

# Med värme ihågkommen



**Yrkes- och miljömedicin i Umeå rapporterar 2012:4, ISSN 1654-7314**

**Umeå universitet  
Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin  
90187 Umeå**

Denna rapport är slutrapporten från projektet Med värme ihågkommen, vilket har bedrivits vid enheten för Yrkes- och miljömedicin, Umeå universitet, inom programmet Bo bra på äldre dar (HI dnr 2011/0117). Sökande och projektledare har varit Bertil Forsberg. För intervjustudien har ansvarat Louise Andersson och Anita Pettersson-Strömbäck. I litteraturgenomgången har medverkat även Daniel Oudin Åström och Christofer Åström. Kontaktperson vid Hjälpmedelsinstitutet har varit Karin Månsson.

Projektgruppen vill rikta ett tack till de personer som har deltagit i intervjustudien samt de som har lämnat synpunkter vid ett samrådsmöte inför studien respektive vid slutseminariet. Tack även till Jenny Bagglund som har granskat rapporten och utvärderat genomförandet.

## Sammanfattning

Syftet med detta projekt har varit att med hjälp av en intervjustudie och kunskapsgenomgång redovisa hur utomhusmiljö, gemensamhetslokaler och bostäder kan utformas för att minska risken för att äldre och personer med nedsatt funktionsförmåga blir medtagna eller dör i förtid under värmeböljor. Målet är att öka medvetenheten och intresset för anpassning av miljö och byggnader hos personer ansvariga för samhällsplanering, bostadsbestånd, trygghets-, vård- och omsorgsboenden.

Städer är normalt varmare och mindre blåsiga än det omgivande landskapet. Städernas ”varmare klimat” beror främst på den större värmelagring som kan ske i byggnader, gator, trottoarer mm, begränsat med vegetation som kan skugga och avge fukt samt aktiviteter som trafik och eldning vilket genererar värme. Under värmeböljor ökar dödligheten mer i städer. Att leva ensam, vara sängbunden och bo på översta våningen har visats vara riskfaktorer.

Åtgärderna för att minska stadens värmeö och värmeböljornas effekter på människor brukar ibland delas in i ”mjuka åtgärder” (information, varningssystem för värmeböljor, insatser för känsliga grupper), ”gröna åtgärder” (göra staden till en grönare miljö) och ”tekniska åtgärder” (skuggande konstruktioner, modifiering av väggar, kylning/luftkonditionering inomhus etc.), vilka kompletterar varandra. I vissa länder, bl. a. England, ska äldreboenden ha ett samlingsrum som kan hållas svalt även under värmeböljor, men det är oklart vilken juridisk status som bestämmelserna har.

Intervjustudien syftade till att belysa hur problemen uppfattas av personal inom äldreomsorgen i Sverige. Som datainsamlingsmetod genomfördes 20 semistrukturerade intervjuer med omvårdnadspersonal i Botkyrka kommun under oktober 2011. Urvalet baserades på tillgänglighetsprincipen. Innehållsanalyser gjordes på transkriberad intervjudata och kategorier och underkategorier skapades utifrån återkommande teman som återfanns i texten. Slutsatserna från studien pekar på att de utbildnings- och informationsinsatser angående värmeböljors effekter på känsliga grupper som riktas till personal inom äldreomsorgen borde intensifieras, samt att personalens kunskap om verksamheten och vårdtagarnas behov borde tas tillvara redan i planeringsstadiet för äldreboenden.

## Abstract

The purpose of this project has been to use an interview study and literature survey to show how the outdoor environment, public facilities and housing can be designed to reduce the risk for elderly and persons with disabilities to die prematurely during heat waves. The goal is to raise awareness and interest in the adaptation of the environment and buildings of the persons responsible for planning, housing stock, social service, health care and homes for elderly.

Cities are generally warmer and less windy than the surrounding landscape. The urban "warmer climate" is mainly due to the greater heat storage that can be found in buildings, streets, sidewalks, etc., limited vegetation that can shade and release moisture and activities such as traffic and domestic heating, which generate heat. During heat waves the increase in mortality is larger in cities. To live alone, be confined to bed and stay on the top floor has been shown to be additional risk factors.

Measures to reduce the city's urban heat island and effects on humans are sometimes divided into "soft measures" (information, warning systems for heat waves, interventions for vulnerable groups), "green actions" (make the city a greener environment) and "technical measures" (shaded structures, changes of the walls, refrigeration /air conditioning indoors, etc.), which all are complementary. In some countries, the care homes for elderly should have a common room that can be kept cool even during heat waves.

The aim of the interview study was to describe how personnel in the elderly care experience these problems in Sweden. The data collection method was 20 semi structured interviews with elderly care

personnel in Botkyrka municipality during October 2011. Content analysis was performed on the transcribed interview data and categories and subcategories were created on repeated themes in the text. The conclusions suggest intensified education for and information to personnel in the elderly care sector and that already in the planning of new homes for elderly the personnel's knowledge and experience of the needs among the elderly should be taken into account.

# Innehåll

Med värme ihågkommen.....	1
Sammanfattning.....	3
Abstract.....	3
Innehåll.....	5
1. Syfte och bakgrund.....	6
1.1 Värmeböljor som problem.....	6
1.2 Syfte.....	6
Referenser.....	6
2. Kunskapsöversikt.....	7
2.1 Global uppvärmning.....	7
Referenser.....	7
2.2 Hälsa och värmekänslighet.....	7
Referenser.....	10
2.3 Bostad och boendemiljö.....	11
Referenser.....	13
2.4 Förebyggande åtgärder.....	15
Referenser.....	16
3. Intervjustudie.....	16
3.1 Syfte.....	16
3.2 Metod.....	16
3.3 Resultat.....	18
3.4 Diskussion och slutsats.....	45
Referenser.....	46
Bilagor.....	47
Intervjuformulär, personal inom vård- och omsorg.....	47

# 1. Syfte och bakgrund

## 1.1 Värmeböljor som problem

För många är högsommarvärme något efterlängtat under semestertid. Ovanligt höga temperaturer, särskilt långvariga värmeböljor, utgör dessvärre också en hälsorisk för många äldre och personer i dålig kondition. På vissa platser, exempelvis i USA, har hög dödlighet i samband med värmeböljor varit ett välkänt problem i 30 år eller mer. Detta har påskyndat installation av luftkonditionering i många offentliga byggnader och hem. I Europa medförde en svår värmebölja i bland annat Frankrike 2003, att hälsovårdsmyndigheter i många berörda länder blev varse om problemets omfattning. Värmevarningssystem och handlingsplaner tillkom snabbt. Man har uppskattat att antalet dödsfall under värmeböljan 2003 blev upp till 70 000 fler än vad som vore normalt för årstiden. 2010 drabbades Ryssland av en värmebölja som i kombination med rök från skogsbränder tycks ha skördat tiotusentals liv.

Senare års forskning visar på att även i Sverige ökar dödligheten och vårdbehov bland äldre i samband med värmeböljor (Rocklöv & Forsberg, 2008; Rocklöv & Forsberg, 2009; Rocklöv & Forsberg, 2010). Anpassning av äldres boende med hänsyn till hetare somrar är dock inte något som idag pågår i Sverige, troligen för att problemet ännu är underskattat. Det finns ingen myndighet som har prioriterat frågan, utan den uppmärksamhet som hittills finns beror främst på senare års forskningsresultat om ökad dödlighet under värmeböljor i Sverige. Socialstyrelsen redovisade 2011 ett regeringsuppdrag, där man beskriver värmeböljorna som ett återkommande fenomen som verksamhetsansvariga inom vård- och omsorg måste beakta, men någon process för detta tycks inte ha initierats.

## 1.2 Syfte

Syftet med detta projekt har varit att med hjälp av en problembeskrivning och kunskapsgenomgång redovisa hur utomhusmiljö, gemensamhetslokaler och bostäder kan utformas för att minska risken för att äldre och personer med nedsatt funktionsförmåga blir medtagna eller dör i förtid under värmeböljor.

Målet är att öka medvetenheten och intresset för anpassning av miljö och byggnader hos personer som är ansvariga för samhällsplanering, bostadsbestånd och trygghets-, vård- och omsorgsboenden. Med denna rapport vill vi beskriva problemets betydelse och omfattning ur hälsosynpunkt samt möjliga anpassningsåtgärder i inom- och utomhusmiljön. På så vis kan rapporten vara ett beslutsstödjande verktyg.

Den intervjustudie som ingår visar också hur man exempelvis i en kommun kan utföra en problembeskrivande studie till grund för sina lokala prioriteringar.

### **Referenser**

Rocklöv, J, Forsberg, B. The effect of temperature in mortality in Stockholm 1998 – 2003: a study of lag structures and heatwave effects. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36: 516-23.

Rocklöv J, Forsberg B. Comparing approaches for studying the effects of climate extremes - a case study of hospital admissions in Sweden during an extremely warm summer. *Global Health Action* 2009 Nov 11;2. doi: 10.3402/gha.v2i0.2034.

Rocklöv, J, Forsberg, B. The effect of High Ambient Temperature on Elderly Population in Three Regions of Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010; 7: 2607-19.

Socialstyrelsen. Effekter av värmeböljor och behov av beredskapsåtgärder i Sverige. Redovisning av ett regeringsuppdrag, april 2011, www.socialstyrelsen.se.

## 2. Kunskapsöversikt

### 2.1 Global uppvärmning

FN:s klimatpanel (IPCC) fastslår i sin rapport från 2007 att den globala uppvärmningen har lett till förhöjda luft och havstemperaturer, avsmältning av glaciärer samt en höjning av den globala havsnivån (1). Mellan åren 1906-2005 har den globala medeltemperaturen ökat med ungefär 0.74 grader. Tittar man på temperaturen för åren 1995-2006 så tillhör elva av dessa år de tolv varmaste som man någonsin uppmätt. Anledningen till den globala temperaturökningen kan med stor sannolikhet tillskrivas den påverkan människan haft på klimatsystemet i form av t.ex. utsläpp av växthusgaser

De globala klimatförändringarna förväntas fortsätta och IPCC uppskattar att den globala medeltemperaturen kommer att öka med mellan 1.8 och 4.0 grader från slutet av förra århundradet till slutet av detta århundrade (2). Osäkerheten i denna uppskattning beror på vilka mönster framtida utsläpp av växthusgaser kommer följa. Ökningen av medeltemperaturen kommer dock innehålla regionala variationer där uppvärmningen kommer att vara störst över land och på de mest nordliga breddgraderna. Ökningen av den globala medeltemperaturen kommer även att generera en ökning av extrema händelser såsom värmeböljor och kraftiga skyfall. Klimatforskare vid SMHI förutspår att temperaturer som under slutet av 1900-talet återkom ungefär var 20 år kommer att kunna uppmätas var eller vart annat år i Sydeuropa och var 3:e till var 5:e år i norra Europa i slutet av detta århundrade (3). Att antalet perioder med extrem värme har ökat kan med stor sannolikhet också tillskrivas de av människor utsläppta växthusgaserna (4).

### **Referenser**

Intergovernmental Panel on Climate Change 2007: Synthesis Report. Summary for Policymakers: Intergovernmental Panel on Climate Change; 2007.

IPCC. Climate Change 2007 - The Physical Science Basis: Working Group I Contribution to the Fourth Assessment Report of the IPCC. Solomon S, Qin D, Manning M, Chen Z, Marquis M, Averyt KB, et al, editors. Cambridge, UK and New York, NY, USA: Cambridge University Press; 2007.

Nikulin G, Kjellström E, Hansson ULF, Strandberg G, Ullerstig A. Evaluation and future projections of temperature, precipitation and wind extremes over Europe in an ensemble of regional climate simulations. *Tellus A* 2011; 63(1): 41-55.

Stott PA, Stone DA, Allen MR. Human contribution to the European heatwave of 2003. *Nature*. 2004 Dec 2; 432(7017): 610-614.

### 2.2 Hälsa och värmekänslighet

För att på ett effektivt sätt kunna arbeta med förbyggande åtgärder, såsom varningssystem och organisatoriska förändringar vid värmeböljor, är det av yttersta vikt att kunna identifiera de utsatta grupperna. Syftet med denna korta översikt är att beskriva de grupper i samhället som har identifierats som mest utsatta för extrem värme och värmeböljor, hur dessa grupper påverkas av extrema temperaturer och vilka skyddsåtgärder och förebyggande åtgärder som kan tänkas vidtas.

Värmens negativa effekter på vår hälsa är oftast orsakade av värmen i sig, vilket innebär att dessa effekter märks tämligen snabbt efter uppkomsten av en värmebölja (Rocklöv & Forsberg, 2008). De negativa effekterna av värme och värmeböljor på människors hälsa omfattar ett vitt spektra från relativt milda symtom, såsom uttorkning och nedsatt allmäntillstånd, till mer allvarliga symtom såsom kramper och värmeslag (Frumkin, 2002). När människokroppen utsätts för höga temperaturer, försöker den reglera den inre temperaturen genom att öka hjärtfrekvensen och omfördela blod till huden där värme avleds och genom att öka svettningen (Worfolk, 2000). En ökad livslängd, framförallt i Västeuropa, har snabbt ökat antalet äldre i befolkningen, vilket leder till att andelen med kronisk sjukdom har eskalerat. Det är bland annat i dessa grupper som effekterna av värme har störst påverkan.

De epidemiologiska studier som har undersökt effekten av värme på känsliga grupper visar i vissa fall en ganska enhetlig bild, t.ex. finner flertalet att den äldre befolkningen drabbas i en större utsträckning vid värmeböljor än den yngre, medan bevisen för andra grupper är betydligt mer svårtolkade. Exempelvis finns det ett antal studier som visar på att kvinnor skulle vara drabbade i större utsträckning än vad män är, medan andra studier inte finner någon sådan skillnad. Det är viktigt att ha i åtanke när man läser om studierna nedan, att det i den epidemiologiska bevisföringen inte alltid finns engångsämmande samstämmighet. I majoriteten av de ingående studierna undersöktes relationen mellan temperatur och dödlighet, men det finns även studier som fokuserade på relationen mellan temperatur och sjuklighet eller vårdfall. Eftersom fokus för denna översikt är att identifiera negativa effekter hos utsatta grupper, såväl dödlighet som ökad sjuklighet, så är skillnaderna i använd studiedesign inte av betydelse. Resultaten kommer i stället att presenteras och kommenteras för de sårbara grupper som vi identifierat i litteraturen.

### **Ålder och kön**

Ett flertal studier har visat att den äldre befolkningen, vilken i de flesta studier definieras som befolkningen över 65 års ålder, är bland de mest känsliga grupperna. En ökad risk att avlida på grund av värmeböljor och förhöjda temperaturer har rapporterats, där denna risk även befanns öka med åldern (Kovats & Hajat, 2008; Basu, 2009). Ytterligare bevis för ökad dödlighet hos den äldre befolkningen i anknytning till förhöjda temperaturer och värmeböljor stödjer uppfattningen att äldre tillhör de mer utsatta grupperna (Kenny et al, 2010; Oudin Åström et al, 2011). Dessutom har betydande kortsiktiga effekter av förhöjda temperaturer på sjuklighet bland befolkningen över 65 år rapporterats (Oudin Åström et al, 2011; Ye et al, 2012). Ökad dödlighet och sjuklighet är inte bara ett problem hos de äldre utan kan även vara ett problem i ett tidigare skede i livet (Basu & Ostro, 2008).

Bevisen för att kön modifierar effekten av värme på mortalitet är motsägelsefulla. Ett stort antal studier har analyserat män och kvinnor för sig och båda könen har visat sig vara mer sårbara än det motsatta könet. Men kvinnor har i större utsträckning än män rapporterats vara drabbade. Denna skillnad kan eventuellt antas bero på skillnaderna i livslängd mellan män och kvinnor eftersom en hel del studier inte har justerat för åldersskillnader (Martiello & Giacchi, 2010).

### **Hälsotillstånd**

Ett nedsatt hälsotillstånd, både fysiskt och mentalt, har visat sig påverka känsligheten för förhöjda temperaturer. Då ett stort antal olika fysiologiska och mentala funktionshinder undersökts kommer dessa att redovisas separat.

#### *Respiratoriska sjukdomar*

De epidemiologiska bevisen för en ökad känslighet för förhöjda temperaturer bland personer med luftvägssjukdomar, som astma eller kronisk lungsjukdom, är ganska omfattande. Ett stort antal studier där ett samband mellan höga temperaturer/värmeböljor och ökad dödlighet och/eller sjuklighet på grund av respiratoriska orsaker funnits är publicerade. (Bouchama et al, 2007; Basu, 2009; Hajat et al, 2010; Kenny, 2010; Oudin Åström et al, 2011; Ye et al, 2012). Ett antal studier

kontrollerar dessutom för nivåer av luftföroreningar för att försöka separera effekten av exponering för värme och exponering för luftföroreningar.

#### *Hjärt-och kärlsjukdom och metabolisk sjukdom*

Omfattande epidemiologiska belägg för ökad sårbarhet vid förhöjda temperaturer fanns även bland personer med hjärt-kärlsjukdom. Även här går det att referera till ett omfattande antal studier där ett samband mellan höga temperaturer/värmeböljor och ökad mortalitet och/eller morbiditet i hjärt-kärlsjukdom funnits (Bouchama et al, 2007; Kovats & Hajat, 2008; Basu, 2009; Kenny et al, 2010; Oudin Åström et al, 2011).

Cerebrovaskulär sjukdom har funnits vara associerad med ökad risk för dödlighet vid förhöjda temperaturer (Stafoggia et al, 2008; Basu & Ostro, 2008).

En omfattande genomgång av studier som enbart fokuserar på sambandet mellan hög temperatur och hjärtinfarkt visade att 7 av 13 studier rapporterade en relation mellan förhöjda temperaturer och statistiskt signifikant ökade risker att drabbas av hjärtinfarkt (Bhaskaran et al, 2009).

Personer som lider av diabetes har en förhöjd risk att avlida under värmeböljor. Statistiskt signifikant förhöjda risker bland diabetiker att dö på en varm dag har setts (Schwartz, 2005; Medina Ramon & Schwartz, 2007).

#### *Psykiska sjukdomar*

En historia av psykisk sjukdom har förknippats med ökad risk för dödlighet. Dessutom har följande sjukdomstillstånd visat sig leda till en signifikant ökad risk att dö under en dag med temperaturer på 30° C i förhållande till en dag med temperaturer på 20° C: depression, psykiska störningar och cirkulationsstörningar i hjärnan. (Schwartz, 2005; Stafoggia et al, 2006; Bouchama et al, 2007; Stafoggia et al, 2008).

#### *Beroende av vård och mediciner*

Värmeextremer leder till att personer med nedsatt hälsotillstånd har en förhöjd risk att avlida, denna risk ökar dessutom när graden av beroende ökar (Kovats & Hajat, 2008; Hajat et al, 2010; Martiello & Giacchi, 2010; Oudin Åström et al, 2011). Patienter som vårdas på sjukhus (Stafoggia et al, 2008), bor på vårdhem (Klenk et al, 2010; Hajat et al, 2007) eller är sängliggande (Bouchama et al, 2007) har alla en förhöjd risk att avlida på dagar med temperaturer över vissa tröskelnivåer.

Vissa läkemedel, särskilt diuretiska och psykofarmaka, har förknippats med ökad risk för mortalitet och morbiditet vid höga temperaturer (Kovats & Hajat 2008, Hajat et al, 2010). Att stå på antidepressiva eller antipsykotiska läkemedel visade sig under värmeböljan i Frankrike 2003 vara relaterat till en förhöjd risk att avlida. Effekten av ångstdämpande läkemedel minskade dessutom under värmeböljor jämfört med vanliga dagar (Nordon et al, 2009).

#### **Social situation**

Att leva ensam eller att bo på översta våningen visade sig bidra till värmekänslighet (Vandentorren et al, 2006). Viss motståndighet finns dock, inga modifierande effekter vid värmeböljor av att leva ensam eller att bo i en lägenhet har heller rapporterats (Hajat et al, 2007).

Negativa effekter av att tillhöra en utsatt socialgrupp har funnits i framförallt USA, (Curreiro et al, 2002) medan man i Europa inte finner några större bevis för att socioekonomiska skillnader skulle modifiera risken att avlida under värmeböljor (Hajat et al, 2007). En låg inkomst ökar dock sannolikheten att tillhöra andra riskgrupper, vilka är kända för att modifiera risken för värmerelaterad dödlighet. Till dessa riskgrupper hör kroniska sjukdomar, fetma och att bo i undermåliga bostäder

(Kovats & Hajat 2008).

### **Faktorer förknippade med minskad risk**

Lyckligtvis är värmerelaterad dödlighet och sjuklighet möjlig att förebygga och ett antal skyddsåtgärder kan vidtas, både på samhälls- och individnivå. På individnivå identifierade Kovats & Hajat (2008) ett antal faktorer som är förknippade med minskad risk för värmerelaterad dödlighet i deras meta-analys. Att ha luftkonditionering i hemmet eller att besöka utrymmen där sådan fanns var skyddande. Att vara socialt aktiv är något som ytterligare visat sig vara en skyddande faktor (Bouchama et al, 2007). Ytterligare faktorer som är förknippade med minskad risk för värmerelaterad dödlighet/sjuklighet är tillgång till sociala nätverk och transporter (Kenny et al, 2010).

