



ATT KOMMA HEM FRÅN SJUKHUS OCH FÅ ETT TRYGGT MOTTAGANDE

Om insatser från äldreomsorgen efter sjukhusvistelse

Ingrid Hjalmarson
Bettina Meinow
Eva Norman
Lennarth Johansson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2019:1 ISSN 1401-5129

FÖRORD

En sjukhusvistelse, oavsett om den är planerad eller akut, innebär en förändring i hur livet kan levas direkt efter hemkomsten. Smärta, funktionsnedsättning - tillfällig eller för lång tid framöver - kan inverka på vardagen på sätt som kan vara svåra att förutsäga.

Oro inför hemkomsten och osäkerhet om ifall den egna förmågan kommer att räcka till i det nya vardagslivet kan både skapa stress och försvåra för god konvalescens. Att skapa goda förutsättningar för att trygga hemkomsten är en angelägen fråga för äldreomsorgen att utveckla.

I denna undersökning studeras tre olika alternativ för att få ett tryggt mottagande i hemmet för äldre personer med stora funktionsnedsättningar som är i behov av omfattande hjälpinsatser efter hemkomst från sjukhus. Studien består både av intervjuer med äldre och personal inom äldreomsorgen och av statistik från Swedish National Study on Aging and Care - Kungsholmen, där beslut om långvariga äldreomsorgsinsatser registreras. Vid några av intervjutillfällena närvarade även närstående, något som kompletterar bilden av behovet av insatser efter sjukhusvistelse.

Stockholms stad har under en försöksperiod erbjudit en form av insats som kallas Tryggt mottagande, extra stödinsatser av särskild hemtjänstpersonal under ett par veckors tid efter hemkomsten. Denna omsorgsform fick i studien goda vitsord från dem som erbjudits den och i rapportens avslutande del diskuteras utmaningar och utvecklingsmöjligheter för metoden.

Projektledaren Ingrid Hjalmarson har lett arbetet tillsammans med forskningsledaren Lennarth Johansson. Utredarna Bettina Meinow och Eva Norman har medverkat i arbetet.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som har delat med sig av sina erfarenheter av äldreomsorgens insatser och som därmed bidrar till att utveckla verksamheterna och skapa bra förutsättningar för god omsorg.

Stockholm februari 2019

Åsa Hedberg Rundgren

Direktör, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
UPPDRAGET	3
BAKGRUND	3
<i>Utskrivningsklara äldre personer i Stockholms län.....</i>	<i>3</i>
<i>Samverkan mellan kommuner och landsting när äldre skrivs ut från sjukhus</i>	<i>4</i>
<i>Behov att förbättra vården och omsorgen om gruppen de mest sjuka äldre.....</i>	<i>4</i>
UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRDEN	5
<i>Utskrivningshemtjänst i Skellefteå</i>	<i>5</i>
<i>Trygg hemgång i Ronneby.....</i>	<i>6</i>
<i>Trygg hemgång - ett koncept som fått spridning i landet</i>	<i>7</i>
EN INTERNATIONELL UTBLICK	7
VÅRD OCH OMSORG EFTER UTSKRIVNINGSPLANERING PÅ SJUKHUS I STOCKHOLM	9
<i>Insatser från äldreomsorgen</i>	<i>9</i>
<i>Tryggt mottagande i Stockholms stad.....</i>	<i>10</i>
<i>Korttidsvård</i>	<i>13</i>
<i>Insatser från primärvården i samband med utskrivning</i>	<i>13</i>
STUDIENS SYFTE	14
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	14
METODER.....	15
REGISTERSTUDIE	15
INTERVJUUNDERSÖKNINGEN	15
<i>Urvalet av intervjupersoner 65 år eller äldre.....</i>	<i>16</i>
RESULTAT	20
REGISTERSTUDIE	20
<i>Insatser från äldreomsorgen efter utskrivningsplanering</i>	<i>20</i>
<i>Situationen vid utskrivningsplanering och efter 90 dagar.....</i>	<i>21</i>
<i>Vad kännetecknar dem som erhållit Tryggt mottagande?.....</i>	<i>28</i>
INTERVJUUNDERSÖKNINGEN	28
<i>Hälsotillståndet vid intervjutillfället</i>	<i>28</i>
<i>Orsak till sjukhusvistelsen</i>	<i>29</i>
<i>Erfarenheter av sjukvården</i>	<i>30</i>
<i>Utskrivningsplaneringen på sjukhuset.....</i>	<i>30</i>
<i>Utskrivningen.....</i>	<i>33</i>
<i>Situationen vid hemkomsten</i>	<i>33</i>
<i>Erfarenheter av korttidsvård</i>	<i>37</i>
<i>Anhöriga</i>	<i>38</i>
PERSONALENS ERFARENHETER	38
<i>Utskrivning från sjukhus - beställarnas erfarenheter</i>	<i>38</i>
<i>Tryggt mottagande-teamets erfarenheter.....</i>	<i>42</i>
DISKUSSION	47

STORA KRAV PÅ VÅRD OCH OMSORG AV SKÖRA ÄLDRE	48
TRYGGT MOTTAGANDE FICK GODA OMDÖMEN	49
<i>Stora förväntningar på Tryggt mottagande</i>	49
UTVECKLINGSMÖJLIGHETER FÖR TRYGGT MOTTAGANDE.....	50
<i>Vem ska få Tryggt mottagande?</i>	50
<i>Ökade behov av mer kvalificerad vård och omsorg vid utskrivningen</i>	51
<i>Behov av ökad samverkan med primärvården</i>	51
<i>Hur ska Tryggt mottagande organiseras i framtiden?</i>	52
<i>Andra målgrupper för Tryggt mottagande</i>	52
<i>Mer kunskap behövs</i>	52
REFERENSER	53
BILAGOR	55
BILAGA 1. INFORMATIONSBREV.....	55
BILAGA 2. INTERVJUGUIDE	56
BILAGA 3. OMFATTNINGEN AV TRYGGT MOTTAGANDE	58
BILAGA 4. UTSKRIVNINGAR FRÅN SLUTENVÅRDEN.....	59
BILAGA 5. BOENDEFORM OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA.....	60
BILAGA 6. TRYGGT MOTTAGANDE/HEMTJÄNST	62

