång, trots att det var prioriterat i Folkhälsomyndighetens provtagningsindikation sedan den 13 mars. Att toppen för antalet bekräftade covidfall kommer efter toppen för antalet dödsfall indikerar att testningen av äldre på äldreboenden inte gjordes i någon större omfattning inledningsvis. I själva verket ligger smittoppen en viss tid före den toppen av antalet avlidna registrerats. I förhållande till när smittan var som värst på äldreboendena kom alltså åtgärderna ännu senare.

Laboratoriebekräftade fall av covid-19 och avlidna som klassificerats höra till äldreboende



Källa: Folkhälsomyndigheten

Åtgärder innan högsta notering av antal avlidna på äldreboende

10 MARS (V11)
FHM rekommenderar att anhöriga undviker besök på äldreboenden. Personal med symtom ska ej jobba.

13 MARS (V11)
FHM lägger fram en ny prioritering vid testning: Personal i sjukvård och äldreomsorg och personer med behov av sjukvård ska prioriteras.

30 MARS (V14)
FHM ger råd där för första gången äldreomsorg omfattas i råd hur covidsjuka ska hanteras för att skydda personal (ej brukare).

1 APRIL (V14)
Nationellt besöksförbud.Äldre med behov sjukhusvård i omsorg prioriteras vid testning.

Åtgärder efter högsta notering av antal avlidna på äldreboende

7 APRIL (V15)
Socialstyrelsen publicerar stöd i arbetet med kommunal Hälso- och sjukvård vid covid-19.

15 APRIL (V16)
System för fördelning av skyddsutrustning till kommuner sjösätts.

24 APRIL (V17)
Socialstyrelsen publicerar stöd kring arbete med covid-19 och demens på äldreboende.

7 MAJ (V19)
FHM publicerar rekommendationer om åtgärder för att förhindra smittspridning från personal till omsorgstagare.

8 MAJ (V19)
FHM rekommenderar testning av äldre med symtom av covid-19 på äldreboende.

29 MAJ (V22)
FHM vidgar gruppen som ska prioriteras vid testning på särskilt boende: bland annat införs testning i screeningsyfte.

12 JUNI (V24)
FHM publicerar exempel på åtgärder för att hindra smittspridning på särskilt boende.

Äldreomsorgen ställde om under kort tid

Redan under våren genomfördes enkäter och inspektioner för att följa upp hur framförallt äldreboenden agerat – både för att upptäcka orsaker till att smittan etablerat sig och spridits, men också för att dra lärdomar för framtiden och för de verksamheter som ännu inte drabbats.

Av dessa undersökningar framgår att det rör sig om komplexa verksamheter som under mycket kort tid ställt om och anpassat sig efter nya förutsättningar. Det tycks inte finnas några tydliga skillnader mellan de verksamheter som drabbats av smittan och de som förblivit smittfria. Det framgår att den absoluta merparten av verksamheterna har gjort ett bra arbete för att begränsa smittspridningen, vilket står i skarp kontrast mot den bild som gavs av äldreomsorgen, inte minst i media, under våren.

Smittskydd Stockholms enkät

I början av april skickade smittskyddsenheten i Region Stockholm en enkät till länets omkring 400 äldreboenden där verksamhetsansvariga fick svara på en mängd frågor rörande troliga orsaker till smittans etablering, hur verksamheterna var organiserade och hur de förändrat sina rutiner under covid-19. Genom att jämföra boenden som haft covid-19 med dem som inte drabbats, sökte man hitta vad som orsakat smittspridningen i regionens äldreboenden. På så sätt kunde lärdomar dras för resten av Sverige.

En av de viktigaste slutsatserna var att det inte framkom några väsentliga skillnader mellan de boenden som haft smitta och de som varit smittfria. Utifrån de skillnader som ändå funnits gick det inte att dra slutsatser om eventuella orsakssamband. Exempelvis var andelen visstidsanställda högre på boenden som drabbats av smitta – men eftersom boenden som drabbats av smitta med hög sannolikhet också hade högre sjukfrånvaro är det svårt att fastställa om den högre andelen visstidsanställda förklarades av vikarier.

”En av de viktigaste slutsatserna var att det inte framkom några väsentliga skillnader mellan de boenden som haft smitta och de som varit smittfria.”