### **Personlighet och riskuppfattning**

Även om åtgärder kan vidtas för att minska värmerelaterad dödlighet och sjuklighet är det viktigt att komma ihåg att även den mänskliga kognitionen måste beaktas, och främst då individens upplevelser och tolkning. I en engelsk intervjustudie svarade äldre människor att de inte upplevde någon negativ effekt av värmeböljor och majoriteten svarade att de hade vidtagit lämpliga åtgärder för att minska de negativa effekterna av värme. Många av de tillfrågade tillhörde någon av de ovan identifierade riskgrupperna, trots detta var det få som ansåg sig vara gamla eller befinna sig i riskzonen. Däremot kändes de vid en ökad risk hos andra äldre personer (Abrahamson et al, 2009). Detta implicerar att hur information om risker konstrueras och kommuniceras är viktiga faktorer för att en riskanpassning vid värmeböljor ska kunna ske på ett effektivt sätt.

### **Referenser**

- Abrahamson V, Wolf J, Lorenzoni I et al. Perceptions of heatwave risks to health: interview-based study of older people in London and Norwich, UK. *Journal of Public Health (Oxf)*. 2009; 31(1): 119-126.
- Basu R, Ostro BD. A multicounty analysis identifying the populations vulnerable to mortality associated with high ambient temperature in California. *American Journal of Epidemiology*. 2008 Sep 15; 168(6): 632-7.
- Basu Rupa. High ambient temperature and mortality: a review of epidemiologic studies from 2001 to 2008. *Environmental Health* 2009; 8: 40.
- Bhaskaran K, Hajat S, Haines A et al. Effects of ambient temperature on the incidence of myocardial infarction. *Heart* 2009; 95: 1760-1769.
- Bouchama A, Dehbi M, Mohamed G et al. Prognostic factors in heat wave related deaths: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167(20): 2170-2176.
- Curreiro FC, Heiner KS, Samet JM et al. Temperature and mortality in 11 cities of the eastern USA. *American Journal of Epidemiology* 2002;155, No. 1.
- Frumkin H. Urban sprawl and public health. *Public Health Reports* May-June 2002. Vol 17.
- Hajat S, Kovats RL, Lachowycz K. Heat-related and Cold-related deaths in England and Wales: who is at risk? *Occupational Environmental Medicine* 2007; 64: 93-100.
- Hajat S, O'Connor M, Kosatsky T. Health effects of hot weather: from awareness of risk factors to effective health protection. *Lancet* 2010; 375: 856-863.

Kenny GP, Yeardley J, Brown C. Heat stress in older individuals and patients with common chronic diseases. *CMAJ* 2010; 182(10): 1053-1060.

Klenk J, Becker C, Rapp K. Heat related mortality in residents of nursing homes. *Age and Ageing* 2010 Mar; 39(2): 245-52.

Kovats RS, Hajat S. Heat Stress and Public Health: A Critical Review. *Annual Review of Public Health* 2008; 29: 41-55.

Martiello MA, Giacchi MV. High temperatures and health outcomes: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health* 2010 Dec; 38(8): 826-37.

Medina-Ramon M, Schwartz J. Temperature, temperature extremes, and mortality: a study of the acclimatisation and effect modification in 50 US cities. *Occupational Environmental Medicine* 2007; 64: 827-833.

Nordon C, Martin-Latry K, de Roquefeuil L et al. Risk of death related to psychotropic drug use in older people during the European 2003 heat wave: a population-based case-control study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2009 Dec; 17(12): 1059-67.

Oudin Åström D, Forsberg B, Rocklöv J. Heat wave impact on morbidity and mortality in the elderly population: A review of recent studies. *Maturitas* 2011; 69: 99-105.

Rocklöv J, Forsberg B. The effect of temperature in mortality in Stockholm 1998 – 2003: a study of lag structures and heatwave effects. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36: 516-23.

Schwartz J. Who is sensitive to extremes of temperatures: A case-only analysis. *Epidemiology* 2005; 16: 67-72.

Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D et al. Factors affecting in-hospital heat-related mortality: a multi-city case-crossover analysis. *Journal of Epidemiologic and Community Health* 2008 Mar; 62(3): 209-15.

Stafoggia M, Forastiere F, Agostini D et al. Vulnerability to Heat-related Mortality: A Multicity, Population-Based, Case-Crossover Analysis. *Epidemiology* 2006; 17: 315–323.

Vandentorren S, Bretin P, Zeghoun A et al. "August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *European Journal of Public Health* 2006; 16(6): 583-591.

Worfolk J.B, Heat Waves: Their Impact on the Health of Elders. *Geriatric Nursing* 2000; 21: 70-7.

Ye, X., Wolff, R., Yu, W. et al. Ambient temperature and Morbidity: A Review of the Epidemiological Evidence. *Environmental Health Perspectives* 2012; 120(1): 19-28.

## **2.3 Bostad och boendemiljö**

### **Stadens varmare klimat**

Städer är normalt varmare och mindre blåsiga än det omgivande landskapet. Städernas ”varmare klimat” beror främst på den större värmelagring som kan ske i byggnader, gator, trottoarer mm, begränsat med vegetation som kan skugga och avge fukt samt aktiviteter som trafik och eldning vilket genererar värme (Smith & Levermore, 2008; Thorsson, 2012). Fenomenet kallas den ”urbana

värmeön” (engelska: ”urban heat island”). Denna är som mest uttalad i städernas centrala delar och särskilt under nätter och kvällar genom att staden avkyls mer långsamt än omgivningarna. Grönytor, vattendrag och öppna platser blir svalare områden inom stadens värmeö. Under klara och vindstilla nätter kan temperaturen inne i en större stad vara mer än tio grader högre än i det omgivande landskapet (Oke, 1987; Wilby, 2003). I en studie från Nederländerna var samhällenas maximala värmeöar i genomsnitt drygt två grader (Steenveld et al, 2011).

Man kan säga att städernas värmeöar påverkas av tre typer av faktorer: klimatet (temperatur, solljus och vindförhållanden), strukturerna (landskapet, bebyggelsen, grön- och vattenytor etc.) samt modifierande faktorer (värmeskapande aktiviteter, skuggande träd mm).

Gatornas orientering i förhållande till vindriktningen har betydelse för luftutbyte och avkylning, där 45 graders vinkel mot dominerande vindriktning anses mest optimalt (Smith & Levermore, 2008). Grönområden förstärker vindens avkylande effekt (Eliasson & Upmanis, 2000).

I en studie från New York undersöktes sambandet mellan grönstrukturer och temperatur och man rapporterade att områden med mycket grönska hade i genomsnitt två grader lägre temperatur än områden med lite grönska (Susca et al, 2011).

Under sommaren kan temperaturen inomhus i vissa bostäder bli mycket högre än utomhus. En studie av 75 bostäder i Montreal under juli 2005 (Smargiassi et al. 2008) fann linjära samband mellan utomhustemperaturen, yttemperaturen de senaste 24-72 timmarna och inomhustemperaturen. Gradienterna i yttemperatur baserades på en värmekarta med 120\*120 m upplösning tagen en eftermiddag i slutet av studien från en satellit vid klar väderlek. Med bara variationen i utomhustemperatur kunde endast 20 % av variationen i inomhustemperatur som timmedelvärde förklaras. När man tog med byggnadstypen och värmekartan i modellen kunde 54 % av variationen i temperatur förklaras. Mätningarna visade att det var varmast inne i stora byggnader.

I en studie av äldre personers bostäder i Detroit juni-augusti 2009, där 53 % hade luftkonditionering, uppmättes temperaturer upp till 35 grader inomhus (White-Newsome et al, 2011). Generellt sett var det varmast var i höga, äldre byggnader av tegel i innerstaden med central luftkonditionering, men hög värme påverkade mer inomhustemperaturen i villor av lättare konstruktion samt hus utan luftkonditionering. Matrummet var vanligen det varmaste rummet.

I en studie från Baltimore, Maryland (USA) konstaterades att gradienterna i den lokala yttemperaturen enligt en satellitbaserad värmekarta från en juliförmiddag korrelerade negativt med inkomst och utbildning och positivt med andelen fattiga och gamla samt med kriminalitet (Huang G et al, 2011). Sådana samband kan troligen förstärka effekterna under en värmebölja, men de kan troligen också försvåra fastställandet av orsakssambanden.

### **Faktorernas samband med risken**

En studie av nordöstra Tyskland, inklusive Berlin, omfattande 17 år och två påtagliga värmeböljor 1994 och 2006, fann att dödligheten under värmeböljorna ökade mest i storstaden Berlin och dess inre tätbebyggda delar (Gabriel et al, 2011).

Analyser av värmens effekter på dagligt antal dödsfall i Montreal somrarna 1990-2003 gjordes med uppdelning av staden i varmare och svalare områden (bl.a. vid 75-percentilen) utifrån satellitbaserade värmekartor med yttemperaturen från två tillfällen (Smargiassi et al, 2009). Man fann att dödligheten ökade kraftigare med temperaturen vid dygnsmedeltemperaturer över 20° C, och att riskökningen i de varma områdena var ungefär dubbelt så stor per grad högre temperatur vid flygplatsen.

För värmeböljan i Paris 2003 har temperaturen i området runt byggnaden konstaterats påverka risken enligt en analys baserad på ytemperatur enligt satellitdata (Vandentorren et al, 2006). Skillnaderna inom Paris var nära fyra grader, och i detta fall bedömdes riskökningen vara fördubblad per grad högre temperatur (Vandentorren et al, 2006). En senare analys med satellitdata fann att medelvärdet av dygnets lägsta (natt) ytemperatur vid bostaden under de senaste sex dygnen och under hela värmeböljan påverkade äldres risk att dö under värmeböljan (Laaidi et al, 2012).

Ett fåtal studier som jämfört effekterna på många platser i USA samt en studie från Italien (Conti et al, 2005), har funnit att dödligheten tycks öka mer på platser som vanligtvis inte är så varma. Dessa platser är ofta också de som har en stor variation i temperatur under sommaren.

I en översiktsartikel som jämför litteraturen kring samhälleliga och sociala faktorer som påverkar risken att bli sjuk eller avlida under en värmebölja med vad som behandlas i handlingsplaner för att minska riskerna med värmeböljor, konstateras att dessa faktorer sällan nämns i handlingsplanerna (Yardley et al, 2011). Epidemiologiska studier har visat att social isolering, socioekonomisk situation, etnisk tillhörighet och grannskapets karaktär påverkar riskökningen under en värmebölja. Den förhöjda risken för socialt isolerade och ensamstående har beskrivits från flera platser, bl. a. Chicago och Paris (Bouchama et al, 2007).

Betydelsen av etnisk tillhörighet har studerats vid flera tillfällen i USA, men resultaten skiljer sig, vilket kan sammanhålla med hur etnisk grupp korrelerar med andra faktorer som boendestandard och tillgång till luftkonditionering i olika städer (Yardley et al, 2011). En områdesfaktor som nämns i vissa studier är trygghet, eller omvänt kriminalitet, vilket påverkar äldre personers syn på att bo på bottenvåningen och benägenhet att vädra sina bostäder.

Uejio et al (2011) studerade skillnader i effekter av extrem värme mellan statistikområden inom Philadelphia och Phoenix. I Philadelphia sågs inte någon större ökning av dödligheten i områden med högre ytemperaturer, medan i Phoenix ökade hjälpsamtalen mer från sådana områden än andra. I Philadelphia ökade dödligheten mer i områden med ett äldre fastighetsbestånd och fler tomma lägenheter. Områden med hög befolkningstäthet, fler isolerade och fler tomma lägenheter gav högre ökning av antalet hjälpsamtal i Phoenix.

I områden med sämre socioekonomisk situation ses dock inte alltid större effekter på dödligheten under värmeböljor. Exempelvis användes i en studie av London, Milano och Budapest ett index för olika stadsdelars grad av "fattigdom" och i den studien fann man ingen betydelse av områdets fattigdom för värmens effekter på ökningen av antal dödsfall (Ishigami et al, 2008).

Efter den svåra värmeböljan som orsakade omkring 15000 dödsfall i Frankrike 2003 genomförde institutet InVS en fall-kontrollstudie för att identifiera riskfaktorer för äldre personer med eget boende. Oförmåga att ta sig från lägenheten, dålig isolering i byggnaden och sovrum på översta våningen, direkt under taket, var utöver dålig hälsa de viktigaste riskfaktorerna som konstaterades (Lorente et al, 2005; Vandentorren et al, 2006).

En litteraturöversikt som beskriver resultaten i studier angående riskpåverkande faktorer under värmeböljor identifierade flera skyddande faktorer: luftkonditionering hemma, att ha besökt luftkonditionerade lokaler, sociala kontakter och att ha duschat mer än en gång om dagen (Bouchama et al, 2007).

### **Referenser**

Bouchama A, Dehbi M, Mohamed G et al. Prognostic factors in heat wave related deaths: a meta-analysis. Archives of Internal Medicine 2007 Nov 12; 167(20): 2170-6.

- Conti S, Meli P, Minelli G et al. Epidemiologic study of mortality during the Summer 2003 heat wave in Italy. *Environmental Research* 2005 Jul; 98(3): 390-9.
- Eliasson I, Upmanis H. Nocturnal outflow from urban parks—implications for the city ventilation. *Theoretical and Applied Climatology* 2000; 66: 95–107.
- Gabriel KM, Endlicher WR. Urban and rural mortality rates during heat waves in Berlin and Brandenburg, Germany. *Environmental Pollution* 2011; 159: 2044-50.
- Huang G, Weiqi Z, Cadenasso ML. Is everyone hot in the city? Spatial pattern of land surface temperatures, land cover and neighborhood socioeconomic characteristics in Baltimore, MD. *Journal of Environmental Management* 2011; 92: 1753-1759.
- Ishigami A, Hajat S, Kovats RS et al. An ecological time-series study of heat-related mortality in three European cities. *Environmental Health* 2008 Jan 28; 7:5.
- Laaidi K, Zeghnoun A, Dousset B et al. The impact of heat islands on mortality in Paris during the August 2003 heat wave. *Environmental Health Perspectives* 2012 Feb; 120(2): 254-9.
- Oke TR. *Boundary Layer Climates*. Routledge, London, 1987.
- Smargiassi A, Fournier M, Griot C, Baudouin Y, Kosatsky T. Prediction of the indoor temperatures of an urban area with an in-time regression mapping approach. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology* 2008; 18: 282–288.
- Smith C & Levermore G. Designing urban spaces and buildings to improve sustainability and quality of life in a warmer world. *Energy Policy* 2008; 36: 4558–4562.
- Steenefeld, G. J., S. Koopmans, B. G. Heusinkveld, L. W. A. van Hove, and A. A. M. Holtslag (2011), Quantifying urban heat island effects and human comfort for cities of variable size and urban morphology in the Netherlands, *Journal of Geophysical Research*. 116, D20129, doi:10.1029/2011JD015988.
- Susca T, Gaffin SR, Dell'osso GR. Positive effects of vegetation: urban heat island and green roofs. *Environmental Pollution* 2011 Aug-Sep; 159(8-9): 2119-26.
- Thorson S. Stads klimatet – Åtgärder för att sänka temperaturen i bebyggda områden. Göteborgs universitet och FOI, FOI-R—3415—SE, mars 2012.
- Uejio CK, Wilhelmi OV, Golden JS et al. Intra-urban societal vulnerability to extreme heat: the role of heat exposure and the built environment, socioeconomics, and neighborhood stability. *Health Place* 2011; 17(2): 498-507.
- Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A et al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *European Journal of Public Health* 2006; 16: 583–591.
- White-Newsome JL, Sánchez BN, Jolliet O, Zhang Z, Parker EA, Dvonch JT, O'Neill MS. Climate change and health: indoor heat exposure in vulnerable populations. *Environmental Research* 2012 Jan; 112: 20-27.
- Wilby RL. Past and projected trends in London's urban heat island. *Weather* 2003; 58: 251–260.

Yardley J, Sigal RJ, Kenny GP. Heat health planning: The importance of social and community factors. *Global Environmental Change* 2011; 21: 670–679.

## 2.4 Förebyggande åtgärder

Åtgärderna för att minska stadens värmeö och värmeböljornas effekter på människor brukar ibland delas in i ”mjuka åtgärder” (information, varningssystem för värmeböljor, insatser för känsliga grupper), ”gröna åtgärder” (göra staden till en grönare miljö) och ”tekniska åtgärder” (skuggande konstruktioner, modifiering av väggar, kylning/luftkonditionering inomhus etc.), vilka kompletterar varandra (EEA, 2012).

I vissa varma regioner har länge städer och bebyggelse anpassats för att undvika sommarhettan. Det handlar om reflekterande hus, utnyttjandet av havsbris, gatornas orientering, dammar och fontäner, träd och parker etc. Dessa åtgärder kan naturligtvis användas även i Sverige. Trädalléer och parker som ger skugga bör helst få utrymme redan vid planeringen. Samtidigt måste man komma ihåg att det handlar om en balansgång, där solinstrålningen kan vara välkommen under mindre varma delar av året. Närhet till parker och grönytor har visat sig ha en positiv effekt på hälsan även mer generellt. Kortaste avståndet till en trygg plats för äldre som ger möjlighet att sitta utomhus skuggad av träd skulle kunna vara en relevant indikator.

### Byggnadstekniska åtgärder

Att vårdinrättningar har luftkonditionering eller fjärrkyla blir allt vanligare, men sjukhem och äldreboenden i Sverige saknar ofta kylning. I Englands värmeskyddsplan anges också att äldreboenden ska ha en samlingslokal som inte blir varmare än 26 grader, vilket kräver någon form av luftkonditionering.

Eftersom traditionell luftkonditionering förbrukar mycket elenergi finns idag ett intresse för ”passiv kylning” av byggnader. I England har man med tanke på framtidens allt varmare somrar simulerat vilka effekter olika förändringar av bl.a. typiska engelska 2-plans ”radhus” resulterar i (Porritt et al, 2011). Forskarna fann att bättre utvändigt isolering av ytterväggar, yttre solskydd och ljusa fasader var de mest effektiva åtgärderna. Ljusare och bättre isolerade tak, liksom solskydd inomhus gav mindre effekter. Inom projektet CREW har en mängd forskargrupper medverkat och man har tagit fram ett verktyg som ger råd till den som vill bygga anpassat för att undvika att bostäder blir för varma sommardag http://www.iesd.dmu.ac.uk/crew/.

### Klimatanpassning i Sverige

Klimatarbete i svenska kommuner, exempelvis klimatkommunerna ([www.klimatkommunerna.se](http://www.klimatkommunerna.se)) har ofta främst inneburit fokus på åtgärder för att minska utsläpp av klimatpåverkande föroreningar. I den mån man i Sverige arbetat med klimatanpassning inom lokal och regional planering, handlar det oftast om nederbörd och risk för översvämningar och ras. Det under 2012 avslutade forskningsprogrammet Climatools utgör ett undantag där hälsoriskerna i samband med värmeböljor fått stort utrymme och framtagna verktyg och underlag nått ut till intresserade regioner och kommuner ([www.climatools.se](http://www.climatools.se)).

I redovisningen av regeringsuppdraget om värmeböljor tar Socialstyrelsen (2011) upp vissa tekniska åtgärder. Man nämner särskilt solskydd/solavskärmning (markiser, persienner, parasoller, plantering av skuggande träd) som enkla men inte så kostsamma åtgärder vid vårdinrättningar. Eftersom kylsystem och luftkonditionering kräver större investeringar och långsiktig planering ses de som viktiga att ha i åtanke vid renoveringar och nybyggnation av sjukhus och andra vårdinrättningar.

Redan Klimat- och sårbarhetsutredningen (2007) föreslog att avkylningsmöjligheter på akut-, intensiv-, och hjärtavdelningar borde införas som standard över hela landet och att behovet av kylning för andra lokaler bör inventeras.

Beträffande information skriver Socialstyrelsen att årligen, inför sommarperioden, borde man kunna skapa medvetenhet och öka kunskapen om hanteringen av värme genom ett förberedande arbete där man lokalt inom vård och omsorg arbetar fram skriftliga material i form av information, checklistor, handlingsplaner, rutinbeskrivningar, FAQ och information på egna och gemensamma webbplatser.

Man skriver vidare: ”Råd och instruktioner till vård och omsorg, t.ex. socialtjänst, hemtjänst, olika former av äldreomsorg och vård av förståndshandikappade, förskolor, dagbarnvårdare med flera, bör utformas i varje kommun och landsting alternativt län/region beroende på organisationsstrukturer och hur samarbetet är utformat.”

Redan Klimat- och sårbarhetsutredningen (2007) exemplifierade särskilt behovet av en handlingsplan för hur hemtjänsten kan hjälpa utsatta grupper i samband med en värmebölja.