SAMMANFATTNING

I Stockholms stad pågår sedan 2017 projektet Tryggt mottagande med syftet att förbättra omhändertagandet av äldre som skrivs ut från sjukhus med stora vård- och omsorgsbehov.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av Äldreförvaltningen i Stockholms stad gjort en studie i stadsdelen Kungsholmen av personer 65 år eller äldre som efter en utskrivningsplanering skrevs ut från sjukhus med utökade insatser från äldreomsorgen, dvs. hemtjänst, Tryggt mottagande, korttidsboende eller vård- och omsorgsboende.

Syftet var att undersöka och beskriva hur funktionsförmåga och behov av vård och omsorg bedömdes, förändrades, tillgodosågs och upplevdes och hur det skilde sig mellan dem med olika typer av insatser. Syftet var också att studera beslutsprocessen och vad som avgör vilken insats som beviljas vid utskrivningen, samt att beskriva samarbetet mellan Tryggt mottagande och biståndshandläggarna.

Studien baseras på en analys av data från SNAC-K och omfattade 589 utskrivningsplaneringar från januari 2017 till och med maj 2018. I studien ingick även intervjuer med 45 personer som var med om en utskrivningsplanering under perioden mars till och med augusti 2018. Dessutom intervjuades elva tjänstemän från beställaravdelningen inom äldreomsorgen på Kungsholmen.

Den vanligaste insatsen vid utskrivningen i undersökningsgruppen var utökade hemtjänstinsatser (77 %). Elva procent fick Tryggt mottagande, fem procent korttidsboende och sju procent vård- och omsorgsboende.

Ett huvudresultat var att de som hade fått Tryggt mottagande var mycket nöjda och att syftet med att erbjuda en trygg och säker hemgång därmed hade uppnåtts. De intervjuade framhöll att de hade fått hjälp av samma personer, att de hade arbetat i lugnt tempo, varit kunniga och koordinerat de olika vårdaktörerna. I intervjuerna framkom förhållanden som indikerade att fler personer skulle ha behövt Tryggt mottagande.

Intervjuerna visade att även de som bara hade hemtjänst ofta togs emot av hemtjänsten när de kom hem från sjukhuset. Erfarenheterna av att ha hemtjänst varierade dock från mycket goda till dåliga. Faktorer som påverkade upplevelsen var personkontinuiteten, i vilken takt hjälpen utfördes, bemötandet och personalens kompetens. Oavsett insats uttryckte de flesta stor tacksamhet över den vård och omsorg som de hade fått.

Personalen inom beställarenheten ansåg att Tryggt mottagande fungerade mycket väl och såg möjligheter att erbjuda insatsen i fler situationer än till personer som var oroliga inför utskrivningen från sjukhus. Exempelvis för att motivera personer att ta emot hemtjänst, eller att förbereda dem som skulle få hemtjänst genom att koordinera deras vård- och omsorgsaktörer och göra hemmet säkert.

Registerstudien visade att de som skrevs ut från sjukhus med minst 40 timmar hemtjänst per månad, Tryggt mottagande, korttidsboende, eller vård- och omsorgsboende, hade omfattande funktionsnedsättningar och en skör livssituation. De som fick korttidsboende eller vård- och omsorgsboende hade de största funktionsnedsättningarna. Bland dem som fick hemtjänst eller Tryggt mottagande var funktionsförmågan efter 90 dagar i stort sett oförändrad. Då hade drygt en femtedel av dem som fick Tryggt mottagande flyttat till vård- och omsorgsboende, vilket kan jämföras med var tionde i hemtjänstgruppen. 90-dagars överlevnaden skilde sig inte signifikant mellan dem som fick Tryggt mottagande eller hemtjänst.

Det är svårt att fånga effekterna av Tryggt mottagande. Resultaten visar Tryggt mottagande inte resulterade i bättre funktionsförmåga, fördröjd flytt till vård- och omsorgsboende eller ökad överlevnad, 90 dagar efter sjukhusvistelsen jämfört med dem som fick minst 40 timmar hemtjänst. Trots att det inte fanns några skillnader på gruppnivå förändrades enskilda individers funktionsförmåga över tid, såväl till det bättre som till det sämre. Det fanns heller inte några skillnader mellan grupperna i hur mycket hemtjänst de hade efter tre månader (cirka 63 timmar per månad).

Den främsta förtjänsten med Tryggt mottagande är det kvalificerade personliga omhändertagandet. För att det ska vara möjligt för Tryggt mottagande att bidra till en förbättrad funktionsförmåga är det viktigt att överväga både hur lång insatsen behöver vara och i vilken utsträckning rehabiliteringsinsatserna behöver förstärkas.

Frågan om hur Tryggt mottagande kan utvecklas och vilken funktion som verksamheten kan fylla måste också ses mot bakgrunden av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Förändringarna antas medföra att äldre personer kommer att skrivas ut ännu snabbare från sjukhus och då ha ett ökat behov av vård- och omsorgsinsatser. Därför behövs kvalificerade hemtjänstresurser som snabbt kan sättas in i hemmet. Här kan Tryggt mottagande fylla en viktig funktion, både genom att ge kvalificerad omsorg och bidra till bedömningen av de fortsatta behoven av hjälp och stöd. Insatsen kan också riktas till dem som har en återhämtningspotential som det är viktigt att ta till vara. De båda alternativen utesluter inte varandra.