På frågan om hur verksamheterna bedömde att smittan först kommit in på boendet gavs flera möjliga förklaringar:

- Boende som varit i slutenvård
- Besök av anhöriga/närstående innan besöksstopp
- Korttidsboende via hemtjänst, växelvård
- Nyinflyttade äldre
- Rörliga äldre
- Via symtomfri personal, via personal utifrån

När verksamheterna fick bedöma vilka de största riskerna var för smittspridning på boendet gavs följande svar:

- Svårigheter att följa basala hygienrutiner
- Brist på personal, ovan personal, outbildad personal, tidsbrist
- Personal med inga eller milda symtom
- Personal som insjuknar på arbete
- Personal kommer tillbaka för tidigt efter sjukdom eller ej stannar hemma alls
- Språksvårigheter
- Avsaknad av skyddsutrustning och att den sätts in för sent
- De boende har svårt att följa rekommendationer
- De boende längtar efter sällskap och vill umgås
- Nyinflyttade boende
- Boende som sjukhusvårdats, geriatrik
- Korttids och växelboende
- Personer med kognitiv svikt/demenssjukdom

Svaren visar att många olika åtgärder vidtagits för att stävja smittspridningen. Exempelvis:

- Begränsat in- och utflöde av besökare, äldre och personal
- Begränsad rörlighet på boendet både gällande personal och boende
- Minskade gemensamma aktiviteter och begränsade aktiviteter i grupp
- Basala hygienrutiner, mer handsprit
- Symtomövervakning av äldre och personal
- Förstärkt städning, förbättrade städrutiner, ytdesinfektion av tagytor
- Kompetenshöjande insatser om riktlinjer, basala hygienrutiner och skyddsutrustning
- Dagliga eller veckovisa genomgångar och uppdateringar av riktlinjer
- Digitala möten och ronder
- Ökad bemanning av sjuksköterskor och tät/ökad kontakt med Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

9 av 10 verksamheter fick godkänt av IVO

Under april genomförde IVO en omfattande tillsyn av smittskyddsarbetet på nästan 1045 omsorgsverksamheter, varav 490 äldreboenden och 388 hemtjänstverksamheter över hela landet. Syftet med tillsynen var bland annat att granska hur basala hygienrutiner följdes och att sprida kunskap mellan verksamheter, för att bidra till en minskad smittspridning.

I en tiondel av verksamheterna fann IVO allvarligare fel som följdes upp ytterligare. Men IVO fann att den absoluta merparten av verksamheterna arbetade framgångsrikt med att begränsa smittspridningen. Förstärkt kommunikation och ett gott ledarskap var enligt IVO nyckelfaktorer för ett framgångsrikt smittskyddsarbete.

När det gäller äldreboenden fann IVO att verksamheterna betonade bland annat följande faktorer för att begränsa smittspridningen:

- Se över följsamhet och förstärka instruktioner om basala hygienrutiner
- Förstärkt samarbete med sjuksköterskor
- Närvarande och stödjande ledarskap och samtalsstöd till personal
- Ökad dialog inom och mellan enheter
- Information, tex checklistor på olika språk och även bildstöd
- Begränsa antalet personer som rör sig på boenden, tex digitala läkarronder
- Inrätta slussar för inpassering, omklädning, mottagande av varor
- Förstärka desinficering av kontaktytor
- Isolering av smittade äldre
- Skapa mindre team med tät kommunikation
- Samverkan med andra verksamheter för att minska rörligheten av personal och undvika att ta in vikarier
- Koppla vikarier på boendet till en avdelning
- Alternativa/individuella aktiviteter och kontakt med anhöriga via tekniska hjälpmedel
- Tät kommunikation med anhöriga

När det gäller hemtjänst fann IVO att verksamheterna betonade vikten av följande faktorer för att begränsa smittspridningen:

- Utbilda i basala hygienrutiner och andra relevanta rutiner
- Foton och filmer hur skyddsutrustning ska sitta rätt.
- Ledningen har infört jour så att medarbetare alltid kan nå en chef
- Minska antalet personal som varje äldre träffar för att minska smittspridning men också tidigt uppmärksamma sjukdomstecken
- Göra planer och riskanalyser, ha handlingsplaner för covid-19 för varje äldre
- Utbildning och demonstrationer om skyddsutrustning och om smittspridning m.m.
- Extra introduktion/utbildning till visstidsanställda och vikarier
- Särskilda team som enbart arbetar med smittade/misstänkt smittade
- Nya möjligheter till stimulans för äldre när anhöriga inte besöker och dagverksamheter håller stängt
- Uppdaterad information till personal och äldre
- Samverkan mellan verksamheter och inom kommunen

IVO konstaterade att det fanns stora skillnader mellan områden där smittan fått fäste tidigt och förberedelser inte var möjliga. I Stockholmsområdet blev det skarpt läge direkt, vilket gav radikalt annorlunda förutsättningar jämfört övriga delar av landet där verksamheterna hunnit förbereda sig.

”I Stockholmsområdet blev det skarpt läge direkt, vilket gav radikalt annorlunda förutsättningar”

Sjukvården under pandemin

Under pandemins inledande skede låg stort fokus på att bereda tillräckligt antal vårdplatser inom sjukvården. Äldreboenden uppmanades att i möjligaste mån behålla sjuka äldre och vårda dem på plats.