Socialstyrelsen (2011) skriver också i sin redovisning: ”Kunskapsunderlag till vårdgivare inom vård, omsorg och socialtjänst bör utformas på nationell nivå. Regionala och lokala vårdgivare kan då utifrån detta skapa sin egen information för spridning på lämpligt sätt via till exempel webbplatser.”

Kontakter med Socialstyrelsen under våren 2012 visar att inget sådant arbete med kunskapsunderlag och råd om åtgärder till skydd mot farlig värme tycks ha kommit igång.

### **Referenser**

EEA (2012) Challenges and opportunities for cities together with supportive national and European policies. Report No 2/2012.

Klimat- och sårbarhetsutredningen: Sverige inför klimatförändringarna – hot och möjligheter, SOU 2007:60.

Porritt S, Shao L, Cropper P et al. Adapting dwellings for heat waves. *Sustainable Cities and Society*. 2011; 1: 81–90.

Socialstyrelsen. Effekter av värmeböljor och behov av beredskapsåtgärder i Sverige. Redovisning av ett regeringsuppdrag, april 2011, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

## **3. Intervjustudie**

### **3.1 Syfte**

Syftet med delstudien var att inhämta information om hur personal inom vård och omsorg upplever arbetet med vårdtagarna under värmeböljor, hur personalen upplever att vårdtagarna påverkas av värmeböljor och hur personalen tycker att vårdtagarnas boendemiljö fungerar under värmeböljor. Ytterligare syften var att inhämta personalens syn på vad som är riskfaktorer för att vårdtagarnas ska påverkas negativt av värmeböljor, vilka åtgärder som kan reducera risken (både med avseende på boendemiljön men även via stöd/omsorg), vad som utgör hinder för åtgärder samt vad som kunde underlätta utförande av åtgärder.

### **3.2 Metod**

Som datainsamlingsmetod genomfördes 20 semistrukturerade intervjuer med omvårdnadspersonal i Botkyrka kommun. Med semistrukturerade frågor avses att ett antal strukturerade frågor ställs till den intervjuade, för att följas upp med unika frågor för varje informant givet dennes svar. Semistrukturerade intervjuer är en lämplig teknik för att blottlägga den intervjuades mentala representationer över ett empiriskt fenomen (Shadbolt and Burton, 1995; Wood and Ford, 1993).

## Urval

Personalen som intervjuades utgjordes av undersköterskor, enhetschefer, TES-planerare (trygghet, enkelhet, säkerhet), samordnare och en sjuksköterska under oktober 2011 i Botkyrka kommun. Urvalet baserades på tillgänglighetsprincipen. Intervjudeltagarna tillfrågades via deras chefer om deltagande, där både personal som arbetade inom hemtjänst (n=10) och på särskilda boenden (n=10) deltog (Tabell 1).

**Tabell 1. Sammanställning över intervjuad personal uppdelad på boende/hemtjänst samt personalkategori.**

Personalkategori	Äldreboende	Hemtjänst	Summa
Chef	3	1	4
Sjuksköterska	1	-	1
Projektsamordnare	-	1	1
Undersköterska	4	5	9
Vårdsbiträde	2	1	3
TES-planerare		2	2
<b>Summa</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>

Intervjuerna utfördes ansikte mot ansikte i ett avskilt rum på de intervjuades arbetsplatser och varade mellan 36 minuter och 75 minuter.

## Material och datainsamling

Intervjun bestod av 19 övergripande frågor exklusive följdfrågor som uppkom beroende på den intervjuades svar (se Bilaga 1). Intervjuformuläret bestod av frågor gällande värmeböljor, effekter av värmeböljor, vårdtagarnas boendemiljö, stöd/omsorg. Intervjuformuläret pilottestades på personal inom vård- och omsorg (n=7) och utvecklades ytterligare under testperioden. Diktafon användes för inspelning av intervjuerna.

## Dataanalys

Alla betydelsebärande och relevanta enheter i det inspelade intervjumaterialet transkriberades till text. OP Code 3.6 användes för analysering av data. Intervjuerna lyssnades igenom och anteckningar lästes för att få ett helhetsintryck av materialet. Kategorier och underkategorier skapades utifrån återkommande teman som återfanns i texten, s.k. innehållsanalys (Kassarjian, 1977). Det utskrivna intervjumaterialet kodades in under relevanta kategorier och korrekturlästes därefter. Det innebar att yttranden som berörde exempelvis kategorin "Risker" men som den intervjuade gav som svar på en annan fråga, kodades in under kategorin "Risk". Fördelen med angreppssättet är att information inte går till spillo. Även om den intervjuade inte ger ett svar på den direkta frågan om t.ex. effekter för äldre kan den intervjuade ge information som rör effekter under en annan fråga. Ytterligare en person kodade fem intervjuer, korrektionen (omkodning) uppskattades till mindre än 5 %.

## Resultatredovisning

I resultatredovisningens kvalitativa avsnitt redovisas inte frekvenser. Det innebär att personalgruppen betraktas som en helhet, m.a.o., en intervjuad persons påstående har samma relevans som om 11 intervjuade gör ett påstående. Fördelen med denna form av redovisning är att den variation som finns i upplevelser/tolkningar tas till vara och avspeglar en kollektiv bild av empirin.

Ett antal förkortningar används i resultatredovisningen med syfte att reducera textmassan:

V = vårdtagarna, P = personal, BIS = biståndshandläggare, SSK = sjuksköterska, VB = värmebölja

## Etik

Etiskt tillstånd har inte ansökts för genomförandet av denna studie.

## 3.3 Resultat

Tabell 2 visar en sammanställning över personalens svar på frågor om huruvida vissa företeelser förekom eller inte, exempelvis befintliga handlingsplaner.

**Tabell 2. Sammanställning över svarsfrekvens om vissa företeelser förekom eller inte, exempelvis befintliga handlingsplaner för hantering av värmeböljor.**

Fråga	Ja		Nej/Vet ej	
	Personal	Chefer	Personal	Chefer
Informerar personalen/sommarvikarier om värmeböljor?	7	3	9	1
Finns det någon handlingsplan/rutiner för hantera värmebölja?	3	2	13	2
Har du tagit del av genomförandeplaner, uppdateras, genomförs de?	16	4	-	-
Pågår något arbete i kommunen vad gäller värmeböljor?	4	3 (Climatools)	12	1

Som framgår av Tabell 2 så uppger en av de intervjuade cheferna att personal/sommarvikarier inte informeras om värmeböljor, 13 i personalen uppger att det inte finns någon handlingsplan/rutiner för hanteringen av värmeböljor och ingen i personalen uppger att de känner till Climatools, emedan tre av cheferna gör det. Samtlig personal uppger att de tar del av genomförandeplaner.

Box 1 redovisar personalens uttalanden om värmeböljors effekter på vårdtagarna samt på sig själva. Som framgår av Box 1 så reagerar vårdtagarna både fysiskt och psykiskt på värmeböljor, men även personalen.

Personalen uppger att vårdtagarna kan reagera både negativt och positivt, men beskrivningen av negativa effekter är rikare. De uppgivna negativa effekterna är att vårdtagarna främst blir trötta, men även att vårdtagare kan bli förvirrade om de glömmer att dricka, och här uppges dementa vara mest utsatta. Personalen uppger att vårdtagare som inte orkar med värmen blir isolerade i sitt boende och svåra att engagera i aktiviteter samt att de blir svårare att hantera för personalen i och med att de blir

otydliga i sin kommunikation som en effekt av värmen. Uppgivna positiva effekter är att värmen innebär ett socialt lyft och att vårdtagarna kommer ut och träffar fler personer, men det gäller endast för vårdtagare som är så pass pigga att de orkar.

Det personalen uppger som negativa effekter vad gäller dem själva i arbetsmiljön är att värmeböljor innebär ökad belastning både fysiskt och psykologiskt. Den fysiska belastningen beror på att värmen i sig innebär att själva arbetet blir mer fysiskt belastande och får konsekvensen att man inte orkar och hinner utföra lika mycket. Personalen rapporterar att det i sin tur leder till psykologisk belastning, på så sätt att personalen säger att de känner sig otillräckliga, både professionellt och som medmänniska. Personalen säger att de oroar sig för vårdtagarnas status när personalen inte är hos vårdtagarna eller om personalen är hemma. Den positiva effekten som uppges är att det är lätt och trevligt att jobba sommartid.

*Box 1. Sammanfattning av personalens uttalanden om värmeböljors effekter på vårdtagarna samt på sig själva.*

Effekter under värmeböljor	
Effekter hos vårdtagare	<p>P uppger att V: blir trötta, mår dåligt, matta, svaga, håglösa, kraftlösa, långsamma, deprimerade, lättretade, aggressiva, kan inte förflytta sig som vanligt, faller, svettas, tappat aptiten, törstiga, vill inte dricka, svullna i ben/kropp, får lättare sår i bl.a. ljumskar eller under bröst som kan bli infekterade och svåråtläta, får huvudvärk och blir uttorkade. P berättar också att Ä: oftast dör sommartid, får hjärtsvikt, hjärtklappning, upplever en allmän sjukdomskänsla, allmäntillståndet sänks, många skickats in till sjukhus på grund av uttorkning, inte lust att göra mycket och att V går på sparlåga.</p> <p>Konsekvensen kan vara att V blir förvirrande om de dricker för lite, P säger att dementa blir mer förvirrade. P säger att VB är värre för dementa, de är oftast dementa som t.ex. glömmer att dricka. P uppger att V eventuellt upplever att P försöker bestämma över dem, att P daltar på om vätska.</p> <p>P säger vidare att V kan få: dåligt immunförsvar, tryckfall (t.ex. efter att de har suttit), klåda, hår som luktar illa, sämre sömn, men att inte V dör på boendena under VB. P säger även att V äter och dricker och sedan lägger sig, vilar, stannar inne, sover bara, vet inte var de ska ta vägen, blir svåra att hantera och hjälpa för P (på grund av att de blir otydliga i sin kommunikation p.g.a. att V är påverkade av värmen). P säger att V inte kommer ut om det är varmt dagtid trots beviljad promenad för de inte orkar, och att de inte deltar och blir svåra att engagera i aktiviteter.</p> <p>P säger också att det finns V som gillar sol. Andra P berättar att V inte blir sjuka och kanske inte känner sig påverkade av värmen, så länge åtgärder vidtas (t.ex. vätska, solskydd och fläkt). P säger att många V älskar solen och värmen, de mår bra av den, får energi och det blir ett socialt lyft sommartid. De som kan hantera värmen blir gladare, vill vara ute, promenera mera och sitta ute i skuggan en stund. P berättar att V tycker att det är skönt, många längtar ut och vill sitta i solen. P säger att de tycker att det är trevligt och de kommer ut mer vilket är positivt så länge V är skyddade mot solen. P säger även att vissa V känner att det är varmt, och håller sig inne på svala ställen.</p> <p>P berättar att nattetid är det inte någon kris med VB, men det kan tänkas komma att bli det i framtiden. P berättar att media uttalat sig om att V dör under VB. Självt har P inte varit med om dödsfall kopplat till värmebölja berättar P, det vill säga värmeslag och uttorkning i dennes mening. Om någon skulle dö på grund av en värmebölja säger P att SSK eller vårdpersonal skulle upptäcka detta. Sommaren som var upplevdes inte som en värmeböljesommar säger en i P och ändå ringde V och sa att det var olidligt varmt.</p> <p>P berättar också att de ser på V om denne mår dåligt och är trött, de P som jobbat länge och känner V ser hur de mår. P säger att vissa V inte uttrycker det utan att P ser det på kroppsspråket eller att V bara vill ligga ner. P berättar att när de märker att V mår dåligt men inte vill prata om det så pressar de inte Ä, och uppger också att</p>

	<p>det är viktigt att vara observant på de dementa eftersom de inte kan uttrycka sig.</p>
<p>Effekter hos personalen/ personalen i arbetsmiljön</p>	<p>P uppger att VB är besvärliga, det blir det varmt och ingen luft. P uppger att de svettas/blir varma samt att de känner sig ofräscha (t.ex. om de först ska städa hos en V sedan åka med mat till en annan). P säger också att det är jobbigare, ibland olidligt, att arbeta både fysiskt och psykiskt att t.ex. städa, tvätta, handla och att duscha Ä. Städa och tvätta är något P inte gör själva hemma när det är så varmt. P berättar att de håller igång hela tiden och kan inte göra korsdrag för att V fryser. P säger också att de inte får ha linne och kortbyxor vilket gör att det blir väldigt varmt.</p> <p>P säger att om man har dusch hos V vid en temperatur på + 30° C, så man får ingen återhämtning från värmen på rasterna p.g.a. att temperaturen i P-lokalen kan uppgå till + 40 - 50° C en varm dag. En säger att denne aldrig arbetat kommunalt där AC funnits. P rapporterar att bilarna som använda i arbetet blir väldigt varma under sommaren. Bilarna har visserligen AC, men man kör generellt sett så pass korta sträckor att den inte hinner kyla luften. Andra P berättar också att de har möjlighet att svalka sig efter jobbet. P säger att de ofta åker bil ofta och i den finns AC.</p> <p>P berättar att förr glömde de själva att dricka men gav andra vätska och att när man är ute i fält så vill man inte gå och kissa, samt att det inte alltid finns toalett att tillgå. P berättar att det kan vara svårt att ha med sig vätska, en nämner att man kan ta vatten hos V och att man måste komma ihåg att dricka.</p> <p>P säger vidare att de inte mår bra, sväller i kroppen, blir irriterad men visar det inte, okoncentrerade, trötta och får huvudvärk om de glömt att dricka, samt att vissa P är mer känslig för värmen nu än förr. P säger att man själv skulle behöva duscha en gång under dagen när det är som varmast. P uppger att de inte orkar prestera i samma takt, och ska inte orka när det blir så varmt, VB innebär en temposänkning vad gäller utförande av arbetsuppgifterna.</p> <p>P kan inte strunta i att gå till arbetet när det är varmt, därför har de inte samma möjligheter som V att skydda sig mot värmen. Det är bara att gilla läget, hemtjänsten är en påfrestande arbetsmiljö säger P. Vissa P uppger sig vara van med hetta, andra att det är skönt när det är varmt, men mer ansträngande att arbeta. Man berättar att det blir varmt på kontoret men att man då använder fläktar och vädrar.</p> <p>P berättar att värmen påverkar möjligheten hjälpa V att P känner sig otillräckliga, både professionellt och som medmänniska. P uppger att om något extraordinärt inträffar (t.ex. att P hamnar i diskussion med någon anhörig) så har P inte samma tålamod, samt att kan kännas jobbigt att gå till vissa V där det är tyngre insatser. Andra vissa P säger att deras mående vid värme inte påverkar hur P utför sitt arbete gentemot Ä.</p> <p>P berättar att de inte tror att P:s mående påverkar stödet till Ä, man säger också att det inte ska påverkas, en av dem nämner att det är för att P inte visar V hur de mår. Andra vet inte hur det påverkar möjligheten till att ge stöd. 2 P (chefer) nämner att hur de mår inte påverkar deras möjlighet att ge P stöd. En chef nämner att denne blir påverkad men det är inget stort problem utan då sätter denne dit en fläkt.</p> <p>P säger att de oroar sig för Ä:s status när de inte är där eller om de är hemma: om de har stöd/anhöriga, om det bara är hemtjänsten som besöker Ä, om V tar sig upp, om V dricker, för hjärtsjuka V och för V som börjat minska i vikt samt om V ska dö. Vissa P säger att P inte uttrycker oro, de måste arbeta professionellt. Andra P oroar sig inte för Ä, en säger att de eventuellt kommer att göra det i framtiden om klimatet förändras. P säger också att de inte kan oroa sig för det skulle sprida oro bland V, att livet går vidare oavsett temperatur.</p> <p>Andra P säger att de klarar VB och att det inte är olidligt, de inte mår dåligt, de gillar sommaren, en har levt utomlands och lärt sig hantera värme. P nämner att det är skönt, man kan gå i T-shirt och det tar inte tid att klä av sig som på vintern, en annan P nämner att denna inte påverkas nu då denna har andra uppgifter av administrativ art istället för att vara ute i fält. P nämner att det är positivt att man känner av värmen eftersom</p>

	då förstår man att V känner av ännu mer, det är lätt och trevligt att jobba sommartid, förutom duschningar, P är ju frisk och kan hantera värmen bättre.
--	--

Som framgår av Box 2 så anger personalen ett antal riskfaktorer som kan innebära negativa effekter för vårdtagarna i samband med värmeböljor, och det är kopplat just till det faktum att man är äldre, boendemiljöns utformning samt organisatoriska faktorer.

Personalen uppger att vara äldre utgör en risk i sig, då det för med sig många fysiologiska nedsättningar (så som dålig blodcirkulation, många sjukdomar samtidigt och vätskedrivande medicinering osv) samt att vårdtagarna inte alltid kan/förstår att koppla ihop upplevelsen av värme till behov av en åtgärd. Personalen säger även att vårdtagare utan nära kontakt med anhöriga kan utgöra en riskgrupp under värmeböljor.

De risker i boendemiljön som personalen berättar om är bl.a. att de inte tror att bostäderna är anpassade för värme, samt att bostäder i söderläge och med dålig ventilation utgör en riskfaktor för att vårdtagarna ska falla illa under värmeböljor. Andra personer i personalen uppger att de inte tror att själva bostaden utgör en risk eller vet inte om faktorer i bostaden utgör en risk.

Personalen säger att bl.a. en riskfaktor som är kopplad till organisation av verksamheten är vårdtagare som bor hemma med få besök av personal i hemtjänsten. Man uppger att risken för vårdtagare som bor på äldreboenden är lägre, där säger man att kontrollen över vårdtagarna och deras mående är större. Personalen berättar också att tidsbrist utgör en risk därför att marginalerna inte finns så att man alltid hinner uppmärksamma vårdtagarnas status. En annan risk som personalen nämner är nya sommarvikarier som saknar erfarenhet samt om kommunikationen personalen emellan fallerar. Dock är utsagorna varierande, annan personal ser inte tiden och organisation av verksamheten som en riskfaktor.