För att kunna tillgodose de behov av kvalificerade insatser som personer med stora behov både av vård och omsorg som skrivs ut från sjukhus har, är det av avgörande betydelse att äldreomsorgen och primärvården utvecklar sitt samarbete.

UPPDRAGET

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick i januari 2018 i uppdrag av Stockholms stad att med utgångspunkt från projektet *Tryggt mottagande* (Lumell 2017) fortsätta att studera vården och omsorgen av äldre personer efter att de hade vårdats på sjukhus. Äldreförvaltningen ville att studien skulle bidra till att omhändertagandet i hemmet efter att äldre personer skrivs ut från sjukhus förbättras och att den skulle ge underlag för att jämföra olika vård- och omsorgsalternativ. Undersökningen gjordes i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm.

BAKGRUND

Frågan om hur vården och omsorgen för de mest sjuka äldre ska organiseras har länge varit aktuell i hela landet. Äldreomsorgen har i decennier varit inriktad på att äldre personer så länge det är möjligt ska bo kvar i sina hem och få den vård och omsorg som de behöver där. Under de sista årtiondena har inriktningen förstärkts i och med att antalet vårdplatser både i särskilt boende och inom slutenvården har minskat drastiskt.

Trots att antalet personer som är 80 år eller äldre har ökat, har närmare en tredjedel av platserna i särskilt boende försvunnit mellan 2000 och 2016. Mellan 1993 och 2016 halverades antalet vårdplatser på sjukhus. Sverige tillhör numera de länder som har lägst antal slutenvårdsplatser i relation till befolkningen. Det finns 2,4 platser per 1 000 invånare, jämfört med OECD-genomsnittet 4,7 vårdplatser per 1 000 invånare (OECD 2017).

Färre vårdplatser, kortare vårdtider på sjukhus och allt färre platser i särskilt boende har inneburit att mycket sjuka och sköra äldre personer, som är i behov av både vård och omsorg, i allt större utsträckning vårdas hemma.

Utskrivningsklara äldre personer i Stockholms län

I en studie från Äldrecentrum (Sonde m fl, 2018) framgick att ungefär hälften av dem som 2015 sökte akut sjukvård i åldersgruppen 65 år eller äldre i Stockholms län, blev inskrivna i slutenvården. Efter sjukhusvistelsen återvände de allra flesta hem igen¹. Tretton procent av alla vårdtillfällen för personer 65 år eller äldre resulterade i en utskrivningsplanering. Åttio procent ägde rum på en geriatrisk klinik. En slutsats var att äldre personer som skrivs ut efter en utskrivningsplanering ofta har stora kvarstående vård- och omsorgsbehov.

¹ Fem procent flyttade till ett särskilt boende. Några enstaka fick korttidsboende och fem procent avled. Nio procent av dem som fick vård på sjukhus återinskrivs inom 10 dagar och 19 procent efter 30 dagar.

Samverkan mellan kommuner och landsting när äldre skrivs ut från sjukhus

I samband med Ädelreformen 1992 infördes lagen om betalningsansvar (SFS 1990:1404). Syftet var att ge kommunerna ekonomiska incitament att ta över ansvaret för vården av personer 65 år eller äldre, som fanns kvar inom slutenvården och som inte kunde skrivas ut för att kommunerna saknade möjligheter att ge dem den vård och omsorg som de behövde. Lagen innebär att kommunerna fick fem vardagar på sig att ta hem en utskrivningsklar person, innan betalningsansvaret inträdde. Slutenvården fick ansvaret att kalla företrädare för kommunen och primärvården till en gemensam utskrivningsplanering för att förbereda utskrivningen.

Nya regler för utskrivning från 2018

Från 2018² gäller lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). De nya bestämmelserna innebär att kraven på kommunerna att kunna erbjuda utskrivningsklara personer vård och omsorg med kort varsel, skärps. Syftet är att korta vårdtiden för patienter som är utskrivningsklara inom den slutna sjukvården och att förbättra samverkan mellan huvudmännen i övergången mellan slutenvård, öppenvård och kommunal omsorg. Lagen innebär att primärvården får huvudansvaret för att samordna vården och omsorgen för de personer som behöver insatser både från kommunen och primärvården efter en sjukhusvistelse. Utskrivningsplaneringar på sjukhus ska endast göras i undantagsfall. Istället ska de berörda vårdgivarna ha en samordnad individuell utskrivningsplanering (SIP)³ hemma hos den utskrivna personen, som en speciell fast vårdkontakt inom primärvården ska kalla till.

De nya reglerna för samverkan vid utskrivning har troligen bidragit till att fler kommuner nu erbjuder någon form av trygg hemgång.

Behov att förbättra vården och omsorgen om gruppen de mest sjuka äldre

För att äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov ska kunna bo hemma behöver de ha tillgång till vård och omsorg som är anpassad efter deras behov. Det förutsätter samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna.