Det fanns också en rädsla för att läkare skulle sprida smittan mellan äldreboenden varför avhållsamhet med besök rekommenderades. En debatt uppstod om äldre förvägrats den vård de haft rätt till under pandemin. Frågan utreds av IVO och även i regionerna. Samtidigt väcktes en mer generell debatt om vården i äldreboenden behöver förstärkas och organiseras på ett nytt sätt, inte minst mot bakgrunden av att de som får vård och omsorg på äldreboenden idag är betydligt mer sköra än vid Ädelreformens införande då kommunerna fick ansvar för sjukvården på äldreboenden.

Ändrade riktlinjer under pandemin

Pandemin innebar att den kommunala sjukvården behövde förstärkas och ta ett större uppdrag än normalt både vad gäller antalet patienter och fler patienter med stora behov av sjukvårdsinsatser. I region Stockholm uppmanades till exempel äldreboenden ta hand om medicinska komplikationer och medicinska försämringstillstånd på plats med stöd av ordinarie medicinsk kompetens. De särskilda boendena uppmanades också att säkerställa utökad kapacitet för att ta hand om fler svårt sjuka äldre.[43] Även hemtjänsten uppmanades att ha utökad kapacitet för svårt sjuka personer i hemmet.

Samtidigt förstärktes möjligheterna för läkarorganisationerna att få stöd till exempel av ASIH, avancerad sjukvård i hemmet.
I en strävan att minska smittrisken rekommenderade samtidigt Socialstyrelsen att begränsa viss vårdpersonals besök på äldreboenden. Detta gällde också läkarbesök.
I rekommendationer för den kommunala hälso- och sjukvården från den 7 april fanns bland annat följande punkt gällande läkarmedverkan "Undvik besök av läkare som skulle kunna hanteras på distans."[44]
Antalet fysiska läkarbesök minskade därefter kraftigt i vissa delar av landet, till exempel Stockholm. Detta fick senare kritik och en debatt uppstod om den vård som äldre fått varit tillräcklig och individuellt anpassad.

IVO:s granskning av vård och omsorg på äldreboenden

Under försommaren inledde Inspektionen för vård och omsorg, IVO, en tillsyn av vård och behandling på samtliga äldreboenden i Sverige.[45] Fokus låg framförallt på att undersöka om patienterna fått en individuell bedömning av läkare under pandemin och om de äldre fått vård och behandling enligt den bedömningen.

Tillsynen visade att äldreboendena i stor utsträckning kunde tillgodose behovet av vård och behandling. Vårdkapaciteten hade växlats upp med bättre tillgång till mobila team, utökade uppdrag för avancerad sjukvård i hemmet och ökad tillgång till läkarkontakter för äldreboendena.
I några regioner hade också särskilda avdelningar öppnats där äldre med covidsmitta kunde omhändertas på ett bra sätt.
IVO bedömde att samverkan mellan kommuner och regioner hade intensifierats och i många fall förbättrats.

Enligt IVO förekom det dock inledningsvis i ett fåtal regioner lokala instruktioner om generella bedömningar av vårdbehov, vårdnivå och behandlingsbegränsningar för personer vid särskilda boenden för äldre. Men i takt med att kapaciteten byggdes ut på intensivvårdsavdelningarna och kunskapen om pandemins utveckling ökat övergavs dessa strikta prioriteringar och i flera fall implementerades de aldrig. På vilket sätt detta fått effekt för bedömningar av enskilda äldre analyseras närmare av IVO, bland annat genom journalgranskning i en fördjupad tillsyn av 91 äldreboenden som förväntas publiceras före årsskiftet. Enskilda regioner, såsom region Stockholm, gör också en särskild granskning av läkarinsatserna på äldreboenden.[46]

Vårdföretagarnas upplevelse av samverkan under pandemin

Vårdföretagarnas medlemmar som bedriver äldreomsorg har varierande upplevelser av hur samverkan med regionerna fungerade under pandemin. Medan vissa medlemmar upplever att samverkan fungerade väl, upplever andra att läkarna försvann från äldreboendena eller hemsjukvården samtidigt som man fick ta ett utökat ansvar för sjukvården av de äldre. Istället fick sjuksköterskorna bära ett stort ansvar för att de medicinska insatserna skulle fungera. På vissa håll fick även hemtjänsten sköta uppgifter som normalt skulle skötas av sjuksköterskor inom regionen.

[43] Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm och kommunal vårdverksamhet under pågående smittspridning av covid-19, 20200320

[44] Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19, 20200407

[45] https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/tillsyn-av-vard-och-behandling-pa-landets-samtliga-sarskilda-boenden-for-aldre/

[46] https://www.dn.se/sthlm/region-stockholm-tillsatter-utredningar-om-vard-av-aldre/

I motsats till vad som framgått av media är upplevelsen att samverkan överlag fungerat väl på äldreboendena i Stockholm. Stockholm skiljer sig från övriga regioner eftersom det finns ett särskilt vårdval för läkarmedverkan på äldreboenden, medan det i andra regioner istället är vårdcentraler inom primärvården som har ansvaret för läkarmedverkan. En fördel med ett specifikt uppdrag för äldreboenden skulle kunna vara att de som lagt anbud har ett särskilt intresse för att verka just inom äldreomsorgen. Det kan till exempel påverka vilken utbildning som de anställda läkarna har. Även Gotland har förts fram som ett gott exempel med hänvisning till att det på vårdcentralerna finns läkare med särskilt utpekat ansvar för hemsjukvård och äldreboende.

