

ÄLDREOMSORG I UTVECKLING

Solweig Kärrman och Barbro Hallengren har bidragit mest i detta avsnitt.

Från fattigvård till äldreomsorg.

Vid 1900-talets början fick de äldre bo i undantagsstuga eller ett undantagsrum hos den yngre generationen.

- Fattigstuga fanns som en rest från medeltiden.
- Rotegang, växelvis boende hos barn eller andra som åtagit sig detta.
- Utackordering till lägst bjudande bland bönderna.

Vid slutet av 1800-talet anordnade kommunen fattiggårdar, det var större gårdar där jordbruket drevs med hjälp av de intagna som var dåtidens fattiga, gamla, sinnesslöa, mindre bemedlade och barn.

1918-års fattigvårdslag ledde till en kraftig utbyggnad av ålderdomshem under åren 1925 – 1935. 1935 fanns det i Sverige 32 000 platser på ålderdomshem. Av dessa var 1/3 yngre än 65 år, 1 % var barn under 17 år.

Kronikerhem

1910 inrättas enstaka kronikerhem i landet, För att påskynda utbyggnaden utgick statsbidrag till kommuner, landsting och enskilda, vilket resulterade att 1935 fanns det mellan 2- 3000 platser på kronikerhem. 1945 ändrades statsbidragen till att ges enbart till sjukvårdshuvudmän.

1950 fanns det 9 200 platser, 5 200 inom landstinget, 3 400 inom kommunal regi och 600 platser på privata kronikerhem.

1952 ändring i sjukvårdslagen till att landstingen ålades huvudmannaskap för vården av kroniskt sjuka.

Ålderdomshem

1946 lade socialvårdskommittén fram ett betänkande där det föreslogs följande: en utbyggnad av vården för sinnessjuka, sinnesslöa och kroniskt sjuka.

Målsättning var att på fem år skulle dessa kategorier ej finnas på ålderdomshemmen. Fortsatt utbyggnad av ålderdomshemmen, fler i antal och bättre standard i vilket nämndes fler enbäddsrums.

Men det gick sakta med denna utbyggnad för 1950 fanns det 32 650 personer boende på ålderdomshem, varav 7 500 på godkända sjukavdelningar. Bland de övriga var 59 % sinnessjuka. Sinnesslöa, kroniskt sjuka eller lytesbehäftade.

1952 års Åldringvårdsutredning påtalade de stora bristerna i åldringvården och mellan åren 1953 – 1965 infördes statsbidrag vilket motsvarade 10 – 15 % av byggkostnaden.

Mellan åren 1950 – 1960 höjdes utrymmes- och utrustningsstandarden successivt, men huvudsakligen på 1970-talet.

1966 byggdes i Floda, Sävegården och i Lerum, Höjdenhemmet.

På 1960-talet byggdes det upp dagcentraler i anslutning till ålderdomshemmen i syfte att sysselsätta och rehabilitera de boende på hemmen men även de som bodde i hemmen.

Fortsatt utbyggnad av ålderdomshem/särskilt boende i Gråbo: Mogården, Björkebacken och Parasollen samt nytt invid vårdcentralen (där tidigare bl.a. Försäkringskassa var inrymd).

I Lerum: Höjdenhemmet, till och nybyggnad, Hedegården i Stenkullen, Riddarsten.

I Floda: Sävegården och Ekebacken.

Utbyggnad av långtidssjukvården

Som underlag för utbyggnaden hade man ”1952 års åldringvårdsutredning”, där det framkom att det var stora eftersatta vårdbehov - Utvecklade öppna stöd- och vårdformer - ofta obefintliga både inom kommun och landsting.

Långvårdskliniker på undervisningssjukhus.

Kraftig ökning av sjukvårdsanstalter borde komma till stånd.

1960 gav socialpolitiska kommittén uppdrag att inventera behovet av långvårdsplatser i landet och utifrån dessa behov föreslog 1964 man en plan på utbyggnad av sjukhem samt

upprustning av äldres bostäder, då många äldre befanns ha en dålig bostadsstandard. (Många vattentoaletter och badrum kom till denna period framför allt på landsbygden).

För att få tillstånd sjukhem gav staten bidrag med 30 000 :- per plats.

Sjukhemmen skulle också ha en hemliknande miljö!

Under åren 1963 – 1975 fördubblades antal platser inom den somatiska långtidssjukvården från 20 000 – 40 000 platser.

Lerumsborna vårdades på långvården i Alingsås men fick eget sjukhem 1967, Tuvängens sjukhem med ett 30-tal platser.

Under samma tidsperiod ökade ålderdomshemsplatserna från 48 000 till 60 600, och den sociala hemhjälpen ökade från att gälla 90 000 hushåll till 328 000 hushåll.

1977 gjordes en ny pensionärsundersökning som visade att trots utökning var det för få platser inom långtidssjukvården med hänsyn till det ökande antalet äldre. Man uttryckte också ett missnöje med att sjukhemmen inte hade utformats med den hemlika miljö som förutsattes i 1964 års program. Sjukhemmen hade fortfarande en markant sjukhuskaraktär och patientens önskemål om bl.a. uppstigning, sänggående och utevistelse kunde inte tillgodoses och många hade detta som sitt enda hem .

Hemsjukvårdsbidrag

Från slutet av 1940-talet gav landstinget i Älvsborg ett litet bidrag till den som vårdade någon anhörig som väntade på att få en plats på institution. Det utgick dels till anhörig dels till kommunen om vården utfördes av hemsamarit. Landstinget gav även ersättning för långtidssjuka på ålderdomshemmen.