*Box 2. Sammanställning över personalens uttalanden om risker för vårdtagarna i samband med värmeböljor, kategoriserat i ålder, boendemiljö samt organisatoriska risker.*

Risker	
Att man är äldre	<p>P berättar att V är mer sårbara för att de är äldre, är känsligare och tål inte lika mycket som yngre, har sämre immunförsvar, dålig blodcirkulation, blir lättare uttorkade, är sjuka, (t.ex: demenssjukdom, alzheimer, minnesnedsättningar, diabetes, sjukdom som belastar hjärtat, stroke och astma), om de har många sjukdomar samtidigt, tar mediciner, tar vätskedrivande mediciner, är ensamma hemma, bor hemma i stället för på boende, sitter i solen, dricker för lite och har få hemtjänstbesök dagligen.</p> <p>P säger även att V är sårbara p.g.a. att: vissa V inte vet att de behöver dricka, de kanske inte känner törst, de inte är lika uppmärksamma på värmen, vissa V kan inte uttrycka sig och att vissa V vet att det är varmt men inte kan koppla detta till att göra en åtgärd. P nämner också att V är sårbara eftersom de inte är vana att hantera VB. P berättar att vissa V inte kan tillgodose sina behov själva genom de inte kan röra sig (t.ex. hämta vatten, gå ut i skugga) utan måste vänta på P.</p> <p>Andra risker som P nämner är V som styr värmen i sin bostad själva, det finns de som av vana eldar i panna även sommartid samt att V inte klarar av att ta hand om husdjur. P säger att om V duschar oftare för att svalka sig så finns det en risk att V halkar när de duschat. P säger att V som börjat viktniska under våren ligger illa till, då finns det risk att de fortsätter viktniska under sommaren. P säger att V tänker antagligen inte på att det kan hända dem, vad gäller riskerna att inte få i sig tillräckligt med näring, vätska och vätskebrist.</p>

	<p>P berättar att det är brist på kontakt med anhöriga, vilket kan utgöra ett problem när det är varmt, samt att V som bor i villor har det bra, de har anhöriga. V som har anhöriga har helt andra förutsättningar (t.ex. för att komma ut) berättar en i P, då de kan se till V när hemtjänsten inte är där. P säger att många V är ensamma.</p>
Boendemiljö	<p>P säger att de inte tror att vanliga bostäder är anpassade för värmen, något som kan komma att bli ett stort problem i framtiden. En risk som P identifierar i boendemiljöerna är att de blir varma vilket kan bero på: söderläge, dålig ventilation, stora fönster som släpper in värme och avsaknad av isolerglasfönster, att mörkläggning saknas t.ex. markiser i fönster och på altaner. P säger att risken också blir större om V bor högt upp i en bostad, det blir varmare där och svårare att ta sig ut, V kanske drar sig för att gå ut och speciellt om hiss saknas. P uppger att det kan vara en risk för V om AC inte finns.</p> <p>En sak som nämns är att innergårdar blir varma med stillastående luft på grund av husets konstruktion som är byggt i vinkel samt att uteplatser är byggda i söderläge. P säger även att i vissa bostäder kan balkong saknas eller så är balkongen jättevarm.</p> <p>Andra P uppger att de inte tror att det är själva bostaden som påverkar värmen, ser ingen risk i hur den fysiska boendemiljön är utformad och vet inte hur detta kan utgöra en risk. P säger att de via åtgärder kan se till att det inte finns risk för V i boendemiljön.</p> <p>P säger att det inte är något som utgör en risk på själva korttidsboendet, men sedan vet man inte hur hemmaförhållandena är, eftersom V åker hem och där finns en annan person som tar hand om denne. P kan dock bara svara för vad som händer på korttidsboendet.</p>
Organisation	<p>P berättar att den största risken för sjukdom och dödsfall finns hos V som är ensamma hemma länge utan tillsyn, om V är sambo har denna någon som kan bevaka V och se till att åtgärder vidtas. Inom hemtjänsten kan P inte vara på plats hos V hela tiden, det är svårt att ha kontroll på om en person dricker eller går ut utan att ha smörjt in sig, speciellt om denne har få insatser.</p> <p>På särskilt boende har man mer koll på V än vad hemtjänsten har, det finns alltid någon som kan titta till och har möjlighet att t.ex. att ta ut V under ett parasoll, man kan snabbare vidta åtgärder. P berättar att V finns på ett plan och P kan ha mer kontroll på hur V mår, det är mera synligt och här finns också SSK som har formella och informella möten med chef dagligen.</p> <p>Hemmaboende V tillhör en vårdcentral och har en annan sjuksköterskeinsats än på särskilda boenden enligt P. P säger att organisationen är sådan att hemtjänst-P sällan träffar SSK/undersköterska och att chefen har möte med SSK:n endast en gång i månaden. Möjlighet att kommunicera via mejl finns men P uppger att det är en större risk än på särskilt boende där P och C träffar SSK:n dagligen och kan nämna V i förbifarten, och där de har också har formella möten.</p> <p>P berättar att en risk är att tidsmarginaler inte finns, det är stressigt och P inte hinner uppmärksamma V på samma sätt, t.ex. att påtala för V att dricka, dra för en rullgardin eller se om de mår bra. Andra P säger att tiden inte utgör en risk, eftersom V har larmklockor så de kan kontakta hemtjänsten om någonting händer. En annan risk som P nämner är nya sommarvikarier som eventuellt inte har erfarenhet. Andra P berättar att organisationen sommartid inte utgör/tror inte att den utgör någon risk eftersom bemanning finns dygnet runt och om arbetet blir extra tungt så tillsätts ytterligare P. För V som är friskare så säger P att de inte tror att det finns någon risk.</p> <p>Ytterligare risker som P nämner är att åtgärder inte prioriteras för nyare särskilda boenden samt att åtgärder inte genomförs lika snabbt under VB som när det är kallt.</p> <p>Kommunikationsbrist är en riskfaktor som P nämner, om P glömmer att rapportera och informera varandra,</p>

	eller om P inte uppmärksammar och informerar planeraren på grund av t.ex. bristande engagemang eller dålig koll på Ä. Inom hemtjänsten nämns att V dött på grund av kommunikationsbrist.
--	--

Personalen rapporterar att det finns en stor variation i hur vårdtagarna bor (Box 3), allt från lägenheter, villor till seniorboenden. Viss boendemiljö är funktionell, annan inte, med mycket saker överallt som medför fallrisk, att det blir dammigt och varmare, samt att några vårdtagare ”lever i misär”. Personalen säger att i och med att det är vårdtagarna som äger sitt boende så har vårdtagarna även bestämmanderätten över en del av boendemiljöns utformning, samt att då känner vårdtagarna generellt sett igen sig och trivs. Att vårdtagarna generellt sett känner sig frusna innebär att de vill klä sig mycket trots att det är varmt, säger personalen. Vissa i personalen säger att det är lättare att ta sig ut om man bor i hus, medan annan personal säger att om man inte kan ta sig ut själv så spelar det ingen roll om man bor i lägenhet eller hus, de vårdtagarna behöver hjälp i alla fall.

På särskilda boenden beskrivs boendemiljön av viss personal som bra, fin och mysig med möjlighet till social samvaro.

Personalens beskrivning av utemiljön varierar, en del beskriver fantastiska innergårdar där man i vissa fall har trädgårdsmästare.

Det finns en variation i personalens yttranden om bostadens funktion under värmeböljor, vissa säger att boendemiljön fungerar bra för att vårdtagarna är van att vistas där, andra att värmeböljor innebär andra villkor för vårdtagarna i och med att det blir så varmt. En tredje grupp personal säger att boendemiljön inte fungerar bra p.g.a. värmen, men skulle kunna göra det om det fanns AC. Personalen nämner att hur huset är byggt påverkar hur varmt det blir i bostaden, att avsaknad av hiss i flervåningshus gör att vårdtagarna får svårare att ta sig ut samt att placering och materialval av fönster påverkar värmen i bostaden.

Personalen berättar även att hur balkonger och altaner är placerade påverkar boendemiljöns funktion, om de ligger i söderläge är de mycket svårare att använda på grund av värmen.

Andra säger att de inte kan se några för- eller nackdelar med bostäderna.

*Box 3. Sammanställning över personalens uttalanden om vårdtagarna i sin boendemiljö och boendemiljöns funktion för vårdtagarna under värmeböljor.*

Boendemiljö	
Vårdtagarna i sin boendemiljö, generellt	<p>P säger att det är stor variation bland V i hur de bor, allt från mögelskadade hus till på seniorboende, men generellt bor de flesta bra, det är trivsamma gamla hem. P säger att V som bott på samma ställe länge har mycket saker överallt, då känner de igen sig och trivs.</p> <p>P säger att vissa V inte bor bra, de har mycket saker överallt, som möbler och mattor vilket medför risk att V snubblar, det samlas damm och att det kan göra att det blir varmare. P kan dock inte göra något åt detta, V trivs med alla dessa saker och P kan inte köra över Ä. P berättar att det är skillnad på hur vårdtagarna V och yngre har det hemma, de yngre har en annan status, smutsigt och stökigt.</p> <p>P säger att vissa V trivs i sina lägenheter, men inte alla. Enligt P lever några V i misär, och sängliggande V är mer svårskötta, t.ex. vad gäller dusch. P berättar att V måste bestämma själva i bostaden. P nämner att ibland kan inte V hämta vatten på sitt rum, då det inte alltid finns något kök.</p> <p>Enligt P bor de flesta V i lägenhet i hyres- eller flervåningshus, mest hyresrätter, några bostadsrätter,</p>

generellt i 2:or, eller 3:or, två trappor upp och utan hiss. P säger att några V bor i villor, hus på landet och sommarstugor och att husen på landet är byggda i trä medan bostäderna i städer är byggda i tegel. P säger att det finns mindre lägenheter med fönster i söder eller öster, och att det finns vädringsfönster.

P beskriver vissa innejårdar som fantastiska, specialdesignade, mysiga, fina, stora och ligger i söderläge. P berättar om en trädgård som är fin och med trädgårdsmästare, det finns gräsmattor, det är nära till sjö och skog. På ett ställe beskriver man att de har en paviljong, ett ställe lusthus, en beskriver att de har ett närområde på några tusen kvadratmeter utanför boendet. På ett ställe säger P att man odlar sin egen potatis, något som är kul och man önskar att man kunde odla mer ätbart. Det finns också en park, berättar en P, som är fin och lättillgänglig. Innejårdarna är mer tillgängliga för V som bor på bottenvåningen eftersom de har en direktutgång dit, berättar P.

P säger att V som inte längre arbetar kan styra sina liv enklare och passa på att gå ut när det är svalare. P nämner att V har larmklockor så de kan larma hemtjänsten om det är något, det är en trygghet för Ä. P nämner dock att V inte använder dessa, att de tänker "Åh, jag ska bara på toaletten, det händer inte mig att jag ramlar". P berättar att V som bor hemma och vill vara där kanske inte upplever situationen likadant som P som tycker det är varmt.

P berättar att V generellt känner sig frusna och tycker att det är jätteskönt när det är varmt, V ligger med lager på lager täcken och filtar. P säger också att denne tror att V klarar värmen bättre är vi yngre eftersom V är frusna, de njuter när det är varmt. P säger att vissa V klär sig för mycket, de inte är vana somriga kläder och att V oftast tar på sig kofta trots att det är varmt. P säger även att dementa har mycket kläder på sig men fryser ändå. P säger att dementa tror att det blåser och blir kallt om dörren står öppen, trots att det är varmt. P berättar att V håller sig inne och stänger in sig, att de stänger kan också vara bra för att de inte släpper in värmen.

P nämner att man lättare tar sig ut till skuggiga ställen där det fläktar om man bor i hus. I stora hus tar det längre tid att förändra temperaturen, både sommar och vinter. P säger att tvåvåningsvillor kan ha svalare nedervåningar som man kan röra sig på. Andra P berättar att villorna blir väldigt varma och att det är jobbigt. Det finns V som eldar för att hålla en underhållsvärme kyliga nätter säger P.

P säger att lägenheterna är lite tråkigare för V än villorna, eftersom det inte är lika lätt att ta sig ut och att där blir det varmt överallt jämfört med hus. P nämner också att höghus inte är den bästa boendemiljön och tror att det är varmare där än om man bor på ett plan samt att hiss saknas. En säger dock tvärt om att lägenheterna inte upplevs som så varma av P, och denne tror att V har det bra.

På särskilda boenden beskrivs boendemiljön av P som bra, fin, mysig och hemtrevlig. På särskilda boenden har V egna rum (12 kvm, 30 kvm), dessa beskrivs som små och funktionella, många inreder enkelrummen med egna möbler, soffor m.m. och det finns toalett och dusch på rummen. Andra P säger att rummen är stora och rymliga och det finns ytor att röra sig på. P säger att V hyr sin egen bostad här, inga delar rum med några okända men det finns dubletter för makar dubletterna har ett litet allrum. På korttidsboendet kan två dela rum. Det finns gemensamhetsutrymmen, kök och rum som beskrivs som fina. P säger att de flesta V äter sina måltider i allrummen, där det också finns dagverksamhet där aktiviteter sker förmiddagar och eftermiddagar. Man berättar också att det finns ett solrum på ett av boendena. P säger att V som bor på boende generellt behöver mycket hjälp, de har oftast varit med om något som stroke, amputation eller dylikt.

P berättar om altaner på varje plan, balkong på varje avdelning på övre plan och entré som har fönster i söderläge, markiser finns i allrum ut mot altan och elstyrda markiser på uteplatser. Man berättar också att kommunen har en flerårig plan för underhåll av bostäderna, t.ex. ska fönster ses över.

P uppger att säng och madrass står det särskilda boendet för, i övrigt står V för resten av bohaget själv. De styr helt sin egen boendemiljö, och V kan välja om de vill vara i gemensamhetsutrymmen, kök eller

	<p>vardagsrum. P säger att många V nyttjar gemensamhetsutrymmena medan vissa vill vara mer på sina rum. På ett ställe bor V längs en lång korridor, vissa V tycker att det är roligt att ha öppet och höra och se folk gå förbi, de har egna lägenheter men V är inte ensamma som på nyare boenden säger P. De flesta sitter i vardagsrummet och många sitter vid tv:n, man nämner också att V inte lider under VB, de har bra med solskärmar och parasoll.</p> <p>P berättar att dementa V bor på en låst avdelning och om ett gammalt hyreshus som byggts om till demensboende där V bor enligt kvarboendeprincipen tills de dör (förr tillämpades uppegåendeprincipen där). P säger att de dementa bor högst upp på ett av de särskilda boendena, vilket gör att en del är lite svåra att få ut. P säger att här kan inte V ta sig ut själva eftersom avdelningarna är låsta, men P hjälper dem ut en eller två gånger om dagen, och V har också har möjlighet att gå ut på sina balkonger.</p> <p>P uppger även att en del V inte vill eller är rädda för att gå ut. Om V t.ex. har någon sjukdom och har vant sig vid att vara inne så blir det ett motstånd mot att gå ut, det blir något obehagligt. P säger även att andra V är ute ganska ofta och att många går ut, de sitter i skuggan och vissa sitter i solen för att få värmen på kroppen, men då med hatt.</p>
Boendemiljöns funktion under värmeböljor	<p>P:s uttalanden om hur bostaden fungerar under VB varierar. P säger att boendemiljön fungerar bra/som vanligt under VB p.g.a. att V är vana att ta sig fram hemma och så länge inget behöver ändras för rullstol eller rullator och för att man kommunicerar om varför det blir såhär.</p> <p>Andra P säger att VB innebär andra villkor för Ä, det blir så varmt så V kan inte sitta på sina rum och se på TV, de får då samsas om tv:n i allrummet. Enligt P så beror bostadens funktion under VB på var den ligger geografiskt, om solen ligger på, samt på den V som bor där, om denne tycker att värmen är skön eller jobbig. P berättar att de som bor i 2:or och har sol i rummet, kan inte gärna sova i köket. P säger att det är svårt att bygga så solen inte når byggnaden alls.</p> <p>Några P säger att boendemiljön inte fungerar bra när den blir så varm, men att den fungerar bra om man har AC, det är en nackdel att AC saknas. Andra P berättar att bostäderna blir varma eller kokheta, villorna är kalla på vintern och varma på sommaren. P uppger att det blir varmt för att man lagar mat, kokar kaffe osv. P uppger att bostäderna och boendena byggs endast för kyla, att man inte vet vad man kan göra för att få inomhusmiljön svalare, eftersom elementen är avstängda. En berättar att i husen så stiger värmen uppåt, så det är varmare på övervåningen, det har hänt att V sovit nere. En säger att det ibland är svalare ute än vad det är inne. Man berättar också att medicinförråd var för varmt innan AC införskaffades där.</p> <p>Vissa P säger att man inte vet vad som gör bostäderna så varma, andra säger att de inte vet om bostaden kan påverka värmen, värmen kommer ju utifrån och skapas inte i lägenheten. Andra P säger värmen inomhus påverkas av hur huset är byggt. Man berättar att byggnadsmaterial kan påverka värmen i bostäderna, t.ex. om byggnadsmaterialet reflekterar solen eller inte. Man nämner en bostad som har tegelväggar, men man vet inte om detta gör så stor skillnad på inomhusklimatet samt att det kan bli varmt om det är dåligt isolerat.</p> <p>Andra P berättar att utformningen av byggnaderna kanske kan påverka värmen, om husen är täta och ventilationen är dålig, samt att det är många människor där inne i höghusen. Vissa P nämner att höghusen är utformade så det är väldigt varmt och instängt, vilket man kan känna på lukten. P berättar om en korridor som löper längs med lägenheterna med glasrutor på andra väggen där V ofta promenerar. Då kan V få sätta sig och pusta ut och be hemtjänsten hämta ett glas vatten och för att det blir så varmt i korridoren. P nämner också en byggnad som är byggd i vinkel, så innergården blir väldigt varm, luften blir eventuellt mer stillastående där. Vissa P säger att eventuellt institutionsmodellen med långa korridorer kan utgöra ett problem när det blir varmt, då där är jättevarmt trots att P vädrar.</p> <p>P nämner att det vore bra om det är nära till att öppna en dörr och gå ut och att de flesta men inta alla kan ta sig ut, en del själva och en del med P:s hjälp. P nämner även att om V inte kan ta sig ut själv så spelar det</p>

	<p>ingen roll om V bor i en villa eller ett flerfamiljshus, V tar sig ändå inte ut såvida V inte är beviljad promenad, men det är oftast till läkarbesök och dyl. En berättar att hemtjänsten jobbar med enstaka insatser, de kan hjälpa en V ut men då måste denne ta sig in själv eller vänta tills P kommer tillbaka nästa gång. P nämner att några V har golvlister så de måste putta på extra med rullatorn för att ta sig över dem. P säger att toaletterna är små, vilket försvårar att man kommer in med rullstolar, det fungerar dock.</p> <p>P berättar att det är en fördel för V som bor centralt, eftersom de har nära till att göra inköp och har mer möjlighet att följa med och handla. Det blir lättare att få den insatsen, man behöver inte blanda in färdtjänsten t.ex. P berättar att det är svårt att ta sig över gatan med rullator och till centrum för Å. Det är backigt och det finns trottoarer, som utgör hinder för V att röra sig, det är inte anpassat för Å.</p> <p>Om huset är byggt i närheten av en sjö kan det fläkta lite, man berättar att det inte finns i närheten av bostäderna. En berättar att det är skönare på landet för V eftersom det är mer grönska där, det kan också vara närmare till vatten och man kan bada vilket är skönt.</p> <p>P säger att V generellt sett har svårt att ta sig ut utan hiss, många V saknar hiss och där kan P inte hjälpa V ut om V inte kan gå i trappor, de tar sig eventuellt ut om de bor på bottenvåningen. De som är riktigt gamla orkar heller inte flytta till något annat ställe där hiss finns nämner man, de har inte kunnat eller hunnit flytta till lägre lägenhetsplan i tid.</p> <p>Fönster kan påverka temperaturen inomhus enligt P, fönster i söderläge samt vanliga tvåglasfönster gör att det blir varmt.</p> <p>P säger att dörrar kan bli tröga när det regnat, de kan svälla och P behöver hjälpa V att öppna. P säger att det är svårt att ta sig ut ur vissa lägenheter om man är funktionshindrad och dörrhandtagen är tröga.</p> <p>P berättar att altanerna på särskilda boendet används mycket. En nackdel är att man inte tänkt på väderstäck när man byggt dem, så på eftermiddagarna kommer solen direkt in under parasollerna, som inte kan vinklas och markiser saknas. Altanerna blir därför jättevarma.</p> <p>Balkongerna är bra säger man, där kan man sitta och fika och äta, men balkong bör vara i skuggan, de som ligger i söderläge inte kan nyttjas trots parasoller. P säger att de används mycket, vissa V klarar av att sitta där. Balkongerna på bottenvåningen är varmast berättar P, och på ett ställe är balkongerna inglasade och det värmer upp inomhus. P berättar att balkongerna i sig hindrar den direkta solinstrålningen lite, andra P berättar att balkongerna blir varma eftersom huset byggts i vinkel. En säger att V hjälps ut på balkonger av P eller anhöriga eller så går de själva ut dit.</p> <p>P berättar att ett särskilt boende av institutionsmodell (ett sjukhus som byggts om till boende) blir varmt, där finns långa korridorer med dålig och torr luft. P beskriver ett särskilt boende som gammalt och inte byggt för värme. P berättar om att när ett nytt boende byggdes så tänkte man inte på att det kan bli varma somrar. P berättar att på ett visst boende är det lätt att ta sig ut eftersom det är ett souterränghus med endast två avdelningar vilket gör att V inte kan gå rätt ut men de har balkong och med en kort promenad genom korridoren kommer även de ut på ena eller andra sidan.</p> <p>Andra P säger att de inte ser några för- eller nackdelar med bostäderna.</p>
--	--

Som framgår av Box 4 så varierar personalens svar om hur boendemiljön är utformad för att reducera negativa effekter av värmeböljor för vårdtagarna. Personalen säger att det inte alltid finns tillgång till svala rum, att det eventuellt finns tillgång till svala platser utomhus, att vårdtagarna oftast duschar en gång per vecka men får duscha oftare om den insatsen beviljas, att fläktar finns men att vårdtagarna

inte alltid vill och bör använda dem (risk för skada om vårdtagarna har demens), att AC generellt sett inte finns, att det finns möjlighet att vädra men att vårdtagarna inte alltid vill det, att ventilation finns men att den inte alltid fungerar, att det inte alltid finns markiser eller persienner, att vissa vårdtagare bor ensamma, andra tillsammans samt att möjlighet till bostandsanpassning finns men att det inte är alltid vårdtagarna har det.

Personalen säger även att det inte alltid finns möjlighet till social interaktion i boendemiljön för vårdtagarna. Det är mycket beroende på vårdtagarnas hälsostatus som i kombination med boendemiljön (framförallt tillgång till hiss) avgör om vårdtagarna har möjlighet till sociala kontakter, vårdtagare som bor i eget boende och som orkar och vill kan ta sig till aktiviteter, medan de som inte orkar blir isolerade i sina bostäder. Vårdtagare som bor på särskilda boenden har större möjlighet till social interaktion.