Sedan början av 2000-talet har åtskilliga rapporter belyst äldre multisjukas förhållanden och uppmärksammat olika svårigheter, bland andra gruppens höga konsumtion av läkemedel och slutenvård, svårigheterna att koordinera olika vård- och omsorgsinsatser och brister i samverkan mellan kommuner och landsting. Även anhörigas situation har uppmärksamrats (Gurner & Thorslund 2003, SKL 2012). Rapporterna visade att de vård- och omsorgsinsatser som riktas till multisjuka och sköra personer behöver vara utformade med hänsyn till gruppens

² I Stockholms län gjorde kommunerna och landstinget en överenskommelse om att den nya lagen skulle börja tillämpas när det digitala utskrivningsplaneringsverktyget Webcare hade anpassats till den nya lagen. Därför tillämpades fortfarande lagen om betalningsansvar när denna undersökning gjordes.

³ SIP Samordnad individuell planering.

speciella behov och svårigheter att själva administrera och samordna sina vård-kontakter. Andra behov som har uppmärksammats har bland annat varit att primärvårdsläkare gör hembesök och hjälp för enskilda att koordinera olika vård- och omsorgsinsatser.

För att förbättra vården och omsorgen om gruppen de mest sjuka äldre initierade regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2010 satsningen, *Bättre liv för sjuka äldre*, som pågick till 2014. Arbetet leddes av SKL och reglerades i årliga överenskommelser med syfte att utveckla en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Inriktningen var att stödja kommuner och landsting att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Insatserna berörde fem förbättringsområden⁴. De kommuner och landsting som nådde de uppsatta målen fick prestationsersättning i efterhand. För att få del av dessa ersättningar fanns ett krav på att kommunerna och landstingen skulle ha en gemensam struktur för styrning och ledning, årliga handlingsplaner och ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Utskrivning från slutenvården

Inom ramen för *Bättre liv för sjuka äldre*, startade runt om i landet olika projekt. Dessa gav ofta exempel på nytänkande och utgick från problematiska situationer i vårdkedjan. Flera projekt handlade om att förbättra insatserna för äldre i samband med att de skrevs ut från sjukhus. För kommunerna var det av stor betydelse, inte minst ekonomiskt, att snabbt kunna erbjuda dem som skulle skrivas ut från slutenvården, vård och omsorg i hemmet. Projekt, som ofta hade samlingsnamnet Trygg hemgång, riktade sig till äldre personer som kände oro inför att komma hem efter vård på sjukhus. De utformades på olika sätt vad gällde organisation, bemanning, och arbetstider.

Utskrivningshemtjänst i Skellefteå

Redan 2009 startade Skellefteå tillsammans med landstinget utredningshemtjänsten Vägen hem, som blev en förebild för Trygg hemgång och andra liknande verksamheter i landet, exempelvis i Örebro (Näsholm & Larsson 2017).

Uppdraget för Vägen hem var att utreda omsorgsbehoven i hemmiljö efter att en person hade vårdats på sjukhus. De som erbjöds utredningshemtjänst hade efter en sjukhusvistelse fått förändrade och omfattande omsorgsbehov som inte kunde bedömas på sjukhuset. Det var vanligt att de som skulle skrivas ut och deras anhöriga kände oro för situationen. En rapport (Skellefteå kommun 2011) visade att det var en skör⁵ grupp som fick utredningshemtjänst.

⁴ De fem områdena var: Preventivt arbetssätt, God vård vid demenssjukdom, God vård i livets slutskede, God läkemedelsbehandling, Sammanhållen vård och omsorg. Totalt omfattade överenskommelserna knappt fyra miljarder kronor.

⁵ Med skörhet avses personer som är 65 år eller äldre med omfattande funktionsnedsättningar till följd av åldrande, skada eller sjukdom (Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer Socialstyrelsen 2014).

De som fick utredningshemtjänst kunde få omfattande insatser dygnet runt. Arbetet utgick från tydliga frågeställningar om vad utredningen i hemmet skulle ge svar på. Under utredningsperioden observerades de enskilda personernas förmågor samt risk- och problemområden som kunde försvåra kvarboende i hemmet, exempelvis om kognitiv svikt påverkade personens dagliga liv. En fördel med att göra utredningen i hemmet var att det var enklare att bedöma hjälpbehoven där och att de som skrevs ut snabbare återgick till sina vanor. När det var möjligt, övertog den ordinarie hemtjänsten successivt utredningsteamets arbete.

Utredningstiderna varierade mellan en och 23 dagar. De kortaste utredningstiderna var för dem som inte kunde vara kvar i sitt hem på grund av hälsotillståndet eller för att det var förknippat med för stora risker. För personer med de längsta utredningstiderna hade i några fall utredningen övergått till vård i livets slutskede. Det fanns också de som snabbt förbättrades och inte längre behövde någon utredning. De flesta som hade haft utredningshemtjänst kunde bo kvar i hemmet ytterligare en tid.

Av rapporten framgår att verksamheten hade höga kostnader men att dygnskostnaden ändå var lägre än ett dygn på sjukhus. Hjälpbehovet kunde också utredas snabbare än i ett korttidsboende. Erfarenheten var att utredningshemtjänsten bidrog till att kostnaderna för färdigbehandlade äldre personer minskade. En framgångsfaktor som framhölls var att utredningshemtjänstens personal var undersköterskor och att det fanns tillgång till korttidsplatser. Personalen skulle ha ett rehabiliterande förhållningssätt, motivera personerna att lita på sin egen förmåga och arbeta för att minimera risker. (Skellefteå kommun 2011).

Utredningshemtjänsten finns kvar och drivs i stort sett på samma sätt som tidigare. Utredningstiden har dock förkortats till fem, sex dagar och man tar även emot personer som inte har varit inlagda på sjukhus. Teamet är nu bemannat med en arbetsterapeut och undersköterskor. Tidigare ingick även en sjuksköterska.