Utveckling av öppna serviceformer

1978 kom generaldirektörsrapporterna ett resultat av ett samarbete med de olika direktörerna inom Svenska kommun- och landstingsförbundet, socialstyrelsen och SPRI.

Där hade man grundligt diskuterat framtidens vård i Sverige.

I rapporterna lades fram riktlinjer för utveckling av primärvården, vilket var en förutsättning för vården av de äldre i samhället. Vikten av ett eget boende lyftes starkt fram och serviceboende som alternativ till ålderdomshem. Tillgång till dygnetruntservice och utveckling av hemsjukvården var en förutsättning för att kunna bo kvar hemma i eget boende eller serviceboende. Samtidigt ansågs det angeläget att fortsätta en utbyggnad av långtidssjukvårdsresurser.

Den sociala hemhjälpen

Behovet av hemhjälp till äldre lyftes också fram. Röda Korset hade sedan 1940-talet anställt hemvårdarinnor för hjälp till barnfamiljer senare anställdes även hemsamariter för att bistå ensamma äldre personer, som inte kunde klara hushållsbestyren själv. Röda Korset betalade 50 % av lönen och vårdtagaren 50 %. (1963 var timlönen 3,50 :- och 1964 höjdes den till 4, 50 :-)

1964 tog kommunen över denna verksamhet.

1952 års Åldringsvårdsutredning pekade på vikten av att utveckla denna verksamhet, som kom att bli socialvårdens ansvar. 1964 utgick statsbidrag till den sociala hemhjälpen.

1966 fanns det 28 000 anställda hemsamariter 1970 fanns det 77 700, vilket är en ökning med 172 %. Huvudsakliga arbetsuppgifter var städning, matlagning, omsorg och vård.

Färdtjänst

1960 infördes färdtjänst i flera kommuner.

Särskilda boendeformer för äldre

1939 – 1958 fanns det möjlighet att låna till pensionärshem avlöstes av pensionärsbostadsbidrag 1958. 1964 – 1982 fanns det statliga lån till småhus med enklare standard tänkt som temporära bostäder för äldre.

I slutet av 1960-talet byggdes de första servicehusen.

Utveckling och uppbyggnad av primärvården

Primärvårdens uppgift vad gällde den äldre del av befolkningen:

- att ge äldre människor akut vård
- att ge äldre vård vid långtidssjukdom
- förebyggande hälsovård

Detta var förutsättningar för att ge sjukvård i hemmet, men också en utveckling av lokala sjukhem och dagsjukvård.

Primusprojektet

I samband med arbetet med en ny plan för långtidssjukvården 1980 ansåg man det lämpligt att praktiskt pröva vissa av förslagen till en modell för samverkan mellan kommunens sociala hemtjänst och primärvård i en försöksverksamhet gemensam för primärvård, länssjukvård och socialvård. Gråbo vårdcentral, som sedan länge haft nära samverkan med socialtjänsten, ingick i försöket. Ett annat försöksområde var Ulricehamn.

Ett program för utveckling av hemsjukvården togs fram under ledning av Bengt Dahlin. Programmet blev modell för hela länet med vårdplaneringsgrupper som beskrivs nedan..

I januari 1986 fick Älvsborgs län en ny primärvårdsorganisation, då Lerum blev ett eget primärvårdsområde med egen nämnd. Tuvängens sjukhem blev då primärvårdens ansvar. Primärvården fick även sjukvårdsansvaret för ålderdomshemmen.

Sjukvård i hemmet

Februari 1984 gav hälso- och sjukvårdsnämnden i Älvsborgs län direktiv för ett utarbetande av ett handlingsprogram för fortsatt utveckling av sjukvård i hemmet. Primärvården skulle ta fram förslaget i samarbete med kommunen i det lokala SLAKO-organen. Uppdraget skulle vara genomfört under hösten 1984. Enligt det handlingsprogram som Lerum lade fram skulle genomförandet ske under tiden 1985 – 1987 och utvärderas under 1988.

Med sjukvård i hemmet avses sjukvård och medicinsk omvårdnad som ges till patienter i det egna hemmet. Planering och omvårdnad sker i ett nära samarbete med kommunens sociala hemtjänst, enligt de arbetsformer som är tecknade i *normalavtalet* mellan landsting och kommun, gällande fr.o.m. 85 01 01.

Avtalet omfattar sjukvård i hemmet, social hemtjänst, sjukvårdsinsatser på servicehus med helinackordering och färdtjänst för patienter p sjukhem. Med sjukvård i hemmet avses sjukvårdsinsatser för vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende utan helinackordering.

Mål vilka var gemensamma för landstinget och kommunerna var:

- att öka människors möjlighet till eget boende och att vårdas i sitt eget hem
- att utan åsidosättande av en god vårdstandard för den enskilde, åstadkomma ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser och minska behovet av mer kostnadskrävande vårdformer.
- att klargöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och att förenkla det administrativa systemet.

Den 24 oktober, 1984 hade VUH-gruppen sitt första sammanträde. *Verkställighetsgruppen för planering och genomförande av Utbyggd, decentraliserad Hemsjukvård i samverkan mellan socialtjänsten och primärvården i Lerums kommun.*

Medlemmar i gruppen var vid första mötet Harry Olofsson, avd.chef. socialtjänsten, Lennart Hallerbäck, distriktsläkare, Floda vårdcentral, Ulla Strömberg, hemvårdsinspektör, Barbro Svalin, distriktsköterska, Lerum och Lillemor Magnusson primärvårdsföreståndare.