*Box 4. Sammanfattning av personalens yttranden om boendemiljöns utformning med avseende på att reducera negativa effekter av värmeböljor för vårdtagarna.*

Boendemiljöns utformning	
Svalt rum	<p>De flesta lägenheter är byggda så att svalare rum finns enligt P, och där det finns svalare rum vistas V eventuellt. Andra P säger att det inte finns något svalt rum, P säger att på ett särskilt boende finns det inte något svalt rum på individnivå.</p> <p>P uppger att det är svalare på bottenvåningen i villor och särskilda boende och säger att där vistas nog de som kan. P säger att dagcentralen är svalare (vilken ligger på bottenvåningen). I villor finns oftast något svalare rum, t.ex. badrum som inte har fönster och källare, där vistas dock knappast Ä. Någon P säger att det enda svala rummet som finns är soprummet och där vistas inte Ä.</p> <p>P säger att om det finns svalt rum eller inte är olika, det beror på läget (vädersträck) och var man bor. Om en V har en 2:a och köket ligger i skuggläge vill man kanske inte sova i köket, men det har hänt att V lagt sig i ett annat rum som är svalare säger P. I genomgångslägenheter finns svalare rum, även badrummen brukar vara svalare. P säger att på ett boende finns det en vinterträdgård där endast morgonsolen ligger på, där är lite svalare.</p>
Svala platser utomhus	<p>Vissa P säger att utomhusmiljön är bra, trivsamma och att den nyttjas, det finns skuggiga platser utomhus, att solens gång gör att vissa partier skuggas växelvis under dagen och med parasoll och flyttbara möbler kan man söka skugga. Man säger att man kan gå ner till stranden eller till en äng och sitta under träden. På ett Ä-boende kan man sitta med alla under parasoll. Några i P säger att det finns ett svalt ställe i ett affärscentrum dit en del V går, men dock att många stannar kvar hemma. Några P säger att det eventuellt finns svala platser och då under träd, det beror på boendemiljö, om det finns hiss och hur sjuk V är, om de har möjlighet att ta sig ut. Andra P berättar att det saknas sittplatser i skuggan utomhus och att man önskar att det fanns mer bänkar.</p> <p>P berättar att det är viktigt att tänka på den yttre boendemiljön, att den skapar skugga som ger lite kyla. P nämner att träd ger skugga utomhus och att träd har återplanterats, då dessa fälldes tidigare. P säger att växter utomhus skapar skugga men som också gör att det blir fuktig värme i luften. P säger att parasoll finns utomhus och att parasoll kan inhandlas. Man berättar också att parasoll inte går att ha på fönster utan där behövs markiser.</p> <p>Ute saknas stora utrymmen under tak enligt vissa P.</p>
Dusch	<p>P berättar att det vanliga är att V duschar en gång per vecka, men det finns också V som duschar mer eller mindre och att V duschas vid behov om de märker att det behövs. En del V kan duscha själva uppger P. Dusch tar ungefär 45 min – 1 h berättar P i hemtjänsten, men att det inte alltid behöver ta en timme, utan</p>

	<p>man kan blaska av Ä. P uppger att V kan bli beviljad dusch varje dag om man har någon sjukdom eller medicin som gör att man svettas mycket. Vissa P säger att det är sagt att man ska duscha minst en gång i veckan.</p> <p>P säger också att V vill duscha oftare under VB. Några P berättar att V får duscha extra för att svalka av sig. P säger att man försöker klämma in fler duschar, att man duschar av V lite varje dag om det är svettigt. Nu finns ingen V som duschar sju gånger i veckan säger P, man vet heller inte om det är möjligt att göra det. Andra P säger att V får duscha så mycket det vill. En säger att det är sällan någon duschar dagligen. P säger att V tvättar av sig med tvättlappar, övre och nedre hygien, ibland hjälper P V med detta. Någon P säger att det egentligen inte är så bra. P säger att vissa gör det dagligen, men om en V inte vill det kan inte P tvinga dem. En säger att om V tvättar av sig med tvättlappar så tycker de att de duschat.</p> <p>Andra P säger att V inte får duscha extra gånger trots värmebölja, dusch är en insats som V ska betala för, då måste de ansöka om extra dusch hos BIS. P berättar att det är minuträknat så om en V skulle duscha extra utan beslut så skulle det ta tid av andra Ä. En P berättar att denne ser till att dennes kontaktpersoner har extra dusch utifall V vill duscha en extra gång, eftersom då finns tiden och det är bättre att de tackar nej. Den extra duschen står kvar även över vintern, eftersom beslut om dusch uppdateras en gång per år. P berättar att om V ansöker om att få duscha mer så går oftast ansökan igenom, men det finns också V som inte vet att de får duscha oftare än en gång i veckan.</p> <p>P säger att dusch är något som V generellt sett inte vill göra, det är ingen favoritsysselsättning, men att en del V tycker att det är skönt. P säger att V inte är som vi yngre, som är vana att duscha oftare, duscha gjorde man mer sällan förr i tiden. Man säger att V-generationen duschar för att göra sig rena, inte för att det är varmt. P uppger att 40-talisterna vill duscha mer, när den generationen blir vårdtagarna så kommer kraven på att få duscha att öka. P säger att när V väl duschar känner de att det var skönt och de känner sig fräschare.</p> <p>P säger också att de inte kan köra över V när denne inte vill duscha, det inte är något stort problem under VB att V duschar få gånger, eftersom V inte vill det. P säger att V är frusna så de har en känsla av att de inte behöver duscha mer, de flesta V är nöjda med antal duschar. P tycker själv att det skulle kännas ovanligt att duscha endast en gång i veckan.</p>
Fläktar	<p>P säger att fläktarna ger lite cirkulation av luften och svalka och berättar att fläktar finns. P berättar om olika varianter på fläktar, och det är bl.a. ett fläktsystem som reagerar på yttre temperaturen, men inga synliga fläktar i taket finns, att fläktar finns hos flera V och mer hos de som bor i radhus, att fläktar finns i gemensamhetsutrymmena på de särskilda boendena, i lägenheterna måste V köpa fläktar själva.</p> <p>P berättar att fläktar finns men att det inte är så många V som vill ha fläktar, bl.a. på grund av att V tycker det är farligt med drag, men andra P berättar att fläktarna används. P säger att lösa fläktar kan vara ett problem eftersom demonta kan skada sig på dem. P berättar att fläktar lånats ut och att de ibland inte fått tillbaka dem.</p>
AC	<p>P uppger att det inte finns/man tror inte att det finns aircondition (AC), och några P berättar att det inte finns ens på nybyggda särskilda boenden. P säger att det är konstigt att AC inte finns och att AC säkert kommer att installeras i nya bostäder i framtiden. På ett särskilt boende uppger man att AC finns i sjuksköterskerummet, p.g.a. att det inte ska bli för varmt för medicinerna. På ett ställe berättar man att AC är under utredning, mest för P:s skull eftersom V ofta är frusna. AC finns hos en V berättar en ur P. Någon P säger att AC är bättre än fläktar.</p>
Möjlighet att vädra	<p>P säger att det finns möjlighet att vädra men en del V säger nej till att vädra, V tycker inte att det är dålig luft eller varmt inne. P säger att V tycker att det drar och att V tycker det är farligt med drag.</p> <p>En säger att de flesta tillåter nog om man vädrar och att det görs, många sover med fönster öppet. En säger</p>

	att det var värre förr, då tyckte V att det drog. De som är klara i huvudet och kanske bor parvis vet att det är bra att vädra och sköter det, medan de som inte kan eller vill tvingar P inte att vädra. Någon P berättar att det kan vara 40 grader i lägenheterna ibland och ändå får P inte öppna.
Ventilation	<p>Vissa P berättar att ventilation finns, som ibland fungerar/inte fungerar/att man inte vet om den fungerar samt att det påverkar värmen inomhus. Andra P berättar att det är olika om ventilation finns, beroende på husets ålder. P säger att man på ett ställe håller på med stambyten så kanske ventilationen blir bättre.</p> <p>Ventilationen är tänkt att hålla värmen nere säger P, om det blir något fel på ventilationen blir det varmt, då kontaktas fastighetsägaren som ordnar problemet. P säger att på ett särskilt boende har ventilationens flöde mätts och fastighetsägaren ska åtgärda om det är något fel på den. P säger att ventilationen är något de inte kan påverka.</p>
Avskärma solinstrålning via markiser och persienner	<p>P berättar att det oftast finns möjlighet avskärma inomhusmiljön mot solinstrålning, de flesta har något för att avskärma t.ex. persienner, markiser eller gardiner. P nämner att ibland saknas markiser, de tar bort mycket av värmen och är bättre än persienner. P säger att det är en miss att markiser inte installerades från början, eftersom det är lättare att få vid nybygge, det blir billigare då.</p> <p>P säger att ibland vill V inte dra för persiennerna för de vill ha ljus och att det är tråkigt för V att dra för persiennerna, eftersom de inte kan se ut. P säger dock att det inte finns möjlighet överallt att avskärma solinstrålning. Där persienner inte finns måste man bekosta dem själva, och därför blir det kanske inte av säger P. P uppger att V som inte har persienner eller markiser har gardiner eller rullgardiner som avskärmar solinstrålning. P säger att det finns de som hänger upp lakan för fönster för att avskärma solinstrålningen och att det är ekonomin som styr det. P säger att det kommer att komma mer att man ska mörklägga med persienner och använda fläktar.</p>
Bor ensamma/tillsammans	Det finns en variation i hur V bor enligt P, de flesta V (70 %) bor ensamma i egen lägenhet, det finns möjlighet på särskilt boende att bo tillsammans. P säger också att det bor mer ensamma kvinnor än män.
Bostadsanpassning	<p>Alla i P berättar att bostadsanpassning finns, det är olika om V har det eller inte, det finns när det behövs. På ett särskilt boende berättar man att bostadsanpassning finns, men att V är för sjuka för att t.ex. laga mat själva. P berättar att man bostadsanpassar så att V ska kunna bo kvar i sina bostäder, t.ex. om de blir sämre och har rullstol eller rullatorer, och att det kan innebära t.ex. att trösklar inte finns, handtag och toalett anpassas så att det går att komma in med rullstol och med t.ex. toalettförhöjning. På ett särskilt boende berättar man att golvliftar finns men att takliftar saknas.</p> <p>P berättar att det är ett bostadsanpassningsbolag som hjälper till med bostadsanpassningen, detta uppger man är något som kan ta tid men att de också har ett ganska bra samarbete. Man berättar att man ansöker om bostadsanpassning via kommunen och BIS, BIS besöker V och bedömer vad som behövs genom bland annat läkarintyg. Bostadsanpassning är något man försöker ordna innan V kommer hem efter sjukhusvistelse berättar P, men det beror på om P får vara med på genomgången så de vet vad som ska göras i lägenheten, det brukar fungera men någon gång ibland gör det inte det.</p>
Ä socialt i bostäderna	<p>P berättar att bostäderna ger V möjlighet att träffa andra, då det finns hiss i de flesta bostäderna. V kan träffa/träffar grannar om de kan ta sig ut och vissa bjuder hem grannar säger P. Vissa P säger att det inte är någon tradition att man går hem till varandra, men några besöker varandra och umgås.</p> <p>Man berättar att på särskilt boende kan de träffa andra på rummet, i gemensamhetsutrymmena eller på dagverksamheten, så möjlighet till social samvaro är god. Man säger att när de gäller egna rum är dubletterna bäst då där finns lite mer utrymme. Flera nämner att om V har dörren öppen kan man träffa någon och de går ut om vädret tillåter berättar P. Man nämner att det finns en variation i hur allmänna utrymmen nyttjas, P säger att många men inte alla V är sociala och nyttjar ofta gemensamhetsutrymmena, få</p>

	<p>sitter själva på rummen.</p> <p>Flera V är involverade i olika kyrkor och har möjlighet att träffa andra där, P säger att de tror att de som kan tar vara på den möjligheten. P berättar att det är individuellt om V träffar andra eller inte, en del träffar släkten, vissa har vänner kvar i livet, andra talar med vänner endast på telefon och en del har ingen. P uppger att har man ingen finns möjlighet att träffa personer som jobbar på väntjänst, pigga pensionärer som ideellt följer V till sjukhus, fikar med dem o.s.v. I seniorbostäder finns möjlighet att träffa andra, där finns lokaler där eventuellt pigga pensionärer anordnar träffar.</p> <p>Andra P ger en annan bild och säger att V inte har/man inte vet om V har möjlighet att träffa andra i bostaden. Man säger att samlingspunkter saknas men nämner att aktiviteter finns för V som hyresgästföreningen anordnar, men V tar sig inte dit. P säger att vissa V är isolerade, andra inte helt isolerade eftersom hemtjänsten kommer dit, men de träffar sällan anhöriga eller vänner och grannar. P säger att V ofta är instängda i sina lägenheter, men de som orkar och vill har möjlighet att åka till dagcentraler och får hjälp av hemtjänsten, där kan de träffa andra Ä. P berättar att alla inte vill det, det kan vara skrämmande till en början, men de som börjat kanske sedan tycker att det är trevligt. Man uppger att vissa V har dagverksamhet dagligen eller flera gånger i veckan.</p>
--	--

Personalen uppger att det är en variation i hur vårdtagare kan vidta åtgärder i sin boendemiljö för att reducera negativa effekter av värmeböljor och det hänger ihop med vårdtagarnas hälsostatus (Box 5). Vårdtagare som är friska och pigga kan hantera värmeböljor och vidtar en rad åtgärder i sin boendemiljö, medan vårdtagare som inte är friska inte kan/har inte möjlighet att vidta åtgärder. Det är även så att vårdtagare kan vara rädda för att vidta åtgärder, t.ex. som att vädra. Personalen uppger att de har begränsade möjligheter att påverka och genomföra åtgärder i vårdtagarnas boendemiljö, och inte har befogenheter att göra det hos vårdtagare som bor hemma.

När det gäller vidtagandet av åtgärder via stöd och omsorg säger personalen att det beror på den beslutade insats vårdtagarna har, vid t.ex. hjälp med tvätt stannar man kanske inte för att kolla att vårdtagarna har druckit. Personalen säger att erfaren personal har åtgärderna som kan vidtas genom stöd och omsorg i "ryggraden", de vet vad som bör göras. Oerfaren personal kan tolka förvirring orsakad av vätskebrist som orsakat av sjukdom. Man berättar att de flesta vårdtagare behöver hjälp så personalen får agera i deras ställe och vårdtagare med psykisk sjukdom eller demens vet inte vad/kan inte göra det som borde göras.

Personalen radar upp ett antal åtgärder som vidtas genom stöd och omsorg, bl.a. att förse vårdtagarna med dryck, vädra, stänga ute solen, extra tillsynsbesök om någon vårdtagare är svag mm. De kommunicerar också med varandra om hur vårdtagarna mår och för vidare information till sjuksköterskor om man anser att det är nödvändigt, samt att man försöker stötta och pigga upp vårdtagarna genom att prata med denne.

*Box 5. Sammanställning över personalens uttalanden om åtgärder för att reducera effekterna av värmeböljor hos vårdtagarna.*

Åtgärder	
I boendemiljö	
Åtgärder gjorda av Ä	P uppger att det är olika hur V hanterar en värmebölja, V som är friska, pigga, klara i huvudet och kan uttrycka sig hanterar värmen bättre och kan göra många åtgärder själva, andra gör inte/kan inte vidta åtgärder. P nämner att många V är förnuftiga, V som själv kan vidta åtgärder drar för persienner, köper persienner, söker skugga eller något svalare ställe, flyttar sig om solen kommer, vistas i allrum på särskilt

	<p>boende där det är lite svalare, flyttar sovrum till svalare del av sitt hus (som nedervåningen), bäddar på soffan för att det var mer genomströmning av luft. P berättar att många V vädrar, öppnar fönster, dörrar och altandörrar, stänger värmen ute, klär sig lättare, dricker och enstaka V har vattentillbringare i kylen som de själva fyller på. P uttrycker också att V vill handla mer att dricka och V berättar att de druckit och att V dricker så gott de kan om de påminns. P säger att V vill vädra och vädrar, men stänger om de fryser.</p> <p>P säger vidare att några V har fläkt hemma som de kan ta fram och starta, en del köper in fläktar och att någon V har skaffat AC. P berättar att V kan önska att få duscha oftare och ansöker om dusch, vissa duschar kanske själva, sköljer av sig eller baddar med blöta handdukar, sover i påslakan, håller sig stilla och lägger sig och vilar eller söker sig ut till balkong eller innergård. P uppger att på ett särskilt boende vistas också V hellre på innergård än i utemiljöerna utanför gården och att V använder hatt om V är ute.</p> <p>P säger också att V ber dem om hjälp att genomföra åtgärder, men även anhöriga, som exempelvis inköp av kylskåp. P berättar också att de tror att en del V ändrar rutiner, de är inte bundna till att arbeta och har på så vis möjlighet till detta. P säger att V handlar tidigt och håller sig inne sedan och inte tvingar sig ut i hettan på samma sätt som yngre personer gör, de yngre förstår inte att det är farligt.</p> <p>Vidare berättar P att vissa V inte vill genomföra åtgärder. V är rädda för att P ska öppna uppger P, de vill kanske heller inte dra för persienner eller markiser eller flytta sig och sova på ett svalare ställe i bostaden. V har också en annan kultur uppger en i P, de har inte den kulturen att man ska dricka.</p>
Åtgärder gjorda av P	<p>P uppger att de har begränsade möjligheter att påverka Ä:s boendemiljö och att P inte heller har ansvar att göra det då det är Ä:s egna boenden. P:s uppdrag är att hjälpa V i dennes egna hem där de bott sedan de var friska, P berättar att de kan göra sådant som att föreslå inköp av fläkt, att se till att rum blir svala genom att dra för och stänga, flytta mattor så att framförallt V med rullator ska kunna ta sig fram utan att snubbla om de blir trötta och slöa samt utvärdera om bostadsanpassning behövs.</p> <p>P säger att om någon kan göra något i den fysiska boendemiljön är det fastighetsförvaltaren, både för vårdtagarna som bor hemma och för dem på äldreboenden.</p>
Genom stöd/omsorg	
Åtgärder gjorda av P	<p>P nämner att vad man vidtar för åtgärder beror på insats. Om någon har tvättstuga t.ex. så kontrollerar man inte om V druckit. P berättar att de som är erfarna har koll och ser vad för åtgärder som behöver vidtas, att åtgärderna "sitter i ryggen". P berättar att en oerfaren P kan t.ex. koppla förvirring till sjukdom och missa att det är vätskebrist. P berättar att man måste följa med i media och agera innan det blir varmt, det handlar mycket om att förekomma VB genom att förebygga med extra mycket vätska till Ä. P berättar om åtgärder de anser vara viktiga, som vätska och skugga.</p> <p>Man berättar att de flesta V behöver hjälp så P får agera i deras ställe och V med psykisk sjukdom eller demens vet inte vad/kan inte göra det som borde göras (som vikten av vätska, hantera klädsel själva eller att ta hand om en fläkt). P uppger att dementa kan uttrycka något men P vet inte vad det är, en del saknar tal.</p> <p>P berättar att de kommunicerar även med varandra om värmen och om åtgärder samt påminner varandra om dessa. P uppger att de även samråder med V och SSK om medicinering, t.ex. om V ska ha urindrivande trots att det är varmt och V är yra och att P kontaktar distriktsläkare och VC om V druckit för lite och blivit alldeles yr. P säger att eventuellt skickas V med ambulans in till sjukhus. P uppger också att de kontaktar BIS om extra insatser behövs, anhöriga eller godmän för att se till att fläktar köps in och dricka ställs fram samt fastighetsägare kontaktas om ventilationen behöver åtgärdas eller fönster är otäta etc. P säger att det även finns en SSK på särskilt boende som P kontaktar om någon V mår dåligt. P säger att man pratar om klimatet och burkar resonera om att det i framtiden säkert blir ett varmare klimat, att de säger till V att klimatet</p>