Trygg hemgång i Ronneby

2012 startade Ronneby kommun Trygg hemgång, som var ett projekt inom ramen för *Bättre liv för sjuka äldre*. Projektet hade stora likheter med utredningshemtjänsten i Skellefteå. En skillnad var dock att teamet i Ronneby enbart bestod av undersköterskor som arbetade kontorstid, måndag till fredag. Även i Ronneby övergick Trygg hemgång till ordinarie verksamhet efter projekttiden och riktar sig numera till personer som är oroliga inför hemgången efter sjukhusvård.

I en utvärdering av Bowin & Norén (2014) framhålls att framgången med konceptet *Trygg hemgång* ligger i att tjänsten på ett tydligt sätt utgår från de äldres situation och inte från verksamheterna eller professionerna. Utgångspunkten är *ett definierat behov* och skiljer sig därmed från det vanliga sättet att organisera vård och omsorg som är insatsorienterat⁶. *Trygg hemgång* innehåller flera olika moment av tjänster som tillsammans skapar ett värde, en trygg hemgång. Enligt rapporten

⁶ En insatsorienterad vårdkedja utgår från olika kompetenser och är en motsats till en individorienterad vårdkedja som utgår från individers och grupperns behov.

bidrar namnet också till att både de som ger och som får tjänsten förstår vilket värde som förväntas uppstå, något som underlättar samspelet mellan såväl olika vård- och omsorgsgivare, som mellan dessa och vård- och omsorgstagarna.

Utvärderingen av *Trygg hemgång* i Ronneby visade att tryggheten hade ökat både hos de äldre personerna och anhöriga. En liknande slutsats framkom i en undersökning i Karlskrona (Löfqvist 2014), där de som hade fått Trygg hemgång signifikant skattade tryggheten den första dagen i hemmet, rehabiliteringen och kontinuiteten högre än en kontrollgrupp. En slutsats som redovisades var att trygghet kan ses som ett *överordnat* värde. De faktorer som bidrog till trygghet var personkontinuitet som medförde att genomförandeplanerna följdes. *När personalen lyssnar och godtar önskemål upplever de äldre sig delaktiga. Hjälpmedel och träningsprogram bidrar till återanpassning och självständighet* (vår kursivering).

Trygg hemgång - ett koncept som fått spridning i landet

Antalet kommuner med någon form av Trygg hemgång har ökat de senaste åren. Enligt en rapport från Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2017), vars syfte var att inspirera fler kommuner att arbeta med Trygg hemgång⁷, fanns insatsen då i 119 kommuner. Enligt rapporten grundas behovet på att:

- Individer har ett stort och föränderligt behov av mer omfattande vård och omsorgsinsatser den första tiden efter sjukhusutskrivning.
- Trygghetsskapande åtgärder kan öka individers trygghet och självständighet i den dagliga livsföringen efter utskrivning.
- Omhändertagande i eget boende kan innebära högre kvalitet och effektivitet jämfört med andra boendeformer.
- En specialiserad verksamhet som hanterar utskrivning och hemgång kan avsevärt korta ledtider och möjliggöra en smidigare utskrivningsprocess.

(SKL 2017)

Enligt SKL-rapporten kan syftet med att ha Trygg hemgång både vara att underlätta för äldre att komma hem och att minska kommunernas kostnader för utskrivningsklara som ligger kvar på sjukhus. Ett annat syfte kan vara att bättre anpassa hjälpinsatserna till de äldres behov. Rapporten innehåller exempel på hur vården och omsorgen kan organiseras och resonemang om hur vården kan bedrivas på ett ekonomiskt effektivt sätt.

En internationell utblick

Under de senaste 10–15 åren har flera länder (Nya Zeeland, Australien, USA, England, Danmark, Norge) utvecklat det, som i engelsk vetenskaplig litteratur kallas; *intermediate care* till att också vara en vårdform som bedrivs i hemmet i stället för på institution. Benämningarna skiftar i olika länder. I England används *reablement services*, i USA *restorative care* och i Danmark rehabilitering i hemmet.

⁷ Stockholms stad kallar sin motsvarande verksamhet för Tryggt mottagande i hemmet.

Det är en tidsbegränsad insats, som kan beskrivas som korttidsvård i hemmet, som kan erbjudas efter sjukhusvistelse, men är framförallt ett alternativ för hemma-boende äldre som behöver förbättra funktionsförmågan (Glendinning, m.fl., 2010). I Sverige har motsvarande verksamhet funnits i många år, i form av rehabilitering av äldre i deras eget hem (Pettersson & Iwarsson, 2015).

Forskningen om dessa vård- och omsorgsformer är fortfarande i sin linda och det saknas studier av god kvalitet. Ett problem är att veta att man studerar samma företeelse. I ett försök att definiera insatsen *reablement services*, anger Glendinning och kolleger följande kriterier:

- en tidsbegränsad insats (vanligtvis 6 till 12 veckor)
- verksamheten är rehabiliteringsinriktad, funktionshöjande (inklusive hjälpmedel, bostadsanpassning osv) och bedrivs av multidisciplinära team
- verksamheten är målinriktad och styrs av en individuell rehabiliteringsplan.

I en systematisk kunskapsöversikt av forskningsläget konstaterades inga påtagliga effekter av rehabilitering i hemmet, jämfört med rehabilitering på institution. Det var varken bättre eller sämre att få rehabilitering i hemmet eller på en institution. Det fanns dock vissa indikationer på förbättrad funktionsförmåga efter rehabilitering i hemmet, men inga tecken på minskade återinskrivningar på sjukhus, minskad dödlighet eller förbättrad livskvalitet (Cochrane, m.fl., 2016).