Januari 1986 ersattes Lillemor Magnusson av Solweig Kärrman som primärvårdsföreståndare. Den 5 juni 1986 hade gruppen sitt sista sammanträde.

Arbetet fortsatte i denna gruppen fram till den 30 maj 1986. Ur protokollet:

” Verkställighetsgruppen upphör nu med sitt arbete eftersom första etappen i att genomföra Hemsjukvård i Lerum, nu är klart. Vårdplaneringsgrupper är etablerade. Kvälls- och nattpatrull finns på plats. Kvarstår: att vidareutveckla hemsjukvården så att beredskap finns att fler människor kan erbjudas vård i eget hem. Behov av ett samarbete finns och Ulla Strömberg och Solweig Kärrman fortsätter med regelbundna träffar”

De ”200 tjänsterna”

Våren 1984 beslöts i Landstinget att 200 nya tjänster skulle inrättas för att i första hand erbjudas arbetslös sjukvårdspersonal. För södra distriktet blev det 117 tjänster även Lerum fick del blev dessa.

De nya resurserna blev tilldelade primärvården för att utveckla hemsjukvården och långtidssjukvården. Dessa tjänster möjliggjorde ett tidigareläggande av starten av kvälls- och nattpatrullerna, vilket också måste ske enligt sociala hemtjänsten då behovet var mycket stort av dygnetruntservice.

Handlingsprogram för fortsatt utveckling av sjukvård i hemmet antogs av Landstingets Förvaltningsutskott 1885-06-24 och resurser avsattes för de tjänster och omkostnader som beviljats till Lerum ur 117-potten.

Framtagning av en plan för Lerums kommun

Ett intensivt samarbete skedde under denna tid mellan primärvård och kommun både politiskt och på tjänstemannaplanet.

Primärvårdsföreståndare under tiden 1986 – 1992 var Solweig Kärrman. Tillsammans med Ulla Strömberg från kommunens sociala hemtjänst arbetades fram en plan för olika särskilda boendeformer, dagverksamheter, hemtjänst och hemsjukvård. Planen godkändes både av primärvårdsnämnd, socialnämnd och av kommunstyrelse.

Resultat av planarbetet i Lerum

- En Verksamhetsberättelse för hemsjukvården i Lerum, 1987 02 20.
- Utveckling av den förstärkta hemsjukvården har skett 1985 – 1987.
- Under 1986 hade alla tjänster tillsatts som tilldelats Lerum en halvtid sjukgymnast tillsattes först 1987.
- Kvällspatrull hade varit i gång sedan september 1985 och under 1986 hade en nattpatrull startat.
- Lerum kunde nu ta emot patienter med behov av dygnetruntservice.
- Patrullerna hade sin basplacering vid Lerums vårdcentral. De gemensamma vårdtagarna hade ej ökat i antal men vårdtyngden hade ökat.
- Vårdplanering av gemensamma vårdtagare socialtjänst-primärvård hade funnit sina arbetsformer och arbetade på rutin.....
- Utskrivning av patienter från länssjukvården hade också börjat finna rutiner, vilka fick finjusteras under 1987.....
- Möjlighet till avlastning och växelvård fanns på Tuvängens sjukhem. Kön till sjukhemsplats var 0.”

Primärvården och långtidsvården

Långtidssjukvård bedrevs på 1970- och 1980-talen på läns- och primärvårdsnivå. Länsnivån motsvarades av de lasaretsanslutna långvårdsklinikerna med tillhörande sjukhemsplatser. Primärvården skulle ha ansvar för primärvårdsområdets vård av långtidssjuka i hemmen, på primärkommunala ålderdomshem och servicebostäder samt vid lokal sjukhem.

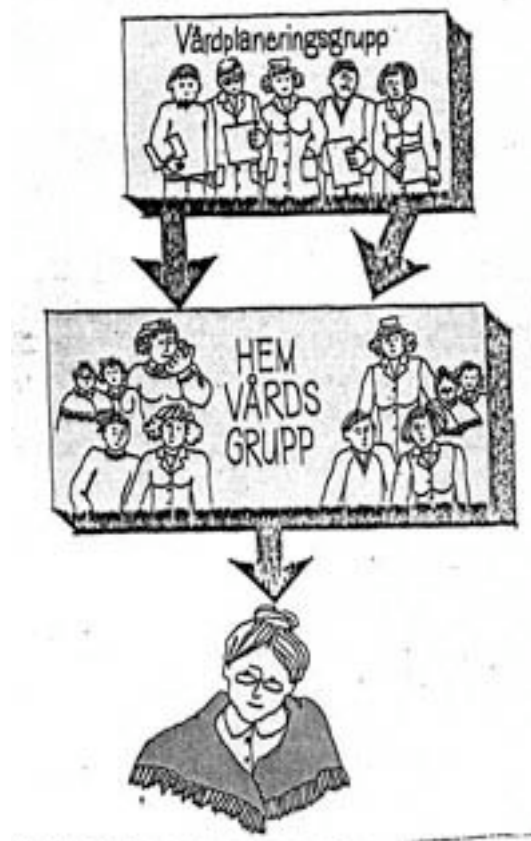
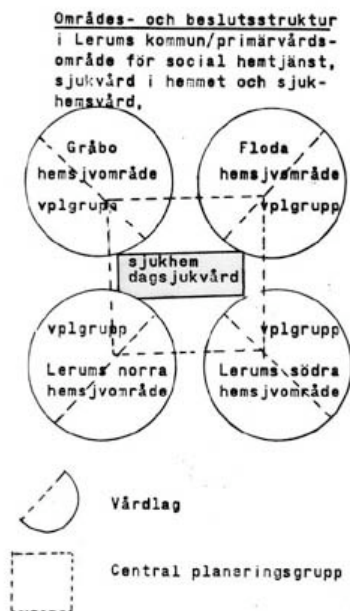
Primärvården hade att i samverkan med.