Frågan om att anställa läkare i kommunen

Frågan om kommuner ska kunna anställa läkare har utretts flera gånger och fått en förnyad aktualitet i och med pandemin. Bakgrunden har varit problem med både tillgänglighet och kontinuitet när det gäller läkare i den kommunala sjukvården. De utredningar som gjorts har landat i olika slutsatser.

Utredningen om en Effektiv vård (SOU 2016:2) föreslog att kommunen skulle kunna överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i särskilda boenden och för hem-

”Stockholm skiljer sig från övriga regioner eftersom det finns ett särskilt vårdval för läkarmedverkan på äldreboenden”

sjukvården om kommunen och regionen är överens om detta. I motsats till detta finns det enligt utredningen ”En god och nära vård” (SOU 2020:19) idag inget uttryckligt juridiskt förbud att anställa läkare i kommunerna och inte heller något skäl att stärka möjligheten. Detta eftersom kommunerna inte använt sig av de möjligheter som finns att själva anlita läkare när regionen inte uppfyller sin medverkan enligt avtal och då ingen kommunrepresentant uttryckt något önskemål om att få en tydligare möjlighet att anställa läkare.

Tidigare utredningar har också pekat på att befintliga problem att rekrytera läkare till primärvården skulle kunna förvärras, särskilt i glesbygd och på mindre orter. I små kommuner finns inte underlag för läkare som enbart arbetar i den kommunala sjukvården och en sådan organisation skulle riskera att bli sårbar.[47]

[47] En nationell samordnare för hemsjukvård, SOU 2011:55

VÅRDFÖRETAGARNAS MEDLEMMAR OM ATT ANSTÄLLA LÄKARE I KOMMUNEN

Bland de medlemmar som Vårdföretagarna intervjuat om pandemin är det ingen som tror att just möjligheten att anställa läkare inom den kommunala sjukvården är avgörande för att stärka kvaliteten på läkarinsatserna. De menar att det finns utmaningar kopplade till att läkaren blir en ensam yrkesgrupp på ett äldreboende, inte minst kopplat till ledarskapet där verksamhetschefer, ofta med en socionom- eller sjuksköterskeutbildning, ska arbetsleda och till exempel ansvara för kompetensutveckling. Har man enbart ett äldreboende i en kommun behöver man anställa läkare på deltid, vilket blir komplicerat.

”Det viktiga är istället att säkerställa en god samverkan och en god kontinuitet”

Det viktiga är istället att säkerställa en god samverkan och en god kontinuitet – det vill säga att det är samma läkare som ansvarar för de äldre och därigenom har god kännedom om dem. Det handlar också om den tid som avsätts till läkarinsatser. Upplevelsen är ibland att sjuksköterskor på äldreboenden får prioritera vilka läkarbesök som ska hinnas med när läkaren kommer.

För att säkerställa tillräcklig läkarmedverkan i den kommunala sjukvården och på äldreboendena är regionens styrning viktig. Genom att till exempel styra så att mer tid sätts av till äldre personer och premiera kontinuitet skulle läkarmedverkan kunna stärkas och kvaliteten på vården kunna förbättras.

Arbetsvillkor och pandemin

Under pandemin har flera debattörer pekat på att arbetsvillkoren inom äldreomsorgen kan vara en orsak till smittspridningen. Till exempel har bemanning och visstidsanställningar framhållits som problematiska. Det finns dock inga konkreta belägg för att de skulle ha bidragit till smittspridningen.

Bemanningen inom äldreomsorgen

En fråga som ofta återkommer i diskussioner om äldreomsorgen är om bemanningen behöver regleras. Frågan har fått förnyad aktualitet i pandemins kölvatten.[48] Men krav på en viss bemanning i förhållande till antal äldre är ett mycket trubbigt verktyg för att säkerställa kvalitet. Det avgörande är att bemanningen anpassas till behoven. Dessa kan se olika ut på olika enheter och vara olika över tid. Dessutom uppställs redan vissa krav på bemanning genom Socialstyrelsens föreskrifter och IVO:s praxis.