Många forskare tillskriver dock rehabilitering i hemmet en stor potential när det gäller att förbättra livskvaliteten och att minska beroendet av hjälp från andra (Aspin, m.fl. 2016; Rostgaard, m.fl. 2016). Effekter av rehabilitering av hemma-boende äldre är också beroende av vilka förutsättningar de äldre har att tillgodogöra sig rehabilitering. I en norsk studie, som baserades på data från rehabiliteringsprojekt i 34 kommuner, framkom att diagnos, funktionsförmåga, kön och motivation var signifikanta prediktorer för resultatet av rehabiliteringsinsatsen (Tuntland, m.fl. 2017).

I en annan kunskapsöversikt över effekterna av vardagsrehabilitering av äldre återkommer samma slutsatser. I denna framhålls att vardagsrehabilitering är en typ av intervention som har potential att stödja äldre med behov av stöd och hjälp på ett effektivt sätt (Pettersson & Iwarsson, 2015).

Effekterna av tidig rehabilitering efter sjukhusvistelse har uppmärksammats i många länder och för olika patientgrupper. I en litteraturöversikt från SBU (2015) beskrivs till exempel positiva effekter av tidiga, koordinerade insatser efter sjukhusvistelsen av strokedrabbade äldre. Här betonas att effekterna av rehabiliteringen var beroende av att insatserna utfördes av interdisciplinära team i hemmiljö.

I alla nordiska länder finns korttidsvård av snarlikt slag och funktion som i Sverige. Danmark är det land i Norden som anammat det engelska konceptet om korttidsvård i hemmet med fokus på funktionshöjande rehabilitering. Där infördes 2015 en paragraf i Serviceloven (§ 83a) med en skyldighet för kommunerna att erbjuda en kortvarig, tvärprofessionell rehabilitering i det egna hemmet (Rostgaard, 2016).

I Norge har man inom ramen för den s.k. Samhandlingsreformen från 2012 infört en lag (2016) som ålägger kommunerna att erbjuda akut korttidsvård, för att minska inläggningar på sjukhus. Statistik från Norges Helsedirektorat visar att två tredjedelar av de äldre som fick akut korttidsvård i hemkommunen inte behövde söka sjukhusvård. I Norge pågår också, liksom i Danmark, en snabb utveckling av hemrehabilitering av äldre som syftar till att återställa förlorad eller att bevara funktionsförmågan hos hemmaboende äldre (Rostgaard, 2016).

Vård och omsorg efter utskrivningsplanering på sjukhus i Stockholm

Äldre personer som skrivs ut från sjukhus till hemmet efter en utskrivningsplanering har ofta hjälp både av hemtjänst och hemsjukvård.

Insatser från äldreomsorgen

Den vanligaste insatsen som äldre personer erbjuds vid utskrivningsplanering är hemtjänst. Det är också vanligt med trygghetslarm. Tryggt mottagande i hemmet⁸ och korttidsvård förekommer också men i mindre utsträckning.

Hemtjänst

I Stockholms stads riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg beskrivs hemtjänst⁹ som ett individuellt behovsprövat bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. *Hemtjänstinsatser kan beviljas den som på grund av åldersrelaterad fysisk funktionsnedsättning, psykisk funktionsnedsättning och sjukdom är i behov av hjälp i hemmet, för att uppnå skälig levnadsnivå, om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Den som har hemtjänst ska känna sig trygg med det stöd och de hjälpinsatser som ges. Hemtjänst omfattar insatser av servicekaraktär och personlig omvårdnad.*

(Stockholms stad 2017a)

Ett beslut om hemtjänst ska innehålla vilka insatser som beviljats och antalet timmar per månad. Stockholms stad tillämpar ramtid, som gör det möjligt att använda hemtjänsttimmarna flexibelt. Enligt målbeskrivningen (Stockholms stad 2017b) ska hemtjänst utföras så att socialtjänstlagens kvalitetskrav uppfylls för den enskilde. Kvalitetskraven är indelade i tre områden:

- trygghet, kontinuitet och tillgänglighet
- gott bemötande, respekt och integritet
- inflytande och självbestämmande.

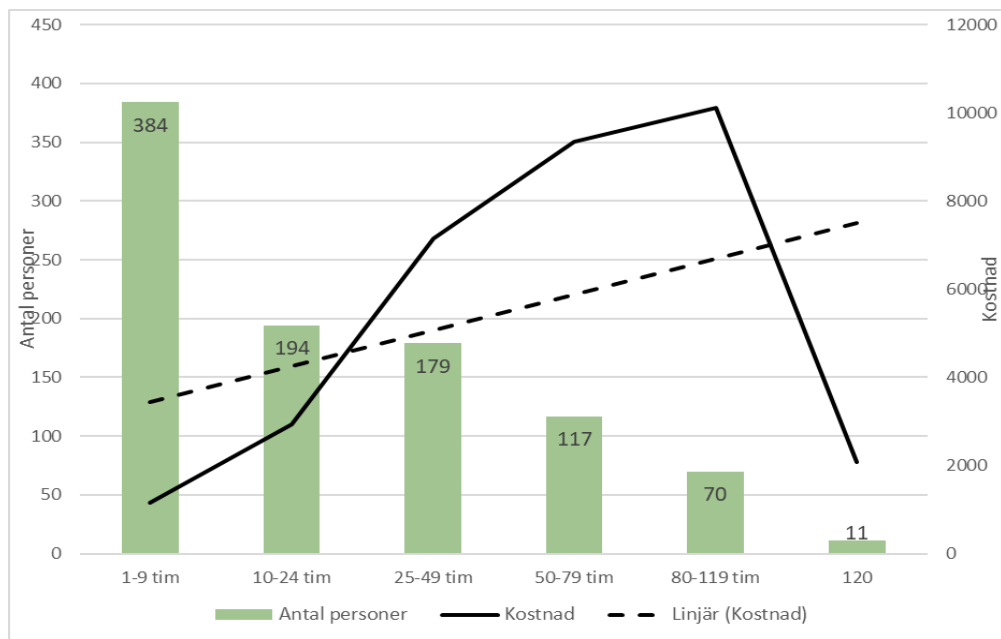
⁸ Stockholms stads stödinsats för äldre personer som skrivs ut från sjukhus kallas Tryggt mottagande i hemmet.