- primärkommunal socialvård planera för den enskildes behov av sjukvård, omvårdnad och service.
- primärkommunala organ bedriva uppsökande och förebyggande insatser för att skapa förutsättningar för den enskilde att så länge som möjligt bo kvar i närmiljön.
- länssjukvården, speciellt långvårdsklinikerna, tillgodose långtidssjukas behov av speciella resurser för rehabilitering, bostadsanpassning och hjälpmedelsförsörjning

I Regeringens proposition 1987:176 sägs att:

”En god vård i hemmet förutsätter att de medicinska insatserna inom primärvårdens öppna verksamhet är av hög kvalitet. Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet bland äldre är av stort värde och bör utvecklas. Rehabiliteringsinslagen inom primärvården bör bli mer framträdande och vara oberoende av boendeform”.

I motiveringar anförs bl. a. att: En hög tillgänglighet till primärvårdens resurser är mycket väsentlig. Hjälp skall kunna ges med kort varsel och under olika tider på dygnet, vilket kräver en fungerande jour- och beredskapsorganisation, vilket bör utvecklas i nära samarbete mellan kommuner och landsting.. Ansträngningar bör göras för att förbättra kontinuiteten. En vårdlagsorganisation, där flera personalkategorier gemensamt har vårdansvaret, förbättrar möjligheterna till kontinuitet. En väl fungerande vård i hemmet förutsätter att sjukvårdspersonal kan göra hembesök. Detta gäller även läkare, som i större utsträckning bör kunna göra hembesök. Distriktssköterskan har en central roll i hemsjukvården och det praktiska ansvaret för den medicinska behandlingen av dem som vårdas hemma.



Områdesgrupp var en gruppering med arbetslag från både primärvård och primärkommun med gemensamt socialt/medicinskt ansvar för ett avgränsat område.

Arbetslag områdesorienterade lag med olika yrkesgrupper med arbetsuppgifter inom hemsjukvården

Vårdlag Den personalgrupp som hade det primära ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser inom ett betjäningsområde. Vårdlaget bestod av distriktssköterska, distriktsläkare och undersköterskor.

Lerums sjukhem – Tuvängen före Ädelreformen

Barbro Hallengren

Tuvängens sjukhem byggdes 1967 och var ett lokalt sjukhem beläget i Lerum som skulle serva alla kommundelarna. Administrativt sorterade sjukhemmet under landstinget.

- -Administrationen sköttes från Alingsås lasarett
- -Chef var en överläkare i geriatrik som specialitet från Alingsås lasarett
- -Föreståndare var en sjuksköterska med vidareutbildning
- -Läkare var en privatpraktiserande läkare som besökte sjukhemmet 1 gång i veckan och som kom vid behov även nattetid
- -Bemanningen bestod av sjuksköterskor som fanns både dag och natt Dessutom fanns det undersköterskor, biträden, baderskor och städerskor
- -Rehabiliteringen sköttes av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biträden som servade hela kommunen och utgick från Tuvängen
- -Journalistik utfördes av läkarsekreterare.
- -Produktionskök med en dietist som ansvarig.

Platsantalet var 80 sjukhemsplatser dit patienter med långvariga sjukdomar kom. Det kunde även vara yngre långtidssjuka. Att någon patient skrevs hem igen var sällsynt.

1982 infördes gruppvård som innebar att en grupp med personal ansvarade för hela patienten. Gruppledare var en sjuksköterska och gruppen ansvarade för ett mindre antal patienter än tidigare baderskorna försvann. Man började också att titta på om korttidsvård kunde vara ett komplement till hemsjukvård så kallad växelvård.

1986 överfördes lokala sjukhem till Primärvården och dess chef blev en distriktsläkare som också ansvarade för patienternas hälsotillstånd

1990 fick en sjuksköterska, som hade vidareutbildning även i administration, inneha en chefsposition vilket blev fallet i Lerums primärvård. Två läkare ansvarade för patienterna.

1992 fick kommunen ansvar för sjukvården i särskilda boenden och hemsjukvården.

Eftersom den högsta kompetensen inom den kommunala sjukvården var sjuksköterskor tillsattes en ny tjänst. Medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS. Varje kommun fick fritt avgöra hur många tjänster de ville ha. I Lerums kommun valde man att ha en tjänst för både rehab och hälso- och sjukvård.

1995 Utökades platsantalet på Tuvängen med 26 nya platser alla enkelrum.

(Platsantalet på den gamla delen hade i samband med en renovering minskat med 12 platser). totalt antal platser 94.