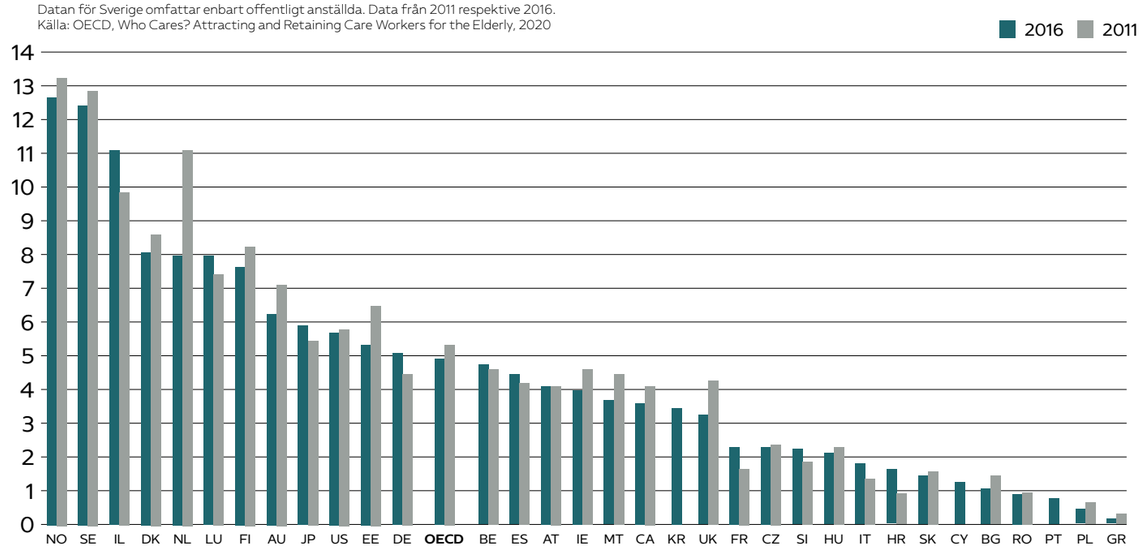
Studier visar att det finns ett svagt samband mellan personaltäthet och hur nöjda äldre är med sitt äldreboende, men personaltätheten verkar inte påverka andra kvalitetsmått.[49] Däremot kan låg personalomsättning och hög andel personal med relevant utbildning direkt kopplas till högre kvalitet. Det går alltså inte att dra slutsatsen att bemanningen ensamt är avgörande för om kvaliteten är bra. Internationella studier tyder på att sambandet med vårdkvalitet är starkare korrelerat till sjuksköterskетäthet än generell bemanning.[50]

Vid en internationell jämförelse har Sverige hög andel personal i förhållande till den äldre befolkningen. OECD samlade 2012 in uppgifter om antalet personer och årsarbeten för sjuksköterskor och undersköterskor inom vård och omsorg om äldre. Norge och Sverige hade flest anställda sjuksköterskor och undersköterskor per person 65 år och äldre i landet. Omräknat till årsarbeten kvarstår dessa resultat.[51] Nyare jämförelser bekräftar att Sverige fortsatt ligger i topp när det gäller bemanning.[52]

[48] Förslag på reglering av bemanningstäthet lyftes till exempel i Agendas partiledardebatt den 11 oktober 2020.5
[49] Privat vårdfakta 2020
[50] SOU 2017:21Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer
[51] SOU 2017:21Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer
[52] Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly (June 2020)

Antalet anställda inom vård och omsorg per 100 individer 65 år och äldre

Datan för Sverige omfattar enbart offentligt anställda. Data från 2011 respektive 2016.
Källa: OECD, Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, 2020



Visstidsanställningar

Andelen tidsbegränsat anställda inom äldreomsorgen låg på 24 procent under 2019. Tidsbegränsat anställda, eller visstidsanställda, är ett samlingsbegrepp som omfattar bland annat vikarier vid frånvaro på grund av exempelvis sjukdom eller föräldraledighet. Det är framförallt yngre personer som har en tidsbegränsad anställning, andelen är lägre upp i åldrarna.

Inom äldreomsorgen måste korttidsfrånvaro oftare ersättas med personal än i verksamheter där man inte arbetar med människor. Till skillnad från många andra verksamheter varierar också bemanningsbehoven mycket över dygnet. I regel behövs mer personal på morgon och kväll än mitt på dagen. Detta förklarar att äldreomsorgen har fler visstidsanställda än arbetsmarknaden i stort.

Låga marginaler, att ersättningen oftast baseras på utförda insatser och att det inte finns någon ställtid om en äldre avbokar sin insats är ytterligare förklaringar till att det behövs visstidsanställningar för att parera vid variationer i verksamheten. Det finns också oftast krav i avtalen med kommunen att kunna ta emot fler äldre med behov av äldreomsorg med kort varsel. Samtidigt önskar många arbetstagare en visstidsanställning, till exempel för att kunna kombinera arbetet med studier. Inom privat driven äldreomsorg behövs också en viss flexibilitet då kommunerna kan prioritera att belägga sina egna äldreboenden först.

Under våren drogs felaktigt slutsatsen att visstidsanställningar varit kopplade till smittspridning baserat på Smittskydd Stockholms enkät där det framgick att andelen visstidsanställda och bemanningsanställda var högre på boenden som drabbats av covid-19.[53] Men frågan som ställdes var om andelen visstids- och bemanningsanställda varit hög sedan mars – dvs när smittan redan fanns inom äldreomsorgen. Det finns därmed stor anledning att anta att den högre andelen visstidsanställda kan hänföras till vikarier som ersatt sjuka medarbetare. Under våren var sjuktalen mycket höga inom äldreomsorgen, vilket delvis berodde på att personal var tvungen att stanna hemma vid minsta symtom. Det förefaller därför som om man blandat ihop orsak och verkan i det här fallet.

