

# Demensvård i coronatid – och sedan

Med kris menas en svår, närmast kaotisk tid. Kris har även en vidare innebörd. Det kan betyda vändpunkt, avgörande förändring. Vi har misslyckats i att skydda de mest utsatta och sårbara grupperna. Kommer vi nu att dra viktiga lärdomar av det som händer och använda det för avgörande förändringar för framtiden? Under coronakrisen har samhället visat både sina sämre, dysfunktionella sidor och sin potential att mobilisera och ställa upp när det verkligen gäller. Vi fokuserar här på de demenssjukas situation, som vi känner bäst till.

Liknande problem och försummelser drabbar också andra utsatta grupper. Sammanvägningen av medicinsk och social sårbarhet har inte fungerat. Den fysiska distanseringen var nödvändig av smittspridningsskäl. Men den sociala distanseringen med isolering har varit förödande. Den talar emot all den trygghet som en god demensvård ska svara för: personcentrerat bemötande, närvaro och gemenskap.

Det har blivit uppenbart och omöjligt att förneka det som vi anhöriga och forskare haft klart för oss sedan länge och som flera utredningar bekräftat. Det gäller situationen i vård- och omsorgsboenden och i ännu högre grad i hemtjänsten. Resurserna för vård och stöd är alltför begränsade och drabbas ofta vid neddragningar när budgetsiffrorna börjar lysa alltför rött. Det finns inte tillräckligt med utrustning i beredskap, läkemedelsförsörjningen sviktar, det är för lite personal och alla är inte utbildade för sina uppgifter.

Mycket av problemen är en följd av ädelreformen 1992 då kommunerna tog över ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och funktionsnedsatta

Många bland vårdpersonalen har gjort beundransvärda, självupppoffrande och heroiska insatser i en mycket pressad arbetssituation. Men det finns också berättelser om rigida och osmidiga regler som vållat onödigt oro och lidande. Det blir en oacceptabel skillnad beroende på var man råkat hamna för att få sin vård. Och en av den viktigaste resursen för stöd och trygghet, de anhöriga, har i princip utestängts att delta i vården. Det är en skam för ett välfärdssamhälle att människor fått genomlida sina sista timmar i livet – ofta ångestfyllda - utan att anhöriga funnits där. En så avgörande fråga för en värdig död måste man kunna lösa.

Mycket av problemen är en följd av ädelreformen 1992 då kommunerna tog över ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och funktionsnedsatta. Landstingens långvård och sjukhem lades ned. Men tillräcklig medicinsk kompetens från landstingen följde inte med. Det har inneburit att ett allt större antal allt sjukare äldre har kommit allt längre från kvalificerad medicinsk vård. För framtiden duger det inte med några nya elegant formulerade måldokument eller andra kosmetiska åtgärder. Nu krävs betydligt tuffare och mer omvälvande konkreta åtgärder.

Satsa på undersköterskorna. Välutbildade och erfarna undersköterskor är nyckelpersoner. Ge dem kraftig löneförhöjning och ökat status med en yrkeslegitimation och kontinuerlig vidareutbildning.

För ut den medicinska kompetensen med specialkunniga sjuksköterskor och läkare med geriatrisk erfarenhet ut på vårdgolvet. Kvalificerad medicinsk vård måste finnas tillgänglig utan att patienten flyttas till akutsjukhus. Men kvalificerad vård är inte alltid detsamma som avancerad teknologisk. Det är oetiskt att utsätta en svårt sjuk för en vård som är utsiktslös och bara innebär plåga och smärta.

För patienter som vårdas hemma: Se över arbetslednings- och planeringsfunktionerna. Det är fullständigt orimligt att en demenssjuk hemmaboende ska behöva möta 15 – 20 olika hemvårdare under en tvåveckorsperiod. Satsa på en kompetent och sammanhållen basorganisation med små självstyrande team med avgränsat och tydligt uppdrag och ansvarsområde och utrymme att arbeta flexibelt alltefter det att patienternas behov växlar. Tiden som behövs för att ge god omvårdnad, t ex att hjälpa en sjuk människa att duscha, klä sig, äta och ofta ge tröst och stilla oro kan vara olika från dag till dag. Det kan inte planeras som att skruva ihop en bil där den precisa tidsåtgången för att dra åt en viss mutter kan fastställas.

Informera, utbilda och involvera anhöriga i vårdens olika skeden.

Se över hela vårdorganisationen. Vår nuvarande med tre ansvars- och verksamhetsnivåer har visat sig dysfunktionell. Det har vi ju förstått länge.

Ta fram bindande föreskrifter, inte bara rekommendationer, om bemanning, kompetens, utbildning och organisation, lika för offentlig och privat vård.

Ambitionen måste vara att rekrytera duktiga och intresserade medarbetare och ge dem goda – inte bara rimliga – arbetsförhållanden och kunna behålla dem.

Med de förändringarna kan vi allmänt höja kvaliteten på vården och skapa en beredskap och en säkerhet inför nästa kris, vare sig det är ett nytt virus eller något annat.

### **Sven Larsson**

Tidigare ordförande i Alzheimer Örebro län

### **Jan Backlund**

Nuvarande ordförande i Alzheimer Örebro län