<p>kommer att förändras.</p> <p>P berättar att de har ett stort ansvar för omvårdnaden, de måste vara observanta och alerta i kontakt med V som inte kan uttrycka sig och med dementa. P uppger att det är extra noga med dementa och automatiskt vidtar åtgärder, som att påminna om vatten och ställa fram vatten. P säger att man känner stor ansvarskänsla som närmast omvårdnadsansvarig när det är varmt. P säger att de gör allt de ska göra och allt de får information om, ibland så gott de kan. Vissa P nämner dock att alla P inte tänker på alla genomförbara åtgärder, t.ex. så tänker inte alla på att dra för persienner. Andra P säger att denne gör samma åtgärder hos V som till sig själv men eftersom V är sjuka så har de ett större ansvar för dem.</p> <p>P uppger att de stänger solen ute genom att drar för persienner mm, och att det är viktigt att skärma av innan solen kommit fram. Man köper in parasoll, markiser och persienner till balkonger, P berättar att på ett ställe har man också försökt sätta för gardiner på balkongerna, men det gick inte så bra. P uppger att de kontrollerar om persiennerna är neddragna och ser till att markiser är hela.</p> <p>P berättar att de måste förebygga uttorkning. P ser till att V får i sig mer vätska och näring och kontrollerar att de druckit genom att de bl.a. ställer fram dryck på olika ställen i boendemiljön, ser om vattnet är kvar eller inte, samt frågar om V druckit. P hoppas att V dricker eller så frågar kvälls-P. P uppger att de försöker få V att dricka 4 glas dagligen, gärna kall och smaksatt dryck. P berättar att saft är ett bra alternativ eftersom det är sött och ger lite mer energi. P påpekar också att det är viktigt att dricka lagom mycket vatten, dricker man för mycket tappar V salter. P säger att SSK upprättar vätskelistor, dock inte enbart sommartid. Man berättar att man ger V näringsdryck om V äter dåligt, frukt med vätska, glass för att kyla av V lite, ser till att det finns is i stora påsar och att dementa matas och får hjälp att dricka. P berättar att V kan få kräm eller mjölk exempelvis om de inte vill ha varm mat, för V måste få mat och mediciner som de behöver.</p> <p>P gör extra tillsynsbesök om någon är svag, behöver dricka eller far illa av värmen. P uppger att de ibland ger extra hjälp utan beslut från BIS om det är något V inte orkar själv. P uttrycker att de egentligen inte kan göra extra insatser eftersom all tid är schemalagd. På ett särskilt boende säger P att extraresurser sätts in så att de går runt och ser till att V dricker. P säger också att de kontrollerar V:s allmäntillstånd via relevanta indikatorer, något som också SSK:n gör.</p> <p>P rapporterar att de ser till att V inte exponeras för mycket för solen, t.ex. att de har något på huvudet om de är ute, samt att V smörjer in sig så de inte bränner sig. P berättar att de bäddar rent oftare och byter till tunnare täcke, påslakan, svala lakan, undviker filtar samt stora nattlinnen i nylon, en t-shirt eller linne är bättre att sova i.</p> <p>P säger att de kontrollerar att V inte eldar, om V kan röra sig fritt och om det finns möjlighet för denne att sova i en svalare del av bostaden, t.ex. en bäddsoffa på skuggsidan. Man uppger att man ser till att ha svalt i bostaden och det finns luft, att ventilationen fungerar, P ser också till att öppna fönster och vädra.</p> <p>P uppger att de vädrar och att man försöker få cirkulation av luften inne och kallare luft, t.ex. startar spisfläktar. P stänger innan de går om V inte har kvällsbesök, annars stänger man när de kommer tillbaka på lunch, samt att V kan påminna P om att stänga. P berättar att man gör så eftersom V är oroliga över att ha öppet på natten, är rädda att någon ska ta sig in, rädda för att få in mygg och getingar och speciellt oroliga är de som bor på bottenvåningar. P berättar att det förekommit att folk gått runt och påstått sig vara från hemtjänsten, en har uppehållit V medan en annan gått in och tagit saker och att V som hör och ser dåligt inte vet att de inte är från hemtjänsten. P berättar att de har informerat mycket om detta och läser dörrarna. Handtag kan vara tröga och därför vill vissa V ha hjälp att stänga uppger en i P.</p> <p>P nämner att de klär V i lagom tunna kläder, att V får byta kläder oftare, att man klär av V och att P köper svalare kläder till V eller följer V för att köpa svalare kläder. P säger att de tvättar eller baddar av Ä, och V ber</p>
--

<p>P att tvätta deras hår för att få lite svalka samt om att köpa fläkt.</p> <p>P berättar att de köper in fläktar, inom hemtjänsten kan de göra detta om de har handlingsinsats. P berättar att på särskilda boenden köps fläktar in till de allmänna utrymmena samt att man kontakt anhöriga och ber att de köper in fläkt till dementa. P berättar att de tar fram och startar fläktar i gemensamma utrymmen eller Ä:s rum samt att P ibland tar med och lånar ut fläkt till Ä.</p> <p>P uppger att de insisterar på att V ska få komma ut och få luft, inte vara inne i värmen, och försöker hjälpa V ut i skuggan, exempelvis under ett parasoll eller på bänkar under träd. P uppger att de ser till att V har en huvudbonad (keps, hatt eller mössa). P säger att de själva söker skugga om möjlighet finns. P i hemtjänsten berättar att de kan hjälpa V ut, men sedan måste de gå, då får V klara av att klä av sig själv. P säger att de nyttjar balkongerna med V innan solen når dit, fikar och äter lunch där och att de öppnar balkongdörr så V kan ta sig ut. P berättar att de undviker att vara ute mitt på dagen när det är som varmast.</p> <p>P berättar också att vid ett tillfälle byttes matsedeln ut en varm dag på ett särskilt boende, från varm till kallare mat, och kaffe byttes mot saft. P berättar att de satte alla i ett svalt rum och tittade på film tillsammans. P berättar också att de även undviker att öppna kylskåp så mycket, och att de håller V torra och ser till att de inte ligger för mycket för att undvika trycksår. Viss P berättar att man handlar och laga mat under svalare perioder under dygnet.</p> <p>P säger att de försöker övertala V om åtgärder. Någon P berättar att denne har frågat Ä:s granne om denne kunde hjälpa V ut. P avråder V från att promenera om det är jättevarmt.</p> <p>P uppger att V ev. skulle kunna ligga nakna och ha vatten och kalla handdukar i pannan. Man säger också att fötter och händer är värmepunkter som kan kyla av kroppen. P säger att förebygga allt kan man nog inte och att åtgärder genomförs och att man tror att man fångat in de flesta åtgärder som kan göras. P uppger att om en åtgärd innebär någon risk så utförs den inte.</p> <p>En chef uppger också att det är dennes ansvar att ge P möjlighet att hjälpa Ä. TES-planerare och samordnare uppger att de inte gör några åtgärder i sin nuvarande tjänst.</p> <p>P uppger att V inte får något psykologiskt stöd under VB och att detta beror på tidsbrist. P berättar att de inte kan säga saker som att det snart är över, för det är inte något man kan veta.</p> <p>Andra P berättar att de själva talar med Ä, och P säger att de försöker uppmuntra V genom att försöka hitta något positivt (<i>"Hoppas det blir bättre väder snart"</i>, <i>"I morgon kanske det är kallare, snart blir det regn"</i>). P berättar om strategier som att tala med V om värmen och sedan komma in på något annat och på så vis komma bort från hur eländigt det är, att förklara för V hur värmen påverkar kroppen samt att förklara för V vad som händer vid hjärtklappning och att man då ska ta det lugnt och inte få panik. P säger att det ger trygghet om man vet vad det är för fel, då P inte kan vara på plats hela tiden. P berättar att P och V talar om globala uppvärmningen. P säger att det är lättare att tala med P än de dementa, det är svårt att säga till de dementa att dricka eftersom alla inte förstår det</p> <p>Ä har stöd från anhöriga berättar P, som deras barn, men P säger också att om anhöriga inte finns så har V inget ytterligare stöd. P säger att V även kan få stöd från en godeman eller via dagverksamhet, där V träffar andra människor. P rapporterar även att V har stöd från vänner, grannar, bekanta, kontaktperson, de som kommer med mediciner, från distrikt, chef, LSS, kurator och präst, från rehab, SSK, läkare, kören och studiecirkel. P nämner också att hemtjänsten oftast kommer närmare V än anhöriga, eftersom hemtjänsten besöker dem oftare.</p>
--

I Box 6 framgår det att personalen säger att åtgärder som borde genomföras i boendemiljön bl.a. är införskaffande och installation av AC, persienner och markiser överallt, tillgång till fläktar samt att uterum med tak borde byggas. Man säger även att personalen borde involveras i bygganden av äldreboenden redan i planeringsstadiet.

När det gäller åtgärder som borde genomföras i form av stöd och omsorg så säger personalen dels att ny personal borde utbildas i värmeböljor, dels att tiden hos vårdtagarna borde utökas under värmeböljor. Då skulle man ha tid att göra det lilla extra t.ex. hos de som har få insatser och är på väg att bli dementa. Andra i personalen säger att de inte kommer på/tycker inte att det finns några ytterligare åtgärder som borde genomföras.

*Box 6. Sammanställning över personalens uttalanden om åtgärder som borde genomföras i omsorgen för att reducera effekter av värmeböljor hos vårdtagarna, både i boendemiljön och via stöd/omsorg.*

Åtgärder som borde genomföras	
Boendemiljö	<p>Automatisk AC borde installeras uppger P, både hemma hos V och på de särskilda boendena. Andra P uppger dock att det blir kallt och därför går det inte. P säger att persienner och/eller markiser borde finnas överallt, helst vara automatiska och fällas ut när solen kommer. Parasoll är också något man uttrycker borde finnas.</p> <p>P berättar att det borde finnas tillgång till fläktar, t.ex. genom uthyrning eller möjlighet att låna, något som aldrig kommer att hända säger P. P uppger att extra stora fläktar vore önskvärt t.ex. golvfläktar. P säger att detta vore bra eftersom vissa V inte kan handla själva och de har inga anhöriga som kan köpa en fläkt, de kanske också vägrar ta vissa insatser från hemtjänsten för att de inte har råd. P berättar även att de har önskat timer på lamporna, för att sänka styrkan på dem lite så det inte blir så varmt inomhus.</p> <p>P säger att de borde vara med och påverka redan när särskilda boenden ska byggas. P berättar att de önskar riva ett särskilda boende och bygga ett nytt hus, men uttrycker också att det är för drastiskt. P uppger att ett boende borde renoveras, så att V har möjlighet att ta vatten på sitt rum, men det ser inte så ljust ut i dagsläget. P säger att balkonger borde byggas i andra vädersträck än söderläge, att man borde bygga lägenheter som är anpassade för värme och kyla samt att fundera på vilket byggnadsmaterial som används, hur mycket värme huset alstrar. Alla borde bo i hus, på bottenvåningen, så att de kan öppna och gå ut lätt, något som inte är genomförbart berättar en ur P. P säger även att man bör tänka på vilket fönsterglas som används, vad gäller fönster i söderläge. I framtiden måste fönsterstorlekarna minska eller polaroidfönster installeras säger P.</p> <p>P säger att uterum med tak borde finnas, eftersom V i nuläget inte kan vistas i skuggan under en längre tid, på förmiddagen finns det skugga utomhus men inte på eftermiddagen. En uppger också att det borde finnas träd/skugga utomhus för att det inte ska bli så varmt inomhus.</p>
Stöd/omsorg	<p>P säger att ny P borde utbildas i VB och att media eventuellt borde uppmana till åtgärder när det är varmt, t.ex. att man ska dricka mer. P berättar att det borde finnas information direkt till Ä, samt att man borde påminna V om att dra för persienner. P uppger att dementa borde bo på bottenvåningen så att de lättare kan gå fram och tillbaka och få utevistelse.</p> <p>Tiden borde utökas under VB som en säkerhetsåtgärd uppger P, så man har tid att göra det lilla extra t.ex. hos de som har få insatser och är på väg att bli dementa. P säger att åka och bada är ett förslag på något som kan tänkas uppskattas, det är dock kanske inte så lätt att genomföra.</p> <p>Man borde vädra åt det håll som är skugga uppger P och att V inte borde ha lika mycket kläder och sängkläder sommartid som de har på vintern. P säger att V kanske borde få duscha oftare, exempelvis borde man kunna skölja av V när man gör denne i ordning för kvällen eller om det är någon som är mer tungskött, i alla fall</p>

	<p>tvätta av med några tvättlappar.</p> <p>Andra P säger att de inte kommer på några åtgärder som borde genomföras, och man berättar att de inte tycker att det finns ytterligare åtgärder som borde genomföras. Om V får vätska, svalka, luft så tror P att V mår bra. Vissa P säger att V själva borde berätta hur de hanterar värmen, eftersom P ser det från sitt perspektiv.</p>
--	---

Box 7 redovisar en sammanställning över de hinder personalen säger att det finns för att genomföra åtgärder som skulle reducera negativa effekter hos vårdtagarna under värmeböljor, både för åtgärder riktade mot boendemiljön och mot stöd och omsorg.

Personalen säger att ett av de särskilda boendena är ett gammalt hus som inte kommer att byggas om eller få AC. Ett hinder är att det inte är möjligt att installera trinettkök i alla rum på särskilda boenden, och att vårdtagare som lider av stroke och förlamning och sitter i rullstol inte kan flytta runt i små bostäder med syfte att undvika varma rum eller att komma ut.

Ekonomi är också ett hinder uppger personalen, både för installation av AC, markiser och åtgärder genomförda via stöd och omsorg. Ett stort hinder för vidtagandet av åtgärder är vårdtagarna själva, de vill inte vädra eller dricka mm, de glömmar att vidta åtgärder och är svåra att påverka så att de vidtar adekvata åtgärder. Personalen förklarar att de inte kan tvinga vårdtagare som säger nej att genomföra åtgärder, personalens roll begränsas till rådgivning, speciellt mot vårdtagarna som bor hemma.

Ytterligare ett hinder som nämns av personalen är personalen själv, de kanske inte har kompetensen, de glömmar eller har inte motivationen att göra det.

*Box 7. Sammanställning över personalens uttalanden om hinder för åtgärder som skulle reducera effekter av värmeböljor, både åtgärder i boendemiljön och åtgärder genom stöd och omsorg*

Hinder för åtgärder	
Boendemiljö	<p>P berättar att ett av de särskilda boendena är ett gammalt hus, det kommer inte att byggas om och det går heller inte att skaffa luftkonditionering. Vad gäller AC så säger P att frågan är hur den ska finansieras och hur det ska ordnas i befintlig bebyggelse, AC är inte något som vård- och omsorgsförvaltningen har möjlighet att installera. P uppger att de har svårt att tänka sig att det skulle finnas i alla hyres- och bostadsrätter. Automatiska markiser eller persienner är inte något P kan åtgärda eftersom det gäller ingrepp i fasaden, vilket fastighetsägaren styr över. P vet dock inte hur man går tillväga, och vem som står för kostnaden, men man kan säkert tala med fastighetsägaren, ingen V har kommit med önskemål om markiser på sina fönster.</p> <p>P säger vidare att det saknas fysiska förutsättningar för att sätta in trinettkök hos alla Å, om det fanns så skulle V hämta vatten på rummet. P säger även att avsaknad av praktisk utrustning, så som tillbringare, är ett hinder. Ett nybyggt boende får inte pengar till åtgärder vilket också rapporteras som ett hinder av P.</p> <p>P berättar att många V lider av stroke och förlamningar och sitter i rullstol, dessa behöver hjälp ut när deras boende ser ut som det gör. P säger även att om V bor i en liten lägenhet som är vänd mot en varm sida kan denne inte flytta runt så mycket.</p> <p>En P berättar att det är svårare att få saker åtgärdade på ett nytt boende.</p> <p>P berättar att när det är VB är luften stilla så det är svårt få någon cirkulation på luften genom att vädra.</p>
Stöd/omsorg	P uppger att V själva är ett hinder vad gäller genomförandet av åtgärder, de vill inte dricka, köpa fläkt, köpa

och organisation	<p>AC, vädra, inte dra för markiser/persienner eller flytta till ett svalare ställe för att sova. P berättar att V tycker att det är onödigt med AC, att de ofta känner sig frusna och inte heller vill ha kallt, men att en del V kanske vill ha AC. P säger även att V eventuellt tänker ekonomiskt och vill kanske därför inte vidta åtgärder så som att skaffa AC.</p> <p>P uppger att det är svårt att påverka V att vidta åtgärder samt att V glömmer att genomföra åtgärder. P uppger att eftersom VB tar på krafterna för V blir de mer svårhanterliga, vill inte göra saker med P, vill inte ha kontakt och blir mer avskärmade. Ett hinder blir också att V inte orkar med t.ex. läkarbesök utan tackar nej till allting berättar P. P berättar också att om V inte klarar av att genomföra åtgärder själva så är det ett hinder, t.ex. om V är förlamade och sitter i rullstol, då behöver de hjälp av P för att komma ut.</p> <p>P förklarar att de inte kan tvinga V som säger nej att genomföra åtgärder, t.ex. att vädra, P genomför bara åtgärder om V själva vill. Man berättar att åtgärder P kan göra utan Ä:s medgivande begränsas till rådgivning, information och att påminna V om åtgärder samt ställa fram vätska. P säger att de inte vet hur V som vill vara där i sin bostad upplever temperaturen, det kan hända att P får inte vädra trots att det är 40 grader inomhus. Ytterligare hinder som nämns är om V inte har insatser varje dag, då kan P inte påverka V att vidta åtgärder, exempelvis påminna dem om att dricka. Det nämner man speciellt när det gäller V med begynnande demens. Om det inte upptäcks och V har få insatser kontaktar inte P V under VB för att kolla upp dem.</p> <p>P uppger att pengar är ett hinder för genomförande av åtgärder, det kan vara både ekonomin för V själv och för den kommunala verksamheten, det senare nämns som ett problem över hela Sverige. P berättar att pengar för inköp av AC och fläktar saknas. P säger också att det är så kort tid varje år som det är varmt, samt att AC och markiser är en investering som de måste ansöka medel om för att få. P uppger också att där persienner inte finns, utan är som ett tillval, är pengar antagligen också ett hinder, det samma gäller för ombyggnation. Allmänna nedskärningar i verksamheten är också ett hinder enligt P.</p> <p>P nämner att avsaknad av anhöriga som kan genomföra åtgärder (t.ex. köpa fläkt) kan vara ett hinder, samt anhöriga som inte vill genomföra åtgärder. P berättar att anhöriga inte alltid tycker att fläkt eller något annat som underlättar boendemiljön behöver köpas in. Det kan bero på att anhöriga tycker att det blir dyrt, att de anhöriga är egoistiska, inte samarbetsvilliga och alltid vet bäst säger P.</p> <p>P säger också att de inte alltid genomför åtgärder trots att de fått information om det, t.ex. så kanske P inte tar till sig information, förutsätter att andra ska göra det eller att det inte berör dem. P säger att okunskap hos P gör att de inte genomför åtgärder som att erbjuda vätska, och att SSK får tjata på P om att de ska genomföra åtgärder. P berättar att ett annat hinder är att P glömmer åtgärder.</p> <p>P säger även att ett hinder kan utgöras av att beslut måste tas via biståndsbedömare, t.ex. om V inte har handlingsinsats så kan P inte köpa en fläkt eller om V inte har dusch kan P inte duscha Ä. Ytterligare hinder som nämns av P är att vissa saker inte ses som något problem fast de i realitet kan vara det, samt att det tar extra tid att jobba sommartid.</p> <p>För de åtgärder P redan genomför i dag nämner P att det inte finns hinder för genomförandet, andra P nämner att det inte finns hinder för genomförande av åtgärder generellt, t.ex. för inköp av solskydd.</p>
------------------	--

Som framgår av Box 8 säger personalen att en sak som skulle underlätta genomförandet av åtgärder i boendemiljön är mera ekonomiska medel samt om boendemiljön skulle anpassas för värme redan vid byggandet, så som installation av AC. Annan personal säger att de inte kan se/komma på något som kan underlätta genomförandet av åtgärder i boendemiljön.

När det gäller underlättandet av åtgärder med avseende på stöd och omsorg säger personalen att mera resurser i form av pengar, tid och personal skulle underlätta. Andra faktorer som personalen nämner är kommunikation om värme, negativa effekter och hur man bygger i alla led, så att alla får bidra med det som man är duktiga på, samt att ha bra skriftlig dokumentation på hur personalen har haft det under värmeböljor.

*Box 8. Sammanställning av personalens uttalanden om underlättande av genomförandet av åtgärder som skulle reducera negativa effekter av värmeböljor på vårdtagarna.*

Underlätta åtgärder	
Boendemiljö	<p>P uppger att genomförandet av åtgärder såsom AC skulle underlättas om de var gratis, då skulle eventuellt hälften av V ta en, men inte alla V eftersom det är en nymodighet och något konstigt. P uttrycker också att det skulle underlätta om AC installerades redan vid nybygge eftersom det är svårare att få sådana åtgärder sedan. P säger att kan underlätta om en hyresvärd finns som kan hjälpa till och ha tips på åtgärder, samt att om det är svalt i bostaden så underlättas P:s arbete.</p> <p>Det finns också P som inte ser eller kommer på något som kan underlätta genomförandet av de åtgärder som de genomför i dag. P säger att det inte finns något som kan underlätta fläktanvändning hos V som är dement.</p>
Stöd/omsorg	<p>P säger att mer resurser i form av mer P, tid och pengar avsatta till vården/inköp kan underlätta genomförandet av åtgärder, t.ex. så att dusch kan beviljas, att P kan hjälpa V med åtgärder i boendemiljön och att P kan påverka V att tänka på åtgärder. Det skulle kunna ske via höjda skatter eller om en miljonär skänker pengar uppger P.</p> <p>P berättar att något som skulle underlätta är kommunikation om värme och hur man bygger i alla led, så att alla får bidra med det som man är duktiga på. Här nämner P kommunikation med V (förklara för dem varför åtgärder behövs), mellan P (påminna varandra om åtgärder och så man arbetar mot samma mål), mellan de som går dag-, kvälls- och nattpass (för att inte missa något så V inte blir sårbara), genom utbildning av P om VB (att medvetandegöra åtgärder för P) samt med P om vad för åtgärder som genomförs (då kanske P får idéer om vad de vill göra). P uppger att det skulle underlätta om man lyssnade på P och Ä.</p> <p>P uppger att en bra skriftlig dokumentation på hur P haft det under VB skulle underlätta. Den skulle lämnas till chef och vidare, så att åtgärder ska bli verklighet, det har inte hänt mycket när P muntligt påtalat problem med VB. P nämner även kontinuerlig kontroll av att åtgärder genomförs av P själva, om alla tänker på åtgärder så fungerar det.</p> <p>P säger vidare att det underlättar om V har kunskap om sina rättigheter, om de vet att de får duscha mer än en gång i veckan kan de säga att de vill det. P säger även att det underlättar om V känner av värmen och förstår varför åtgärder genomförs samt om det finns kompetenta semestervikarier. Man nämner att om P känner V så underlättar det, då vet P om V behöver vätska o.s.v., samt om V tycker bra om P är det kanske också lättare att övertala V att vidta åtgärder.</p>

Personalen anger en rad organisatoriska faktorer som har inverkan på hur värmeböljor kan medföra negativa effekter för vårdtagarna under värmeböljor.