Vårdföretagarnas medlemmar framhåller att visstidsanställda har spelat en viktig roll för att klara bemanningen under pandemins intensiva skede då en så hög andel av personalen blev sjuk eller tvingades vara hemma under lång tid. Det innebar förstås ett merarbete att säkerställa att visstidsanställda fick samma information om rutiner och riktlinjer under pandemin som övriga medarbetare, med det är samtidigt något som medlemmarna månat om. Interna analyser från medlemmar visar inte heller något samband mellan smittspridning och högre andel visstidsanställningar.

”Under våren drogs felaktigt slutsatsen att visstids-anställningar varit kopplade till smitt-spridning”

[53] https://vardgivarguiden.se/nyheter/2020/maj/sabo-enkat/

Privata aktörer under pandemin

Under pandemin uttryckte flera offentliga personer att förekomsten av privata utförare inom äldreomsorgen bidrog till att smittspridningen förvärrades. Det finns dock inga undersökningar som stödjer dessa påståenden.

Tvärtom visar de undersökningar som gjorts inte på några större skillnader. Privata utförare har på många sätt legat steget före under pandemin och gått utöver vad som krävs av allmänna rekommendationer för att begränsa smittspridningen.

VAR SMITTAN VÄRRE HOS PRIVATA AKTÖRER?

Det finns inga nationella undersökningar eller studier som visar att utbredningen av covid-19 var högre på verksamheter som drivs av privata aktörer. Under våren redovisades två jämförelser av skillnaden i dödlighet mellan privata och kommunala äldreboenden. De gjordes av SVT respektive P4 Uppland.

SVT:s undersökning visar en total överdödlighet i äldreboenden på 30 procent över hela landet. Överdödligheten på äldreboenden var störst i Stockholm (100 procent). Undersökningen visar att överdödligheten i Stockholm var 104 procent på de kommunala äldreboendena och 97 procent på de privata äldreboendena.[54]

P4 Upplands kartläggning visar att kommunala boenden i Uppland har högre dödstal per boendeplats än privata. Undersökningen har dock inte jämfört dödligheten med tidigare år.[55]

PRIVATA AKTÖRER TIDIGA MED FÖREBYGGANDE INSATSER

Det finns flera exempel på att privata aktörer legat steget före när det gäller att minska smittspridningen. Flera privata utförare iakttog extra försiktighet när det gäller skyddsutrustning och gick utöver vad som krävdes i de riktlinjer som utfärdats av Folkhälsomyndigheten, regioner och kommuner. Till exempel genom att använda munskydd eller visir, under hela arbetspasset, även på boenden utan smitta.[56] Flera privata aktörer införde besöksstopp tre veckor före det nationella besöksförbudet trädde i kraft.

[54] https://www.svt.se/nyheter/sa-gjorde-vi-undersokningen-11
https://www.svt.se/nyheter/inrikes/overdodligheten-pa-aldreboenden-i-fem-grafer
[55] https://sverigesradio.se/artikel/7495090
[56] Exempelvis Attendo och Vardaga samt
https://www.hd.se/2020-08-12/har-ar-aldreboendena-dar-munskydd-och-visir-ar-pa-hela-tiden

Privata aktörer erbjöd också särskilda covid-19 boenden redan i slutet av mars för att kunna avlasta sjukvården vid brist på vårdplatser, men också för att kunna underlätta vård av personer med demenssjukdom som drabbats av covid-19.[57]

Vårdföretagarna uppmanade därför regeringen och IVO att temporärt avskaffa det tillståndskrav som enbart gäller privata utförare som byter eller kompletterar med en ny inriktning på sitt boende, till exempel för att kunna erbjuda korttidsplatser. Detta då prövningen annars kan ta flera månader. Det ledde till att IVO gjorde ett principiellt uttalande som i praktiken innebar en lättnad under pandemin för att privat driven äldreomsorg snabbt skulle kunna avlasta sjukvården.

Samverkan och beredskap i kommunerna

En bärande princip i svensk krisberedskap är den så kallade ansvarsprincipen som innebär att den som normalt ansvarar för en verksamhet också gör det i kris. För äldreomsorgen innebär det att det är ansvariga nämnden i kommunen som ytterst ansvarar för att samtliga verksamheter fungerar i en krissituation – oavsett om de bedrivs i kommunal eller enskild regi.[58] En viktig förutsättning för att minska sårbarheten är en nära samverkan både före och under en kris. Hur välutvecklad krisberedskapen för äldreomsorgen är varierar dock över landet. Enligt Socialstyrelsen är andelen kommuner som har en plan för att upprätthålla verksamheten vid kris för särskilt sårbara grupper, såsom för äldre i hemtjänst och särskilt boende, endast 43 procent.[59] 47 procent av kommunerna har en rutin om att inkludera krisberedskap vid upphandling av särskilda boendeformer för äldre och hemtjänst.