⁹ I fortsättningen används benämningen "hemtjänst" för reguljär hemtjänst och "Tryggt mottagande" för hemtjänst med Tryggt mottagande.

Hemtjänst bedrivs dygnet runt. I Stockholms stad upphandlas hemtjänsten enligt lagen om valfrihet (LOV). Den större delen av hemtjänsten utförs av privata företag. Alla utförare ingår ett avtal med Stockholms stad som innehåller bestämmelser om kvaliteten på hemtjänsten med mera.

Antalet som får hemtjänst på Kungsholmen och i vilka nivåer

I mars 2018 var det 956 personer som fick hemtjänst på Kungsholmen. De som hade minst hemtjänst hade bara några enstaka timmar per månad medan den som hade mest hade 164 timmar per månad.



Figur 1. Beviljade hemtjänsttimmar per månad i Kungsholmens stadsdelsförvaltning för personer 65 år eller äldre samt kostnaderna den 1 mars 2018.

Ovanstående diagram (figur 1) visar hur antalet timmar fördelar sig. Den största gruppen har mellan en och nio timmar hemtjänst per månad medan endast ett tiotal personer har mer än 120 timmar hemtjänst per månad. Kostnaderna för hemtjänst i de lägre nivåerna är endast en liten andel av kostnaderna för dem som har omfattande hemtjänstinsatser.

De som får hemtjänst har rätt att välja utförare. Det finns både privata utförare och kommunala. De privata utförarna kan bestämma i vilket geografiskt område de ska arbeta och vilka tider som verksamheten ska bedrivas. De kan också erbjuda tilläggstjänster i form av extra städning med mera. På Kungsholmen finns en kommunal hemtjänstenhet och 35 privata utförare.

Tryggt mottagande i Stockholms stad

2017 startade Stockholms stad i samarbete med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) inom Stockholms läns landsting, projektet Tryggt mottagande. Planen var

att projektet skulle pågå under 2017 men projekttiden har förlängts och ska pågå under 2019.

Tryggt mottagande startade i stadsdelsförvaltningarna Bromma, Kungsholmen och Hägersten-Liljeholmen, som startade speciella team för att arbeta med projektet. Organisatoriskt ingick teamen i beställarenheterna, som en särskilt organiserad hemtjänst som inte ingår i valfrihetssystemet¹⁰. I varje team anställdes fyra undersköterskor som arbetar kontorstid. Under 2018 introducerades arbetssättet i fler stadsdelar genom att de befintliga teamen utökade både antalet anställda och sina arbetsområden med ett angränsade stadsdelsområde.

Stockholms stad och Stockholms läns landsting hade tidigare genomfört ett antal gemensamma projekt för att förebygga akuta sjukhusbesök och minska antalet återinskrivningar till slutenvården. Projektet med Tryggt mottagande kan ses som en fortsättning på de tidigare satsningarna. Samverkan med primärvården och primärvårdsrehabiliteringen framhölls i projektplanen (Stockholms stad 2016a) som en förutsättning för att projektet skulle lyckas och Stockholms läns hälso- och sjukvårdsförvaltning bidrog till projektets finansiering.

Mål för Tryggt mottagande

Projektet i Stockholms stad hämtade inspiration från liknande verksamheter i andra kommuner. Målsättningen var *att äldre ska uppleva en trygg och hållbar hemgång vid utskrivning från slutenvården och på sikt att antalet återinskrivningar och behov av hemtjänstinsatser ska minska* (Stockholms stad 2016a). Inför starten formulerades nedanstående mål.

Tabell 1. Mål för Tryggt mottagande i Stockholms stad. (Stockholms stad 2016b)

Mål för dem som får Tryggt mottagande	Mål för Stockholms stad och för Stockholms läns landsting
De ska uppleva en trygg och hållbar hemgång	Erbjuda ett Tryggt mottagande i hemmet efter sjukvård
Tryggt mottagande ska bidra till ökad delaktighet och självständighet	Minska antalet placeringar i korttidsboende
Minska beroende av vård och omsorg	Ge en mer träffsäker bedömning av de äldres behov av insatser
Öka närståendes trygghet och delaktighet	Förbättra samverkan med hemtjänst och primärvård inklusive rehabilitering
Minska antalet hemtjänsttimmar som en följd av minskat behov av vård- och omsorgsinsatser	Minska antalet akutbesök och oplanerade återinskrivningar till slutenvården
	Sammanfoga nya arbetssätt med befintliga arbetssätt inom landstingets Sveaarbete

Vilka ska erbjudas Tryggt mottagande

Vid projektets början utarbetades även ett beslutsstöd (Stockholms stad 2016) för projektet, riktat till biståndshandläggare/vårdplanerare och undersköterskor med

¹⁰ Det gäller under projekttiden.

flera som skulle arbeta med Tryggt mottagande (Stockholm 2016b). Där anges både inklusions- och exklusionskriterier för att få Tryggt mottagande. Om en person uppfyller tre av de fyra inklusionskriterierna ska han eller hon tillfrågas om Tryggt mottagande. Om personen uppfyller något av exklusionskriterierna ska han eller hon inte tillfrågas.