En organisatorisk faktor som har inverkan är biståndshandläggaren (BIS). Om BIS planering av insatser riktade mot vårdtagarna inte stämmer med den verkliga situationen (för mycket eller för litet) kan det innebära att vårdtagarna inte får de insatser de behöver eller har för mycket insats, vilket medför slöseri med organisationens resurser samt passivisering av vårdtagarna. Några i personalen uppger att uppdateringen av insatser via BIS släpar efter, så att om en vårdtagare har legat på sjukhus

och fått sitt behov av insats bedömt efter den status denne har då så kan den vårdtagaren ha för mycket insats då denne kommer hem och är friskare.

När det gäller genomförandeplanen (GP) säger personalen att även här finns det en fördröjning i hur den uppdateras och därmed minskar dess betydelse som verktyg för hur vård och omsorg ska bedrivas hos vårdtagarna. Dessutom nämner personalen att GP är ett tungrovt dokument som tar för mycket tid att läsa. Personalen säger att den utgör ett hinder för verksamheten för att den tar tid att skriva och kan innehåller för specifika inslag.

Det varierar i svaren som personalen ger på frågan om det finns handlingsplan, en del personal säger att det inte finns handlingsplaner och rutiner, andra i personalen svarar att de inte vet, medan andra säger att man har fått informationsblad av ledningen.

När personalen tillfrågas om de får information om risker kopplade till värmeböljor säger viss personal att de informeras på olika sätt, annan personal säger att de inte informeras. På frågor om information till sommarvikarier säger några i personalen att vikarier informeras på morgonmötena, medan annan personal säger att de inte vet om sommarvikarier informeras.

Personalen uppger två förhållningssätt att kommunicera oro för vårdtagarnas hälsotillstånd, dels att man kommunicerar det till ledningen och sinsemellan och dels att man inte gör det, det har inte funnits något behov.

Personalen uppger ett antal personliga mål i intervjuerna, bl.a. att: man vill hinna det lilla extra med vårdtagarna, vårdtagarna inte ska behöva bli uttorkade, inte sitta inne utan kunna komma ut trots att det är varmt ute. Personalen säger att de tycker att det är en självklarhet att man vädrar och att man gärna går ut med vårdtagarna. Viss personal säger vidare att vårdtagarna bör få duscha oftare, medan andra i personalen tycker att antalet gånger är tillräckligt eftersom vårdtagarna tvättar av sig dagligen.

Det finns en stor variation i den tid som personalen uppger att vårdtagarna får. Viss personal tycker att de har för lite tid hos vårdtagarna, annan personal säger att tiden räcker till.

När det gäller organisationen rent generellt säger personalen att det är ett problem med maten till vårdtagarna vid värmeböljor. Maten beställs ett halvår i förväg, och då vet man inte hur varmt det ska vara just de dagarna. Det finns en variation i vad personalen säger om organisationens roll kopplad till värmeböljor. Viss personal ser inga problem, annan personal säger att organisationen påverkar, och det via resursfördelningen av t.ex. personaltillång över dagen, det måste vara mest personer mitt på dagen då allt ska göras. Några i personalen rapporterar att man inte organiserar om för att det är varmt ute, andra i personalen säger att man organiserar om nästan allt arbete, eller om det är möjligt, t.ex. flytta en tung städning från mitt på dagen till kvällen då det är svalare.

*Box 9. Sammanställning av personalens uttalanden om organisationen kring vårdtagarna och dess inverkan på hur värmeböljor kan innebära negativa konsekvenser för dem.*

Organisation	
Bistånds-handläggare (BIS)	<p>P uppger att det är BIS som beslutar om alla insatser till V utifrån behov (så som dusch), ibland efter det att BIS besökt V för att inventera hjälpbehov. Efter att BIS beslutat om insats går P igenom beslutet med V. BIS uppdaterar sina bedömningar om insats om nya behov uppstår, både ökade och minskade (t.ex. mera dusch, mindre tid). P rapporterar att om BIS beslutar om särskilt boende så är det bara en ram, inget innehåll, så som dusch etc.</p> <p>P uppger att det generellt inte är några problem om V behöver mera hjälp, då fattar BIS ett sådant beslut. P säger även att BIS kan lova V insatser på vissa klockslag, men vet inte hur P måste jobba, och att det inte</p>

	<p>alltid håller. P säger att BIS inte ska besluta om tider, BIS ska besluta om insats.</p> <p>P:s åsikter om BIS planering varierar, vissa P uppger att BIS planeringar sällan stämmer med verkligheten, det är för mycket eller för litet. Andra P säger att BIS planering fungerar ganska bra, att V får de insatser de verkligen har behov av.</p> <p>P berättar att vissa insatser kan vara svåra att dra tillbaka om V visar sig klara av sysslorna själv, speciellt efter tillfrisknande efter sjukhusinläggning. BIS gör en bedömning av insats i det akuta läget då V ligger på sjukhus, och två veckor senare har V:s behov av insats kraftigt reducerats och här behöver BIS ompröva insatsen. P uppger att konsekvensen blir att P kan bli dubbelbemannade, att V får hjälp med sådant V kan och borde göra för att aktivera sig. P säger att det kan få konsekvenser för HTJ:s ekonomi som de säger vara hårt ansträngd. P uppger även att det kan passivisera V. Här uppger P att de kan få kontakta BIS för att plocka bort vissa insatser. Svårigheten för BIS är att bedöma V:s insatsbehov två veckor fram i tiden när V befinner sig på sjukhus.</p> <p>P har även yttrat att det finns tillfällen då BIS inte kan bevilja mera dusch som insats pga. brist på ekonomiska resurser, och att vissa typer av insatser har så lite tid att de knappt kan utföras. P säger även att det känns bra när de kan samarbeta med BIS, att både P och V kan påverka BIS bedömningar. P säger att de ibland önskar en P till en V, men vet att det inte går.</p>
Genomförandeplan	<p>P säger att GP styr V:s vård och omsorg. Samtliga tillfrågade P säger att det finns GP för V, varav viss P säger att det är ett viktigt verktyg. P säger att GP är en förenklad arbetsplan som finns i medicinsigneringspärmen, och att det var något som man började med för något år sedan. P uppger att GP ska upprättas efter 14 dagar upp till 3 veckor efter det att V kommit till särskilt boende eller senast en månad efter beviljad hemtjänst, och då är ledningen med och signerar planen tillsammans med V. Man säger att GP först diskuteras med BIS och att den sen görs upp i dialog med V och anhöriga eller godeman, genomförandet av GP utgår från beviljade insatser. Man korrigerar GP:n i samtal med V om något inte stämmer och den ska följas upp med avseende på dess mål.</p> <p>Man uppger en variation i hur GP uppdateras, var tredje månad, en gång i halvåret, en gång om året och om förändring i Ä:s status uppstår, där V ska skriva under den uppdaterade versionen. P uppger att man ibland glömmer/inte hinner med att uppdatera GP:n, det är svårt att hålla reda på alla förändringar. Vid förändringar av småsaker uppdateras inte GP:n. P säger att ledningen och SSK inte alltid är med på uppdateringarna av GP:n. GP går alltid igenom av V:s kontaktperson, och man kontrollerar vad V klarar av själva, insatser, telefonnummer, bl.a. Man uppger att det skulle vara möjligt att få jobba mer med GP:n, men då måste man säga till ledningen som avsätter tid för det.</p> <p>Man säger att GP innehåller mycket information, ett tjockt gediget material med specifika detaljer om de insatser och den hjälp som V ska ha, V:s önskemål samt anhörigkontakter. Man uppger även att det finns ett pristak, GP kan inte innehålla allt V önskar, kostnaderna för insatserna är inkomstbeprövade. P säger att det är bra att flera personer samlas kring V:s önskemål, både V, BIS, P och anhöriga.</p> <p>När det gäller <b>särskilda boenden</b> så säger P att de initierar upprättandet av GP. P rapporterar även att det kan vara svårt att upprätta en GP direkt efter det att V har blivit inskriven på särskilt boende, V måste få "bo in sig" ett tag.</p> <p>Man säger att GP ska användas för att informera vikarier, att det är mycket som vikarierna ska ha i huvudet och GP kan hjälpa dem så att de inte glömmer, men att den kanske inte används så.</p> <p>P säger att GP genomförs, det står i lagen och att det inte finns några hinder för att genomföra dem.</p> <p>Andra P uppger att GP genomförs i största möjliga mån, men inte till 100 % p.g.a. att V har så speciella krav,</p>

	<p>att ekonomin inte tillåter det samt brist på P. P säger att det inte alltid går att specificera tidpunkterna för vissa insatser p.g.a. P-brist vid vissa belastade tider på dagen. Andra P säger att GP innehåller allt det V önskar. Andra P säger att GP innehåller så lite insatser så att det ska vara möjligt att genomföra alla. Vissa P säger att det hinder som finns för genomförande är V själva, de vill inte. Andra P säger att GP inte genomförs p.g.a. att den glöms bort, samt att de uppdateras, att det kommer nya GP hela tiden som man inte hinner läsa igenom. P rapporterar att om något händer med V så tar man fram GP igen. Man säger att insatserna kan ändras snabbt, och ibland stämmer inte det med det som står i GP.</p> <p>Andra P säger att GP är ett svårhanterligt och opraktiskt dokument som inte har praktisk relevans som arbetsmaterial, att den utgör ett hinder för verksamheten för att den tar tid att skriva och kan innehålla för specifika inslag (t.ex. att V ska få DN kl. 07.00). Man uppger att GP borde vara enklare för att bli praktiskt användbar. P säger att det är svårt att samordna tider med alla inblandade om GP uppdateras. För att kunna informera vikarier uppger man att man utarbetat en förenklad version av GP som P snabbt ska kunna titta igenom, inte 45 sidor text, det hinner man inte. P uppger att den förenklade GP är lättillgänglig och att den fungerar bra, det är ungefär som en checklista.</p> <p>P säger även att GP och hur den ska användas inte har förankrats hos alla, och att förvaltningen ser över dem i nuläget. P rapporterar att hemtjänstens verksamhet redan är tydligt definierad, GP blir bara en upprepning.</p> <p>P säger att GP inte innehåller rutiner för VB.</p>
Handlingsplan/ rutiner	<p>Det varierar i svaren som P ger på frågan om det finns handlingsplaner/rutiner. En del P säger att det inte finns handlingsplaner och rutiner, andra P svarar att de inte vet, medan andra säger att man har fått informationsblad av ledningen. P säger att det finns en riskpärm, men att det inte står något om VB där. P säger att det finns på dagis, och att det borde finnas inom Ä-omsorgen också.</p>
Information	<p>När <b>P tillfrågas om de får information om</b> risker kopplade till VB säger vissa P (inkl. chefer) att de informeras på olika sätt, av chefer, SSK eller sjukhusen om vad de ska tänka på när det är varmt (så som att komma ihåg vikten av att ge vätska, att se till att V får i sig vätska samt att påminna V om att dricka själva), och att där man hittar information om fallrisker finns även information om risker med VB. Andra P uppger att det fanns en informationslapp som hängde på kontoret hela sommaren samt att det funnits information på intranätet.</p> <p>P berättar att en lapp med information är tillräcklig om man kan läsa, men att lappar med information försvinner lätt samt att man kanske inte kommer ihåg det på samma sätt som om någon talar om det.</p> <p>Andra P säger att det inte finns information om risker med VB som riktas direkt till P, det är samma informationsblad som går ut till V. P uppger att man får sin information via sin egen erfarenhet samt att man har läst om riskerna i olika sammanhang, t.ex. internet. Vissa P berättar att i somras var det första gången man fick information om VB. P uppger även att man får information från anhöriga om V:s behov, men även från distriktssköterskan som t.ex. att kontrollera att vissa V åter som de ska.</p> <p>P säger att man inte berörde risker kring VB under sin utbildning, samt att som chef får man sin information via sin utbildning, centralt håll inom organisationen, samt från Climatools.</p> <p><b>På frågor om information till sommarvikarier</b> säger P att vikarier informeras på morgonmötena, och då är manträt dryck. P uppger att de ger vikarierna information själva. P säger att vikarier får samma informationslapp som P. Andra P säger att de inte vet om sommarvikarier informeras, inte generellt i alla fall. P uppger att man har kört med samma sommarvikarier i flera år nu, och vet inte om de informeras särskilt.</p>

	<p>P säger att det fungerar med sommarvikarierna, många är duktiga, men ibland har man för många oerfarna tillsammans. P uppger att sommarvikarierna går en introduktion och får handledare, där de ska informeras om bl.a. VB, men att de även får sin erfarenhet genom att utföra själva arbetet. P säger även att man märker om sommarvikarierna inte fungerar, då är det viktigt att byta ut dem i tid, men att det tar ett tag innan man ser det. P uppger att sommarvikarier eventuellt skulle behöva mer information om VB, och hoppas på att den information som finns sprider sig bland sommarvikarierna.</p> <p>Som svar på frågor om <b>information till V</b> om VB säger P att det finns ett informationsblad som kommunen tryckt upp om risker med VB och vad man ska tänka på när det är varmt (klädsel, att dricka mycket, att sitta i skuggan), medan andra P uppger att det inte finns, att det är sunt förnuft som råder. De P som säger att det inte finns någon information säger även att en folder om risker kring VB som riktar sig till V vore bra. Om V informeras är det från VC eller av distriktsköterskan, inte C, och det handlar om att dricka mycket vätska. P säger att V informeras om det finns möjlighet direkt av dem själva eller av SSK. Det gäller speciellt om V lider av demens, då får P påminna dem mycket. P säger även att det kan vara så att V inte lyssnar på dem, det kanske vore bra med en folder.</p> <p>När P tillfrågas om informationsblad till anhöriga säger P att det finns.</p>
Kommunikation	<p>Man uppger två förhållningssätt att kommunicera oro för V:s hälsotillstånd, dels att man kommunicerar det till ledningen och sinsemellan och dels att det inte gör det, det har inte funnits något behov.</p> <p>P och V kan kommunicera om VB, och att det inte handlar om att stänga solen och värmen ute, utan mer om att kunna leva med den värme vi får.</p> <p>P säger att man kommunicerar dagligen med varandra (på morgonmöten) och med chefer om saker som att om någon V inte mår bra av bl.a. värmen, man ber varandra att hålla koll på vissa V och hur man ska agera om man hittar V död. P säger att den kommunikationen sällan dokumenteras. P uppger även att de kan kommunicera med A om t.ex. att se till att V får i sig vätska, och med DS om man upplever oro för uttorkning. P säger att de även kan kommunicera direkt med V om eventuella åtgärder för att reducera effekterna av VB, andra P uppger att de inte har pratat med V om risker med VB. Ett exempel som nämns är om de ser att V inte dricker så rapporterar man det till SSK:n som sätter in dropp. P uppger att de är bra på att ge varandra muntlig dokumentation angående vad som ska göras, så som att påminna varandra om vikten av vätska.</p> <p>P uppger att ledningen, såsom närmsta chef, lyssnar och att man generellt sett får bra respons, ett forum för kommunikation mellan chefer, P och SSK är de veckovisa möten man har. P säger att ledningen kommunicerar med dem varje sommar om risker kopplade till VB. P säger även att man inte har kommunicerat något med ledningen på lång tid, det är i så fall under väldigt speciella omständigheter.</p> <p>Man uppger även att man ibland kan bli nonchalerad, speciellt om ledningen inte är helt insatt i problemet samt att ledningen verkar prioritera var de ska lägga sin energi p.g.a. att det finns så mycket att göra. Man berättar att man kan få höra att det inte finns pengar till extra insatser/åtgärder, det får skjutas upp till nästa sommar (t.ex. att installera markiser) samt att det är så kort period, värmen är snart över och att vissa önskemål om åtgärder (t.ex. minska antalet watt på lampor i allrum) inte har hörtsammats.</p> <p>Chefer uppger även att man kommunicerar med SSK om V mår dåligt, som i sin tur kan fatta beslut om åtgärd eller kommunicera det vidare till läkare. Chefer säger att de kommunicerar även med P för att påminna om att se till att V dricker.</p> <p>BIS kontaktas av P eller V. P uppger att de samarbetar med BIS. P uppger att de kontaktar BIS om P har mindre tid med V än vad P upplever att V behöver, ibland med hjälp av arbetsledare och att BIS lyssnar på P om mer tid behövs. P säger att BIS lyssnar på dem och på V, de kan t.ex. informera om att V har ett ökat</p>

	<p>behov av dusch.</p> <p>P uppger att de kan kommunicera med V och att de har förståelse för att P inte kan finnas på plats jämt, men att de kan larma om något händer.</p> <p>Chefer uppger även att det skiljer sig åt hur man kommunicerar inom kommunen och hur man kommunicerar till landstingen, man har inte samma språk i de två organisationerna. Boende hemma hör till en vårdcentral och kommun/landsting talar inte alltid samma språk. Om det skulle vara så att V behöver vård inom landstinget så är det inte alltid konfliktfritt.</p> <p>P säger också att de upplever det som om de inte får veta något som sker inom kommunen.</p>
Mål	<p>P berättar att man vill hinna det lilla extra med V, V ska inte behöva bli uttorkade, inte sitta inne utan kunna komma ut trots att det är varmt ute. P berättar också att de behandlar V som de själva vill bli behandlade.</p> <p>P säger att de tycker det är en självklarhet att man vädrar, och att vätska finns till V. P går gärna ut med V, men det är svårt eftersom P är underbemannade.</p> <p>V bör få duscha oftare, P säger att antalet gånger V duschar inte är tillräckligt, man säger att V borde duscha en gång per dag, att det inte är tillräckligt för de som är uppe och går eller har feber. P säger att de önskar att V duschade oftare eftersom många använder inkontinenshjälpmedel och då kan det vara bra för att undvika urinvägsinfektioner i värmen samt att V borde kunna duscha i lugn och ro även sommartid, även om de trötta.</p> <p>Andra P tycker att antalet gånger är tillräckligt eftersom V tvättar av sig dagligen.</p>
Organisation, generell	<p>P säger att V som har få insatser oftast är friskare, t.ex. så har en del V bara en städinsats varannan vecka. Insatserna betalas av V givet deras inkomst. Eftersom de betalar så ska de inte ha mindre insats, om P inte hinner med allt under given tid får denne förlänga sin dag.</p> <p>P uppger att de kontrollerar om V tagit medicin, lämnar matlådor, besvarar säkerhetslarm och kan även ringa BIS från sjukhuset och informera om status hos V mm. De besöker ofta samma V så de lär känna dem och vet vad de behöver, man är också som P kontaktperson till ett antal V som man har extra ansvar för. Kontaktpersonen kontakter t.ex. anhöriga om V behöver en fläkt. Man nämner även att om någon V mår dåligt ser man till att rätt yrkeskompetens blandas in (läkare, sjukgymnast mm.) eller ger extra tillsyn. Extra tillsyn (t.ex. för att kontrollera att V intar vätska) måste planeras, för att allt är schemalagt, enligt P. P säger att vid bostadsanpassning kontaktas BIS. Man säger också att det är viktigt med tillräckliga P-resurser för att kontrollera verksamheten och status hos V. Man berättar att på ett äldreboende finns också två ansvariga sjuksköterskor som kontrollerar att P ser V:s behov och vidtar åtgärder.</p> <p>P uppger att det är ett problem med maten till V vid VB. Maten beställs ett halvår i förväg, och då vet man inte om en värmebölja ska inträffa eller ej. Då kan V få varm mat just den dagen då det är väldigt varmt, då de istället borde äta en sallad. Man uppger att organisationen har en roll när det gäller att informera vikarier om t.ex. vikten av att påminna V om intag av vätska. P säger även att de borde ha involverats vid nybyggande av äldreboende. Andra P berättar också att de i ett fall var med och tyckte till om nybyggnation.</p> <p>P säger att man inte vet vad man kommer in till hos V. P berättar att man vet vad man gett sig in på och har valt jobbet själv, om det är jobbigt hos någon V kan man inte vägra gå dit. P uppger också att de måste samarbeta med V och att de försöker samarbeta med anhöriga, genom att de har träffar. P säger att de försöker göra det bekvämt för V och om P är stressade så försöker de att inte visa V det.</p> <p>Det finns ansvariga planerare som P samarbetar med och kan samråda med om extra hjälp till V. P</p>