Medlemmarna i Vårdföretagarnas arbetsgrupp upplever att samverkan med kommunen under pandemin sett mycket olika ut i olika kommuner. Det har till exempel varierat i vilken mån kommunen har bistått med skyddsmaterial i en bristsituation. I vissa kommuner har medicinskt ansvariga sjuksköterskor hos de privata aktörerna kallats till samverkansmöten. Hur ofta det skett och vilken mån det handlat om ren envägskommunikation eller samverkan skiljer sig också åt.
En medlem inom hemtjänst menar att ansvarsförhållandena mellan kommun och utförare är otydliga i avtalen när det gäller krisberedskap, till exempel när det gäller ansvaret för skyddsutrustning.

Det finns förmodligen stora vinster i att utveckla krisberedskapen i kommunerna – inte minst när det gäller samverkan med privata utförare. Kommunerna bör förbereda och planera beredskap i samverkan med de privata aktörerna för att säkerställa ett så effektivt agerande som möjligt när väl en kris slår till.

[57] https://www.attendo.se/nyheter/2020/attendo-erbjuder-omsorgsboenden-till-regioner-for-corona-vard/
https://vardaga.se/vardaga-oppnar-boende-for-enbart-coronasmittade-aldre/
[58] Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018, Socialstyrelsen, 2019
[59] https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2020-6-6819.pdf

Vårdföretagarnas överväganden och förslag

Vårdföretagarna har identifierat ett antal utvecklingsområden utifrån de erfarenheter som gjorts under pandemin. Det handlar om åtgärder som skapar bättre beredskap under en pandemi, men som också kan öka kvaliteten inom äldreomsorgen i stort.

Tydligare vägledning för verksamheterna under kris

Under en situation då verksamheterna är under stor press och behöver agera snabbt är det önskvärt att informationen från myndigheter och huvudmän är tydlig och samstämmig. Under våren mottog äldreomsorgens verksamheter en stor informationsmängd från myndigheter och huvudmän, som delvis var motsägelsefulla och lämnade ett stort tolkningsutrymme. Det finns inga skäl till att riktlinjer ska se olika ut över landet när det gäller till exempel skyddsutrustning.

Under en kris föreslår vi därför:

- att myndigheter på nationell nivå, såsom Folkhälsomyndigheten, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen, samverkar så att riktlinjer och råd blir samstämmiga och att dessa kommer verksamheterna till del genom en gemensam kanal.
- att riktlinjer och råd i högre grad är nationella. Till exempel genom en ökad samverkan mellan huvudmän och berörda nationella myndigheter.
- Tydligare vägledning om hur verksamheter ska agera och prioritera när verkligheten presenterar en situation bortom föreskrifterna, till exempel då det råder brist på skyddsutrustning och personal.

Ökad samverkan inför och vid kris – nationellt och lokalt

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att verksamheter inom äldreomsorgen ska fungera – även i ett krisläge. I detta ingår ansvar för att samverka med privata utförare i kommunen inför och vid extraordinära händelser. Vårdföretagarna anser att det finns mycket att vinna på god samverkan under pandemin – exempelvis genom utbyte av erfarenheter eller samverkan kring bemanning och skyddsutrustning.

Vi föreslår därför att:

- Alla kommuner bör upprätta planer för hur omsorgen ska fungera i en krissituation. Det kan handla om en ny pandemi, men också om andra situationer såsom vid elavbrott, problem med vattenförsörjning eller större bränder.
- Alla kommuner bör säkerställa att privata aktörer omfattas av kommunens beredskapsplanering – genom samverkan och genomförande av gemensamma beredskapsövningar.

Även på ett nationellt plan bör samverkan omfatta fler aktörer. I Finland fanns det under pandemin ett centralt organ med representanter från motsvarigheterna till socialdepartementet, IVO, SKR och större privata utförare som träffats regelbundet för att diskutera strategier för omsorgen.