När Lerums vårdcentral invigdes flyttade rehabverksamheten från Tuvängen dit. Sjukgymnast och arbetsterapitjänster köptes då av Primärvården. Sjukgymnast och arbetsterapi biträdestjänster valde man att ha kvar

Läkartjänster från Primärvården fortsatte som förut med två läkare som kom en gång i veckan och var tillgängliga i hemmet på kvällar och nätter (annars var det läkare på lasarettet). Under denna tid utvecklades hemsjukvården, man skulle ta hand om allt svårare sjuka inom

kommunen och begreppet Färdigbehandlad myntades. I Lerum valde man att ha kvar sjukhemmet som ett sjukhem även om det kallades för "särskilt boende" Sjukhemmet skulle serva hela Lerum och kunna ta emot svårt sjuka som inte kunde vårdas hemma eller inte behövde vård på sjukhuset. Detta innebar att sjuksköterskor, som tidigare, fanns kvar och man kunde garantera att det fanns kompetent personal dygnet runt och inte så många delegationer behövdes. Nu hade vården också ändrats så att växelvård utökades, vård i livets slutskede (yngre svårt sjuka och döende patienter) fick plats på vissa enkelrum avsedda för detta. Tuvängen fick 190 ?? Vitsippspriset för god vård av dessa patienter. Dialyspatienter var också något nytt men sjukhusen i Alingsås Borås och Göteborg delade med sig av nyheter och kunskaper som vii kommunerna inte hade haft tidigare. Patienter med stort rehabiliteringsbehov kunde få bo upp till 6 månader och betala 100 kr per dygn även om det nu blivit särskilt boende.

Hemsjukvården fick nu också svårare sjuka att ta hand om. Distriktsjuksköterskorna fick fler svårt sjuka att vårda hemma och de som flyttade in på andra särskilda boende blev allt mer beroende av hjälp.

Gott samarbete med alla samarbetspartner var av största vikt

Dagverksamheter och särskilda boendeformer i Lerums kommun

Den 24 september 1987 startades "Sanna", dagverksamhet för glömska äldre. Verksamheten bedrevs gemensamt av Lerums kommun och primärvården. Lokalen var en gammal skola i Hede. Verksamheten började som ett försök men pågick till

Under 1980-talet började kommunerna bygga gruppboenden och gruppboendestäder .

I Gråbo byggdes det första gruppboendet för senildementa i början av 1990-talet, följdes sedan av gruppboende i Floda i Drängsered.

1991 byggdes i Floda centrum servicelägenheter för äldre personer på ett våningsplan i ett bostadshus, Solgården.

Kommunen byggde servicelägenheter och en dagcentral i Gråbo, Parasollen vilken invigdes 1986. Servicelägenheterna blev ersättning för Mongården, ett ålderdomshem som sålts och drivs i privat regi som rehabiliteringshem för hjärtopererade patienter .

En dagrehabilitering inrymdes i Parasollen där det även fanns en varmbassäng. Verksamheten där upphörde 1991 och flyttade till Tuvängens sjukhem.

Distriktsläkare i långtidssjukvården

Samtliga distriktsläkare ansvarade för den löpande långtidssjukvården men vid tunga och komplicerade vårdärenden skulle samarbete ske mellan distriktsläkaren inom långtidssjukvården och denne skulle ta över ansvaret. För en sådan halvtidstjänst svarade Dr XXX och Dr YYY under tiden tttt.

Distriktsläkare med profilering på tung långtidssjukvård skulle enl. direktiv 1990:

- Utföra allmänläkaruppgifter till 50 %
- Till 50 % ha det övergripande ansvaret för långtidssjukvården i Lerums primärvårdsområde
- Medverka i utvecklingen av de långtidssjukas vård, omvårdnad och behandling
- Ansvara för den medicinska vården på Tuvängens sjukhem
- Ha intagningsrätten till sjukhemmet
- Ha det samlade ansvaret för korttidsvården, svikt-, avlastnings- och växelvårdspatienter.
- Ansvara för de tunga och komplicerade hemsjukvårdspatienterna i hemvården, när vårdplaneringsgruppen påkallar detta.
- Ansvara för att internutbildning erbjuds och genomförs för berörd personal
- Ha ett samordningsansvar för den medicinska jourverksamheten för hemvården och långtidssjukvården i Lerum i samarbete med den sociala jourverksamheten och övriga primärvårdens jourverksamhet.

Ädelreformen gav ett avtal mellan kommunerna och landstinget i Älvsborgs län

"Älvsborgsmodellen syftar till att ge ädelreformen i Älvsborg ett innehåll som i högre grad leder mot reformens ursprungliga mål. Ett av dessa mål är att samordna flera likartade verksamheter för den vård,

omvårdnad och service för äldre, handikappade och långtidssjuka, som kommunerna och landstinget byggt upp vid sidan av varandra.

Ett annat mål är att få en organisation som gör det enklare för allmänheten att avgöra vilken huvudman som bär ansvaret. Utöver den ansvarsfördelning som ingår i den obligatoriska delen av äldreformen föreslås därför att avtalet mellan landstinget och länets kommuner också skall omfatta en utvidgning av reformens hemsjukvårdsdelar och att ansvar och resurser regleras inom den de centrala psykiatrin”.

Länsavtalet innebar att kommunerna också tog över ansvaret för hemsjukvården (inkl distriktssjukgymnastik och distriktsarbetsterapi) utanför de särskilda boendeformerna. Detta var bl.a. möjligt genom att ett obligatoriskt kommunalt betalningsansvar för de medicinskt färdigbehandlade patienterna infördes. Att kommunerna disponerade hemsjukvården var ett villkor för att kommunerna skulle ta över ansvar och resurser i samband med psykiatrins omstrukturering”

Den 1 januari 1992 tog kommunerna över ansvaret för äldreomsorgen som avtalet sade.