	<p>rapporterar också att de har varit utan chef ett längre tag och att någon vikarierande chef ej tillsatts. P säger att de inte ser sin chef speciellt ofta, men att de är rätt självgående. Man säger att man generellt har minimibemannning i underkant så man upplever att man inte hinner med det lilla extra, men att man nu har fått lite extra resurs så man t.ex. hinner med promenad. P säger att ledningen är med på möten, och att de ger en daglig rapport om status hos V. Man uppger att man har boendegenomgångar en gång i månaden med ledning och P. Då går man igenom alla boende tillsammans (P, chefer, arbetsterapeut, sjukgymnast och SSK) och uppdaterar status på V. Det är chefen som måste kontakta fastighetsförvaltaren vid problem med t.ex. ventilation, för att saker ska bli ombesörjda.</p> <p>P säger att bemanningen sker utifrån en riskbedömning, samt att vid mera insatser hos V tillsätts mera P. P nämner att man organiserade om verksamheten för två år sedan och att det har varit en ansträngande process. Man uppger att organisationen var bättre för två år sedan, innan omorganisationen. P säger att det fanns mer marginaler tidigare. Man säger att eftersom man jobbar med människor kan det hända oväntade saker, samt att om V har mer besök så tillsätter man mera P.</p> <p>Man beskriver att det är svårt att flytta till särskilda boenden, det finns få sådana och få platser, V måste då bo hemma och vänta i år på att få plats. P säger att det är tragiskt att V ensamma ska behöva vänta, de som får flytta är V som har mycket hemtjänst och inte klarar sig fysiskt, de har många krämpor eftersom kvarboendepincipen råder. Man berättar också att det börjar talas om att även de som mår psykiskt dåligt ska kunna få plats, eftersom detta är något som kan vara lika jobbigt. V kan vara oroliga om de bor ensamma och P springer där många gånger dagligen, de ska känna trygghet i att det finns någon i huset.</p> <p>P uppger att på sommaren så jobbar halva den ordinarie P-styrkan hela tiden vilket är en trygghet för V. Det är viktigt att se till att all ordinarie P inte går på semester samtidigt, det är viktigt att kompetent P finns på plats, att man ser till att ha en ordinarie P på plats på både för- och eftermiddagspass. P säger vidare att det är viktigt att det finns P-resurser mitt på dagen under sommaren, då är som varmast och V blir som mest påverkade.</p> <p>P säger att det finns ett antal integritetsskyddande principer kring V som man tar hänsyn till i sitt arbete.</p> <p>Det finns en variation i hur P ser på organisationens roll kopplade till VB. Chefer ser inga problem kopplat till organisationen vid VB. Andra åsikter som framkommer är att organisationen påverkar, och det via resursfördelningen av t.ex. P över dagen, det måste vara mest personer mitt på dagen då allt ska göras. P säger även att man har mycket att göra inom hemtjänsten, att stressen kan innebära att man inte hinner uppmärksamma V och dennes behov. P berättar att organisationen är skyldig att se till att resurser finns.</p> <p>Chefer rapporterar att man inte organiserar om för att det är varmt ute, inga P-förändringar sker utan det är åtgärder som svalka och vätska som bör genomföras. P uppger att om man har en större aktivitet som i sig inte är kopplad till värme, som bad i någon sjö, då tillsätts mera P. Det sker dock inte särskilt ofta.</p> <p>Andra P säger att man organiserar om nästan allt arbete, eller om det är möjligt, t.ex. flytta en tung städning från mitt på dagen till kvällen då det är svalare och undvika gymnastik. Här uppger man att de vardagliga rutinerna försvann, man gjorde de nödvändiga, som medicinering och skötsel av hygien. P säger att besluten om att omorganisera togs i det ögonblick som problemen uppstod. P uppger att det är teoretiskt möjligt att flytta tunga insatser som städ och dusch, men det är beroende på om V vill det. Man säger att organisationens högsta prioritet var att skydda V från värmen, vissa åtgärder var bra, andra sämre, och att insatserna kan ändras.</p> <p>Ytterligare andra P vet inte vad organisationen skulle kunna ha för betydelse när det gäller V och VB. Man säger att man inte vet vad som skulle kunna vara annorlunda och ser inte hur organisationen kan skydda V vid värmebölja.</p>
--	---

Tid	<p>Det finns en variation i det P uppger som tid för varje V:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inom hemtjänsten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ är man från 3 P på 8 - 11 V till 5 - 9 P på 16 V på dagtid,</li> <li>○ är man på kvällen antingen från 2 P på 8 V till 3 P på 16 V,</li> <li>○ är man på natten från 2 P på 8 V till 1 P på 16 V,</li> <li>○ är man på helgen 2 P på 11 V,</li> <li>○ har vissa V 9 besök/dygn (nästan ett besök i timmen dagtid) och ibland även nattbesök, men en V har bara 1 besök per månad,</li> <li>○ kan P ha 14 till 16 besök per arbetsdag.</li> </ul> </li> </ul> <p>P säger att vissa dagar kan flera V ha mera insatser än annars, då blir det stressigt enligt P. Det varierar även hur mycket tid olika V behöver och är beviljade, vissa V klarar mycket själva, ett besök kan vara mellan 5 minuter till 2 h.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• På äldreboende är man: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 P per avdelning där det finns 10 V</li> <li>○ nattetid 1 P på en avdelning på 10 V, men även 2 P på 40 V.</li> </ul> </li> </ul> <p>P säger att på äldreboende är det väldigt olika hur lång tid vissa uppgifter tar (från korta besök till 2 h), lägga fram kläder tar t.ex. inte lika lång tid som en städning. P uppger att tiden för olika uppgifter beslutas tillsammans med V och GP. P säger att det på demensboendet är fast P nattetid.</p> <p>P uppger att tid för olika insatser utdelas efter en schablon enligt de behov som BIS bedömer att V har, och att det är schemaläggaren som lägger ut insatserna på P. P säger att man har en handdator, och där ser man att insatsen för t.ex. värma matlåda är exakt 2 minuter, det lämnar inte mycket mer som man kan göra hos V. Insatser som städ sker varannan vecka, ledsagning har 3 h och man handlar mat 1 - 2 ggr/veckan enligt P.</p> <p>P säger att om man behöver mer tid måste man kontakta BIS, att tidsåtgången inte alltid stämmer, speciellt efter sjukhusvistelse, samt att vissa insatser borde få mer tid, så som att handla. P uppger att morgonarbetet kan vara hektiskt. P säger även att man "justerar" tiderna hos V. Om man har varit längre hos en V än vad man har tid för så jobbar man lite längre den dagen, alla tider förskjuts efterhand, eller så kortar man ner tid hos en annan V.</p> <p>På frågor om tid säger P att man har fått kortare pass hos V, det innebär att kvaliteten på arbetet har sjunkit samt att man känner sig otillräcklig, man hinner inte hjälpa V med allt. P nämner att det var annorlunda förut, nu drar man ner på allting, det är fler V på samma antal P och det är den verklighet man har att förhålla sig till. Just nu så har man förstärkning på natten, enligt P. P säger även att det måste gå, oavsett om man skulle bli en P på 13 V, för det finns inga mera resurser.</p> <p>P säger även att risken med att man är inne så pass kort tid hos varje V är att man blir så stressad av att hinna med allt som ska göras så att man inte hinner uppfatta hur V mår. P uppger att det tar ett tag att uppfatta och tolka hur V mår, om insatsen består av att lämna en matlåda vid dörren så kanske man inte hinner detta eller att stanna till för att se att V dricker det man har hållt upp. Andra P ser inte tidsbrist som en risk.</p> <p>P berättar att om många V är dåliga, om V är ledsna, trötta och griniga eller påverkade av värmen kan insatserna ta längre tid än vad som är tilldelat. P säger även att det tar längre tid hos V som är sängliggande, rullstolsbundna eller psykiskt sjuka. P uppger att om det är tidsbrist måste mat och mediciner prioriteras, då utför man inte städning eller ledsagning. P säger att om man inte har tid att följa V ut så blir de ledsna. P säger även att om de hade mer tid med V så skulle man åka iväg någonstans eller ha tid med en extra dusch.</p> <p>P säger att man inte har mer tid hos V p.g.a. värmebölja, det är samma tid som alltid, man har inte tid att t.ex. följa dem ut för att det är varmt. Andra P säger att det inte blir så mycket mer tid för att åka förbi för att</p>
-----	---

	<p>kolla om V har druckit det som de bör när det är varmt.</p> <p>P säger att om det är något problem med V så larmar man andra instanser. P uppger att på vissa ställen träffar en SSK V i princip varje dag, andra säger att SSK har rond varje torsdag och har inte tid att vara ute hos V som de vill. P säger att SSK ibland har ont om tid, ibland all tid i världen.</p> <p>Andra P säger att man har tid hos V, man är där långa stunder, och egentligen ska man inte göra något som V kan göra själv, man "jobbar med händerna bakom ryggen. P berättar att V kan bli så uppspelta när de kommer någon, så livet leker, när de går därifrån är allt skit igen.</p>
--	---

### 3.4 Diskussion och slutsats

Personalen nämner att äldre som lever ensamma och har brist på sociala nätverk/aktivitet är särskilt sårbara (Box 2), vilket även har stöd i andra studier (se kunskapsöversikten i denna rapport). Detta stöds också från forskning inom andra områden där man relaterat hälsa till socialt stöd (Berkman & Syme, 1979; Cohen et al., 2000). Man har i studier visat att brist på stöd innebär lika stor risk för ohälsa som rökning och högt blodtryck (House et al. 1988). Implikationen av detta är att utformningen av boendemiljön har en stor betydelse för äldres/vårdtagares hälsa, där tillgång till hiss och ytor/rum för social aktivitet med stor sannolikhet skulle reducera den negativa effekten av värmeböljor för äldre. Som framgår av resultaten i denna rapport så anger viss personal att den möjligheten inte finns för alla vårdtagare (Box 4).

Personalen nämner även ytterligare en rad faktorer som innebär extra känslighet för negativa effekter orsakade av värmeböljor, både fysiska och mentala, vilket man finner stöd för i andra studier (respiratoriska sjukdomar, hjärt-/kärlsjukdom och psykiska åkommor, se kunskapsöversikten i denna rapport). Resultaten tyder på att personalen kan identifiera sårbara grupper. Här ser man inte samma resultat som i andra internationella studier vad gäller personalens kunskap. I en studie där man ställde mera kunskapsorienterade frågor till vårdpersonal identifierades kunskapsluckor bland personalen (Ibrahim et al. 2011). En tänkbar förklaring är denna studies upplägg, där direkta kunskapsfrågor inte ställdes och svaren inte kvantifierades och frekvensräknades över yrkesgrupper. Det kan finnas en variation i kunskapsläget som denna studie inte fångar. Personalen själv nämner att personalen borde utbildas i värmeböljor (Box 6 och 8), resultatet indikerar en variation i kunskapsläget hos personal i äldreomsorgen som borde åtgärdas.

Dock är resultaten mer varierande när det gäller att identifiera *hur boendemiljön* kan innebära risker för vårdtagare, viss personal uppger att boendemiljön kan utgöra en risk medan andra i personalen yttrar att de inte tror det. Här kan variationen i svar tyda på en kunskapsbrist.

Ett annat resultat som får betydelse i kombination med ovanstående resonemang är att personalen uppger att de borde få vara med i planeringen av byggandet av äldreboenden, vilket de anser är en åtgärd som borde genomföras för att reducera de negativa effekterna hos äldre av värmeböljor (Box 6). Slutsatsen är att personalen har genom sin erfarenhet från verksamheten en bred kunskap om faktorer som påverkar vårdtagarnas möjlighet att anpassa sig och hantera värmeböljor, och den borde komma planerare till nytta. Inom litteraturen kallas detta för tyst kunskap (tacit knowledge) (Polanyi, 1965). Den här typen av åtgärder innebär inte en kostnadsökning i samma paritet som att anställa mer personal inom äldreomsorgen. Här kan man genom att ta reda på den tysta kunskap som personalen har förbättra omvårdnaden av äldre till tämligen rimliga kostnader.

Som framgår av resultatet har personalen begränsade möjligheter att vidta åtgärder riktade mot boendemiljön för att reducera negativa hälsoeffekter hos vårdtagarna under värmeböljor, speciellt inte hos vårdtagare som bor hemma. Det ingår inte i socialtjänstens uppdrag. En slutsats är att vård- och

omsorgsarbete i en boendemiljö är ett sociotekniskt system (Reason 1990), där människan med hennes varierande hälsostatus interagerar med miljön. Det spelar mindre roll om man bygger så att fönster lätt kan öppnas om vårdtagarna inte vill öppna. Ett stort hinder är vårdtagare själv, och integriteten för människan, vilket även personalen nämner (Box 7).

Den inre organisationen av arbete är också av vikt med parametrar som information, kommunikation, dokumentation och rutiner (Box 9). Här nämner personalen t.ex. genomförandeplanen och man säger att den skulle kunna vara ett viktigt instrument för att reducera negativa effekter hos vårdtagarna, men att dokumentet i dagsläget är allt för digert för att vara användarvänligt. Personalen nämner hur beslut om insatser till vårdtagarna organiseras via biståndshandläggaren. Om denne inte är uppdaterad på vårdtagarnas status kan för mycket insatser ges till den som inte behöver, något som personalen säger får konsekvenser på omsorgens budget som redan är ansträngd (Box 9). Här tyder resultat på att stödrutiner och dokumentation kring arbete under värmeböljor är bristfällig, 15 av de 20 intervjuade uppger att de inte har kännedom handlingsplaner/rutiner för arbetet under värmeböljor (Tabell 2).

Sammanfattningsvis så borde utbildnings- och informationsinsatserna till personal inom äldreomsorgen intensifieras, samt att personalens kunskap om verksamheten och vårdtagarnas behov borde tas tillvara redan i planeringsstadiet av äldreboenden.

### **Referenser**

- Berkman, L. F., & Syme, L. S. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979; 109, 186-204.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (Eds.) (2000). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists.* New York: Oxford University Press
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. Social relationship and health. *Science* 1988; 241, 540-545.
- Kassarjian, H., H. Content analysis in Consumer Reserach. *Journal of Consumer Research* 1977; 4: 8-18.
- Polanyi, Michael (1967). *The Tacit Dimension*, New York: Anchor Books.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge, UK., Cambridge University Press.
- Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. Tacit knowledge, practical intelligence, general mental ability, and job knowledge. *Current Directions in Psychological Science* 1993; 2, 8-9.
- Shadbolt, N. and M. Burton (1995). *Knowledge elicitation. a systematic approach. Evaluation of Human Work.* J. R. Wilson and E. N. Corlett. Philadelphia, Taylor & Francis: 406-440.
- Wood, L. E. and J. M. Ford (1993). Structuring interviews with experts during knowledge elicitation. *Knowledge acquisition as modeling.* K. M. Ford and J. M. Bradshaw. New York, Wiley: 71-90.

## Bilagor

### **Intervjuformulär, personal inom vård- och omsorg**

**Information innan:** Syftet med intervjun är att inhämta erfarenheter från er som personal inom vård- och omsorg, vad gäller värmeböljor, äldre och hur de bor. Dina erfarenheter är väldigt värdefulla för oss. Intervjumaterialet kommer att ingå i en rapport som handlar om värmeböljor, boendemiljö och äldre, som ni kommer att få ta del av när den är klar i maj 2012. Allt material kommer att hanteras konfidentiellt, intervjuerna aidentifieras. Så känn dig fri att uttrycka precis vad du vill och tycker. Deltagandet är frivilligt och du har rätt att avbryta intervjun när du vill, utan någon förklaring. Intervju kommer att ta någonstans mellan ½-1 h. Risk för upprepning, men för att fråga alla frågor, om du tycker redan svaret, säger det. Diktafon. Har du några frågor?

**Intervju nr:**

**Kl:**

**DD/MM/ÅÅ:**

**Plats:**

#### **Observationer:**

**1.Kvinna/man**

**2.Arbetsplats?**

\_\_\_\_\_

**3.Vilken anställning har du?**

\_\_\_\_\_

**4.Vilken utbildning har du?**

\_\_\_\_\_

**5.Vad ingår i ditt uppdrag som vårdgivare/arbetsgivare? Arbetsuppgifter?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.Hur länge har du arbetat inom äldrevården? Hur länge har du arbetat här?**

\_\_\_\_\_

**7.Din ålder?**

\_\_\_\_\_

**8.Har du arbetar denna sommar? När i sommar?**

\_\_\_\_\_

**9.Ungefär vilken ålder har vårdtagarna?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10.Har vårdtagarna generellt några speciella funktionsnedsättningar?  
(psykologiska/fysiologiska)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Hur bor de vårdtagare som du arbetar hos?**

- a) Lägenhet/villa/radhus
- b) Särskilt boende (sjukhem/demensboende/gruppboende/servicehus/äldreboende)
- c) Tillfälligt boende/avlösning
- d) Seniorboende/trivselboende/trygghetsboende
- e) Annat, vad?

Inledande frågor:

- 12. Kan du beskriva dina erfarenheter av värmeböljor i arbetet? (generellt)
- 13. Utifrån dina erfarenheter, vad brukar värmeböljor innebära för vårdtagarna?  
Hur tror du att en värmebölja medför risk för vårdtagarna?
- 14. Utifrån dina erfarenheter, hur brukar vårdtagarna själva hantera värmeböljor?
- 15. Vilka orsaker tror du att det finns till vårdtagarnas sårbarhet under värmeböljor?
- 16. Vilka åtgärder genomför du för att skydda vårdtagarna vid värmeböljor?
- 17. Vilka åtgärder anser du att man borde genomföra för att skydda vårdtagarna vid värmeböljor, som man kanske inte gör?
- 18. Vilka hinder upplever du att det finns för genomförandet av de åtgärder du berättat om?
- 19. Vad tror du kan underlätta genomförandet av åtgärder?

Stöd/omsorg:

- 20. Vilken erfarenhet har du av hur vårdtagarna mår under värmeböljor?
- 21. Hur mår du i arbetet under värmeböljor?

Boendemiljö – Den fysiska miljön, bostaden och området utomhus i närheten av bostaden

- 22. Hur skulle du beskriva vårdtagarnas boendemiljö? (generellt)
- 23. Hur skulle du beskriva hur vårdtagarnas boendemiljö fungerar under värmeböljor?
- 24. Utifrån dina erfarenheter, hur hanterar vårdtagarna den fysiska boendemiljön under en värmebölja? (inomhus och utomhus)
- 25. Hur tror du att utformningen av den fysiska boendemiljön kan medföra risk för vårdtagarna under värmeböljor?
- 26. Vilka åtgärder genomför du i den fysiska boendemiljön i samband med värmeböljor för att skydda vårdtagarna under värmeböljor?
- 27. Finns det några åtgärder som du anser borde genomföras i den fysiska boendemiljön för att skydda vårdtagarna under värmeböljor, som man kanske inte gör?

28. Vad tror du att det finns för hinder att genomföra de åtgärder du berättat om, om det finns några hinder?

29. Vad tror du kan underlätta genomförandet av åtgärder i den fysiska boendemiljön?

30. Specifika frågor boendemiljö:

- a) Finns något svalt rum? Vistas vårdtagarna där?
- b) Hur ofta har vårdtagarna möjlighet att duscha? Tillräckligt? Gör vårdtagarna det?
- c) Finns möjlighet att bada med svala handdukar? Görs det?
- d) Finns AC? Finns fläktar? Möjlighet att vädra? Görs det?
- e) Finns ventilation?
- f) Finns det möjlighet att avskärma inomhusmiljön mot direkt solstrålning?
- g) Har vårdtagarna möjlighet att ta sig ut?
- h) Finns det möjlighet att vistas på svala platser utomhus?
- i) Bor vårdtagarna ensamma eller tillsammans?
- j) Är bostäderna bostadsanpassade? Ungefär hur många?
- k) Ger bostäderna möjlighet för vårdtagarna att träffa andra personer?

Organisation:

31. Utifrån dina erfarenheter, hur kan organiseringen av arbetet påverka möjligheten att skydda vårdtagarna under värmeböljor?

32. Informeras du vad gäller värmeböljor och risker för vårdtagarna? Informeras sommarvikarier?

33. Informeras vårdtagarna vad gäller värmeböljor och risker för vårdtagarna?

34. Har du tagit del av de individuella vårdplanerna, om sådana finns?

35. Finns det någon form av handlingsplan/rutiner för att hantera en värmebölja?

36. Oroar ni er för vårdtagarna under värmeböljor?

Hur uttrycker ni oron?

Kommunicerar ni oron med ledningen?

Vad får ni för respons från ledningen?

37. Ungefär hur många vårdgivare per vårdtagare arbetar hos er?

Hur mycket tid har ni med varje vårdtagare/dag?

38. Finns det ytterligare faktorer än de vi talat om som du tror medför risk för vårdtagarna under värmeböljor?

39. Finns det ytterligare faktorer än de vi talat om som du tror medför risk för äldre generellt under värmeböljor, alltså inte bara här utan på andra ställen?

40. Vet du om det pågår något arbete i kommunen vad gäller värmeböljor?