Inför ett nationellt beredskapslager för skyddsutrustning

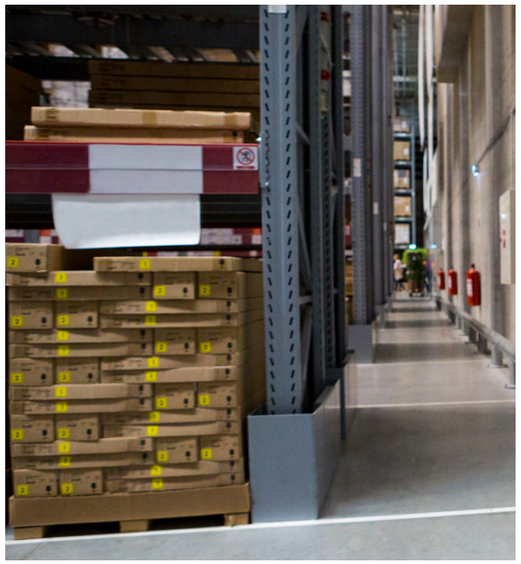
Sverige saknar ett omfattande lager av skyddsutrustning och förbrukningsmateriel. Istället får kommuner och regioner förlita sig på de globala värdekedjorna när det gäller tillgång till skyddsutrustning. Under pandemin, när efterfrågan var stor globalt, räckte inte detta till. Det var i synnerhet svårt för mindre kommuner och aktörer. Ett nationellt beredskapslager bör därför inrättas. Det måste också säkerställas att alla aktörer, oavsett driftsform, får del av den skyddsutrustningen.

Fasa ut äldreboenden som inte lever upp till godkänd standard

Äldreboenden som i till exempel inte har egen toalett eller kokmöjligheter uppfyller inte myndigheternas krav. Dessa äldreboenden är sämre ur smittskyddssynpunkt och bör därför successivt ersättas med boenden som uppfyller myndigheternas krav. En plan för en sådan utfasning bör komma på plats omgående.

Se över styrningen av läkarmedverkan

Det är viktigt att säkerställa en tillräcklig och väl fungerande läkarmedverkan inom den kommunala äldreomsorgen. Regioner där läkarmedverkan inte fungerar bör styra läkarinsatserna så att äldre patienter får mer tid och så att kontinuitet premieras.



Framtidens äldreomsorg – en smartare äldreomsorg

Svensk äldreomsorg håller i många avseenden en hög nivå. De äldre är överlag mycket nöjda med sin omsorg. Till skillnad från flera andra länder kan äldre i Sverige tillbringa sina sista år i en hemlik miljö istället för på en institution.

Internationella jämförelser visar att Sverige har mycket personal i förhållandet till antalet äldre. Men det finns både förbättringsområden och stora utmaningar.

Att vi lever allt längre innebär att behovet av insatser kommer att öka starkt under kommande år. Det medför problem att säkerställa kompetensförsörjningen. Behoven och vårdtyngden hos de äldre inom äldreomsorgen har ökat. Kommunsektorn har också en ansträngd ekonomi som kommer att medföra besparingar under kommande år. Det är en ekvation som inte går ihop om inte organisation och arbetssätt utvecklas och förändras.

Vårdföretagarnas medlemmar är en naturlig del av välfärdens vardag och vill vara med och bidra till att utveckla den. Vårdföretagarna kommer att fortsätta att arbeta fram och presentera förslag om hur äldreomsorgen kan förbättras. Vi har identifierat några viktiga områden där ett fortsatt arbete behöver ske under kommande år:

KOMPETENSFÖRSÖRJNING
Äldreomsorgen behöver locka till sig fler medarbetare, men också rätt medarbetare med utbildning och intresse för att arbeta inom äldreomsorgen. Kraven på innehållet i utbildningarna behöver skärpas för att bättre motsvara behovet i äldreomsorgenn.

RÄTT STYRNING
Vårdföretagarna tror på att det är äldreomsorgens utförare och medarbetare som har kunskap och bäst förutsättningar att utveckla äldreomsorgens kvalitet. Det kräver dock rätt typ av styrning. Alltför många regleringar från staten eller i kommunala upphandlingar som styr exakt hur verksamheten ska organiseras eller på vilket sätt uppgifter ska utföras hämmar innovation och utveckling av nya arbetssätt. Det behövs därför mer av styrning mot resultat och kvalitet.

BRISTEN PÅ ÄLDREBOENDEN
Idag tvingas många äldre vänta orimligt länge för att få en plats på ett äldreboende. Prognoser från till exempel Finansdepartementet bedömer också att många nya äldreboenden behöver byggas under kommande år för att tillgodose behoven – samtidigt som kommunerna har en knapp ekonomi.

UTÖKAD ANVÄNDNING AV TEKNIK
Välfärdsteknik har en stor potential att utveckla äldreomsorgen och leda till förbättrad kvalitet och effektivitet. Det kan stärka de äldres delaktighet, trygghet och självständighet, samtidigt som det kan bidra till en bättre arbetsmiljö för medarbetarna genom att avlasta vid tunga arbetsmoment, förenkla rutiner eller frigöra tid till mer kvalificerade arbetsuppgifter.

FÖREBYGGANDE INSATSER
Eftersom den demografiska utvecklingen medför att kostnaderna för vård och omsorg av äldre sannolikt ökar under kommande år behöver det förebyggande arbetet förbättras. Att utveckla det förebyggande arbetet med målet att stärka äldres fysiska och psykiska hälsa är en vinst såväl ur den enskildes perspektiv som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Frågor?

ANNA BERGENDAL
NÄRINGSPOLITISK EXPERT
+46 8 762 69 86
+46 72 550 42 80
anna.bergendal@vardforetagarna.se