Genomförandet av Ädelreformen i Lerum

Samarbete Lerums kommun och primärvården hade skett under många år och bitvis ett gott sådant. Många intensiva möten inför genomförandet skedde denna tid med både politiker och tjänstemän.

Reformen resulterade i att verksamheter överfördes från primärvården till Lerums kommun enligt nedan:

Sjukhemsvård

Tuvängens sjukhem med 56 vårdplatser

Gruppbostäder

Gruppstäderna för senildementa personer i Gråbo och Floda med tillsammans 24 platser.

Dagverksamheter

Gråbo dagcentral med 11 platser.

Hemsjukvården, psykiatrisk verksamhet, anhörigbidrag, tekniska hjälpmedel och administration.

Personal som berördes var 150 personer motsvarande 108 årsarbetare, vilka bytte arbetsgivare 1 januari 1992.

Verksamheterna beräknades till en kostnad på drygt 34 miljoner kronor. Dessa medel överfördes via skatteväxling.

SJUKGYMNASTIK OCH ARBETSTERAPI FRÅN CENTRALISERAD TILL DECENTRALISERAD TERAPI

Margareta Brantdahl, sjukgymnast och May Thyrén, arbetsterapeut gav underlaget.

1960-tal

Tuvängens sjukhem stod klart 1967 och där inrättades en sjukgymnasttjänst för sjukhemmets patienter. Tjänsten delades på tre personer. En tjänst som terapibiträde fanns som delades med vårdavdelning. 2 hela tjänster privata sjukgymnaster fanns i Lerum.

Organisatoriskt tillhörde sjukgymnastiken och arbetsterapin på Tuvängen slutenvården; långvårdsområde Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga. Initialt fanns distriktsgymnaster i Alingsås som ombesörjde hjälpmedelsutprovning och behandling i hemmet, även i Lerum. Hjälpmedelscentralen på lasarettet i Borås ombesörjde hjälpmedelsutprovning i hemmen för hela södra sjukvårdsdistriktet, där Lerum ingick.

Distriktsgymnastverksamhet för södra sjukvårdsdistriktet av Älvsborgs läns landsting omfattade Alingsås och Borås hemsjukvårdscentraler samt verksamheten på vårdcentralerna i Lerum, Ulricehamn, Tranemo, Herrljunga, Fristad, Hulta-Borås, Svenljunga, Dalsjöfors, Viskafors och Skene samt Habiliteringen Borås.

Verksamhet har en chefsdistriktsjukgymnast som funnits sedan 1968 och vars uppgift var att vara rådgivare och förmedlare av information i yrkesfrågor.

1970-tal

För Alingsåsområdet anställdes 1970 en distriktsarbetsterapeut och en sjukgymnast med betjäningssområde Mittenälvsborg samt Ale kommun. En tjänst som arbetsterapibiträde tillkom 1971 för samma område.

Sjukvårdsstyrelsen uppdrog åt landstingets södra sjukvårdsdistrikt vid sammanträde 15 okt 1973 att utreda frågan om en försöksverksamhet med decentraliserad sjukgymnastik i Lerum.

Försöksverksamhet i 6 mån startade 1974-09-01 och pågick till 1975-02-28.

I samband med försöksverksamheten utökades tiden med ytterligare 14 tim/v sjukgymnast = totalt 54 tim/v sjukgymnast + 40 tim/v biträde på sjukgymnastiken. (sjukgymnast = 20 tim vardera Christina Peil och Margareta Jahrsten, Margaretha Cedergårdh 14 tim/v).

Sammanträde 12 februari 1975 direktionen för landstingets södra sjukvårdsdistrikt i Borås tillstyrkte fortsatt verksamhet.

Tiden fördelades på polikliniska patienter ca 25 tim/v (2 v väntetid), övrig tid till sjukhemmets patienter.

Patientavgift för polikliniskt besök: 4:- + 12:- från FK för polikliniska besök. Patienten köpte kuponger för 4:-/st. sedan skickades räkning till FK efter avslutad behandling. Eventuellt övertaliga kuponger inlöses av landstinget.

Patientavgift för hembesök 5.50 + 16.50 från FK. Hembesök kunde ske efter att remitterande läkare angett detta på remissen.

Tillströmningen ökade och i maj-juni 76 stod 40 patienter på väntelista och väntetiden var 2 månader. Efter sommaren med avlastningshjälp från Alingsås fick man ner den till 2 veckor.

1977-78 utredde distriktsdirektionen verksamheterna vid hjälpmedelscentralen, arbetsterapi och sjukgymnastik i öppen vård, den s k HAS-utredningen. Här fastslogs bland annat att inga arbetsterapi- eller sjukgymnasttjänster skulle finnas vid sjukhemmen, då de tyvärr inte blev besatta på det högst begränsande verksamhetsområdet där. Alla tjänster skulle flyttas ut till öppna vårderna som distriktsarbetsterapeut och distriktsjukgymnast. Sjukhemmen skulle istället betjänas via handledning av speciella biträdestjänster, vars uppgifter var att fungera som förlängda armar in mot avdelningarna.

Arbetsterapibiträdestjänsterna på Tuvängen konverterades 1979 till en distriktsarbetsterapeuttjänst för Lerums primärvårdsområde.

1980-tal

Skrivelse till Blockledningen för öppenvården (block V) från Monika Golcher-J:son chefsdistriktsgymnast 12/12 1980 angående att inrätta förstegymnaster på distrikt.

Verksamheten växte och i februari 1983 fanns 2,5 sjukgymnaster och 1 biträde på Distriktsgymnastiken i Lerum. Idag finns 5 sjukgymnaster och 1,5 rehabiliteringsassistenter.

1984 hade distriktsarbetsterapeutens arbetsuppgifter ökat så pass mycket att man fick "låna" outnyttjade tjänstefaktorer från Vårgårda och Herrljunga till ett 75% vikariat.

1985, kort efter att Lerum Vårdcentral hade invigts, inrättades ytterligare en tjänst i Lerum.

De lånade tjänstefaktorerna var kvar.

I samband med att Lerums nya vårdcentral invigdes 1985 flyttade Distriktsgymnastiken tillsammans med Distriktsarbetsterapin till dit och tillhörde nu organisatoriskt Lerums primärvård.

1986 förvandlades en av distriktsarbetsterapeuttjänsterna till chefstjänst.

1987 blev de lånade tjänstefaktorerna en distriktsarbetsterapeuttjänst.

I slutet av 80-talet inrättades en 75% tjänst som arbetsterapibiträde.

1986 startade Dagrehabilitering på det nyöppnade Parasollen i Gråbo. Därmed utökades arbetsterapeutresurserna med 50% tjänst.

Ädelreformen 1992

Avtal om tjänsteköp till kommunen av sjukgymnast och arbetsterapeut skrevs 28 januari 1992 och omfattade 3 tjänster som arbetsterapeut och 1/2 tjänst som sjukgymnast.

Arbetsterapibiträdestjänsten konverterades till arbetsterapeuttjänst.

Tjänsteköpet upphörde hösten 1997 då Lerums kommun startade en egen rehabiliteringsenhet och anställde egen personal.

1:a sept.1997 startade Lerums kommun en egen Rehabiliteringsenhet.

Det innebar att Primärvården minskade med 3 tjänster, de som kommunen tidigare köpt.

Kommunens Rehabiliteringsenhet startade med: . (En heltidstjänst = 1000 tjänstefaktorer).

Arbetsterapeut	300 tjänstefaktorer
Sjukgymnast	150 tjänstefaktorer
Sjuksköterska tillika enhetschef	75 tjänstefaktorer
Rehabassistent	350 tjänstefaktorer
Syn-Hörselinstruktörer	150 tjänstefaktorer

Primärvården 1990-talet

Befattning som förstegymnast ersattes av chefsgymnasttjänst 1991.

1994 infördes fri etablering för privata vårdgivare – tre beviljades inom Lerums primärvårdsområde med etablering under våren 1995. två arbetade på Hälsans hus som senare flyttade till Landvetter och en startade i Gråbo och finns fortfarande kvar.

Årsskiftet 1994 -1995 slogs Lerums och Alingsås primärvårdsområden ihop till Mitten-Älvsborg. Detta innebar inte någon större förändring för distriktsgymnastiken initialt.

Landstingen införde remisskrav till all offentligt finansierad sjukgymnastisk behandling 1996-01-01. Rekommendation att inte skriva för mer än 10 behandlingar/gång exklusive initial bedömning. Detta blev både dyrbart och opraktiskt. Västra Götalandsregionen upphävde beslutet 1999-08-31.

Träningskort för patienter som deltog i gruppträning och betalade grupptaxa infördes lokalt i Lerum. Patienten kunde köpa ett kort som omfattade 10 tillfällen. Avgiften var högkostnadsgrundande. Fick inte fortsätta med detta eftersom taxor skulle vara enhetliga i hela Älvsborg.

1995-01-01 beslutade Landstingen i Älvsborg att grupptaxa skulle upphöra. Efter bl.a. skrivelse till HSN Mittenälvsborg beslutades det den 14 mars 1995 om att åter införa grupptaxa. Patient skulle också ha möjlighet att nytta träningslokaler, i mån av tillgång, för friskvårdsträning genom att köpa ett träningskort för 100:-. Detta är inte högkostnadsgrundande.

Mottagningsmodeller som provats under 90-talet:

Väntelista. Alla patienter tas omhand i den ordning de hört av sig.

Öppen mottagning med 2 sjukgymnaster 1 tim/dag start 1992. Akuta åkommor hänvisades dit.

Öppen mottagning dagligen först, sedan nystart 1 april 1995 tre dagar i veckan kl. 10-11

Från 1999 bedömning i 3 grupper akut, halvakut, väntelista.

Datorisering:

Startade med journalsystemet Rehab II 1995. Program framtaget för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

2000-tal - primärvården

Mottagningsmodell:

Sedan hösten 2003 bokas patienter in inom en vecka på ett visst antal nybesökstider under avsatt telefontid.

Datoriserad journal

Gick över till Profdoc april 2003. Profdoc var samma datasystem som användes inom primärvården i Mittens-Älvsborg.

Förslag till ny sjukgymnastikorganisation i Mittens-Älvsborg med gemensam chef togs fram 1999. Distriktsgymnasterna i Sollebrunn, Noltorp, Ängabo, Herrljunga och Lerum skulle då ingå. Startade hösten 2000, Helen Andersson tillträdde som chef.

Arbetet med Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi att förändra vårdstrukturen påbörjades februari 2003. Beslut i Regionfullmäktige mars 2004 resulterade i ett Inriktningsdokument hur strukturen skall se ut. Bl. a. skall närsjukvården utvecklas och stärkas.

Som ett första steg i att utveckla närsjukvården i Mittens-Älvsborg har man beslutat att all rehabilitering på Alingsås lasarett och i primärvården skall vara en gemensam organisation från januari 2005, d.v.s. sjukgymnaster och arbetsterapeuter från både slutenvård och öppenvård ingår.

2000-tal – kommunal verksamhet

År 2000 tillträdde en arbetsterapeut som rehabchef. Sjuksköterskefaktorerna togs bort.

Vuxenhabiliteringen blev kommunens ansvar och därmed tillkom:

75% arbetsterapeuttjänst i Lerums kommun samt 100% sjukgymnasttjänst, som delades mellan Lerum, Alingsås, Vårgårda och Herrljunga kommun.

Under år 2004 sades avtalet upp med Alingsås, Vårgårda och Herrljunga.

Sjukgymnasttjänsten delas nu mellan vuxenhabilitering och äldreomsorg i Lerum.

Under 2000-talet har Rehabenheten utvecklats vad gäller kompetens och arbetsuppgifter.

Ex: Rehabenheten regelbundet utbildning i ergonomi och förflyttningstekniker för vårdpersonal.

I oktober 2003 flyttade Rehabiliteringsenheten till nya och funktionella lokaler på det nya äldreboendet Riddarstengården.

På Riddarstengården finns kommunens

- Korttidsrehabavdelning med åtta platser.
- Hemrehabilitering startade 2003.
- Hemrehabilitering innebär ett fördjupat samarbete med kommunens
- Biståndsenhet.

Rehabchefen har i sin tjänst 25% som Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering, MAR.

Ytterligare arbetsterapeut- och sjukgymnasttjänst samt en teknikertjänst har tillkommit.

Rehabilitering i äldreården med många dimensioner

Vårdsidors reporter Ulla Wessman gjorde ett reportage om rehabilitering i nr 5 år 2000.

”En god rehabilitering innebär ökad självständighet, högre livskvalité och minskad risk för inaktivitet och kan också innebära en och annan sparad krona för samhället, säger distriktsläkare Claes Burman i Lerum.

Åtta timmar i veckan ägnar han sig åt äldrehabilitering som är gemensam för hela kommunen. Han berättar att tjänsten tillkom för att möta det ökade behovet av läkarmedverkan i äldreården och i rehabilitering av äldre.

- Jag har ett övergripande ansvar när det gäller äldrehabilitering och arbetar nära övrig rehabiliteringspersonal i primärvård och kommun.

Att arbeta i team är både roligt och nödvändigt

Det handlar ju om att hjälpa människor att återfå eller behålla fysiska och psykiska sociala funktionsförmågor. Det finns ingen enskild yrkeskategori som klarar det. Den viktigaste medlemmen i teamet är patienten själv, men även närstående, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och hemtjänstpersonal, är viktiga länkar i rehabiliteringsarbetet.

Till Dagrehabiliteringen kommer främst patienter som bor hemma och som är i behov av såväl sjukgymnastisk som arbetsterapeutisk träning.

Till Korttidsavdelningen kommer de flesta patienterna från sjukhus efter ex. stroke eller höftfraktur, men även från eget boende för en period med lite intensivare rehabilitering.

I Samverkansteamet mellan primärvård och kommun diskuteras rehabiliteringsinsatser (med patientens medgivande), för de patienter som skrivs ut från sjukhus eller finns i eget boende, där det behöver klargöras vem som skall göra vad. Detta för att kunna erbjuda snabba insatser utan risk att patienten hamnar mellan stolarna eller att dubbelarbete görs.

Patienten ger sin syn på sina behov och mål för sin träning. I teamarbetet delger patienten sin syn på sina behov och anger sina mål för träningen. Övriga team-medlemmar bedömer patienten utifrån sitt yrkeskunnande som sammanställs till en helhetsbild och utifrån denna planeras insatser och uppföljning. För de patienter som vårdplaneras på sjukhus görs ibland en rehabiliteringsplan. Denna är en bra första information för den fortsatta rehabiliteringen. Rehabiliteringsbehov finns även hos äldre som inte varit på sjukhus, men p.g.a. sjukdom och inaktivitet har tappat funktionsförmåga och löper risk för ökad sjuklighet, ökat beroende av stödinsatser och minskad livskvalitet.

Resurserna på bästa sätt

Hur ser Claes på sina insatser som rehabiliterare?

- Jag tycker att det är positivt på flera sätt. Det är berikande att arbeta tillsammans med andra yrkeskategorier och det känns viktigt att bidra till en bättre äldrehabilitering. När jag ser hur oerhört positivt många patienter upplever en rehabinsats, för att de har blivit bättre eller lärt sig hantera en funktionsnedsättning och lyckats återerövra en del av sin vardag med ett ökat självförtroende, så känns det mycket stimulerande. Det som kan upplevas negativt är att behoven är så stora i förhållande till resurserna. Väntetiderna på rehabinsatser är oacceptabelt långa och det fattas både tid, personal och pengar. Det gäller att använda resurserna som finns på bästa sätt och hoppas att de som fördelar pengarna inser vikten av rehabilitering och prioriterar därefter. I prioritetsutredningen sägs ju att endast akut livshotande och svåra kroniska tillstånd har högre prioritet, avslutar Claes Burman.”