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier för Tryggt mottagande i Stockholms stad (2016b).

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Finns oro eller ängslan för hemgång hos den äldre eller närstående?	Befinner sig den äldre i palliativt skede?
Är den äldres vård- och omsorgsbehov nyligen förändrat?	Har den äldre ett pågående allvarligt missbruk och social svikt?
Finns det förutsättningar för ökad delaktighet och trygghet hos den äldre eller närstående?	Har den äldre omfattande psykiatrisk diagnos eller neuropsykologiska funktionshinder?
Har den äldre behov av ökad samordning mellan vård- och omsorgsaktörer?	

Under projekttiden var Tryggt mottagande formellt inte en egen insats, utan ett arbetssätt för att utföra hemtjänst. Den formella gången är att en biståndshandläggare i samband med en utskrivningsplanering på sjukhus uppmärksammar behovet av Tryggt mottagande. Även de som får Tryggt mottagande får ett beslut om hemtjänst med ett antal timmar per månad. Tryggt mottagande är till skillnad från den ordinarie hemtjänsten anslagsfinansierad.

Tryggt mottagandes arbetssätt

I projektplanen framhålls att personalen ska ha ett rehabiliterande förhållnings-sätt och stötta dem de hjälper att – utifrån sina förutsättningar – själva göra så mycket som möjligt för att *bibehålla sina förmågor, funktioner och sin självständighet* (Stockholms stad 2016).

Tryggt mottagande-teamets första kontakt med en ny vårdtagare är att besöka honom eller henne på sjukhuset och ge information. Vid utskrivningen möter de sedan personen antingen på sjukhuset eller i hemmet och arbetar hos denna de första åtta dagarna. Enligt projektplanen (Stockholms stad 2016a) har Tryggt mottagande tre uppgifter utöver att utföra ordinarie hemtjänstuppgifter. De är att:

- koordinera en persons olika vårdgivare
- göra hemmet säkert och tryggt
- kartlägga vilka hjälpbehov som finns.

Eftersom Tryggt mottagande endast arbetar kontorstid är det den ordinarie hemtjänsten som ansvarar för hjälpinsatserna kvällar, nätter och helger. För att det ska fungera ingår kontinuerlig informationsöverföring morgon och kväll mellan Tryggt mottagande och hemtjänst. Kartläggningen av hjälpbehoven ska kunna vara ett underlag i bedömningen av behovet av fortsatta insatser från äldreomsorgen.

Erfarenheter av Tryggt mottagande i Stockholm

En utvärdering av projektets första sex månader (Lumell 2017) visade att:

- Deltagarna upplevde att Tryggt mottagande bidrog till ökad trygghet och livskvalitet.
- Tryggt mottagande hade en liknande totalkostnad som korttidsvård, men en dubbel timkostnad i jämförelse med den ordinarie hemtjänsten.
- Involverade aktörer upplevde att deltagarnas trygghet och delaktighet ökade efter Tryggt mottagande.

Korttidsvård

Korttidsvård innebär en begränsad tids vård i ett korttidsboende. I Stockholms län är vårdtiden vanligen en till två veckor, men kan förlängas (Hjalmarson 2018). Enligt Stockholms stad (Stockholms stad 2017a) är *korttidsvård en viktig stödinsats för äldre i ordinärt boende och är en strategiskt viktig insats i takt med att många äldre bor kvar i ordinärt boende trots omfattande behov av omvårdnad*. Syftet med korttidsvård kan vara att:

- ge biståndshandläggaren bättre beslutsunderlag
- den enskilde återhämtar sig och kan återgå till bostaden
- avlasta den som vårdar
- få en legal företrädare som kan avveckla den enskildes ordinarie boende och möjliggöra en flytt till vård- och omsorgsboende
- den enskilde kan bo kvar i sin ordinarie bostad efter korttidsvården.

(Stockholms stad 2017a)

Under senare tid har placeringarna i korttidsvård minskat. En orsak är att korttidsvård innebär att vårdkedjan förlängs. I vilken utsträckning som korttidsvård används varierar mellan kommunerna. Stockholms stad är den kommun i länet som använder korttidsvård minst (Hjalmarson 2018).

Insatser från primärvården i samband med utskrivning

Många som skrivs ut från sjukhus och som har omfattande hjälp från hemtjänst har även hemsjukvård. Vanliga insatser är läkemedelsdistribution, provtagningar och omläggningar. I samband med utskrivningsplaneringen skickas remisser till primärvården.

Hemtjänsten på Kungsholmen utför inte några hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation från primärvården.

Remisser skickas även till primärvårdsrehabiliteringen. I Stockholms län är det speciella enheter inom primärvården som arbetar med hemrehabilitering och som ansvarar för distribution av hjälpmedel och ansökningar om bostadsanpassningar.

Inom primärvården tillämpas vårdval. På Kungsholmen finns åtta vårdcentraler som alla drivs i privat regi. Det finns också ett antal primärvårdsrehabiliteringsenheter. I både hemtjänstens och primärvårdens uppdrag ingår att samverka om vården och omsorgen för äldre.

STUDIENS SYFTE

Syftet med studien var att följa äldre personer från stadsdelen Kungsholmen som blev föremål för utskrivningsplanering och beskriva hur deltagarnas funktionsförmåga och behov av vård och omsorg upplevdes, bedömdes, förändrades och tillgodosågs efter slutenvården.

Syftet var också att studera beslutsprocessen för de olika insatserna från äldreomsorgen och vad som avgjorde vem som får vilken insats vid utskrivningen.

Ytterligare ett syfte var att beskriva hur arbetet med Tryggt mottagande utfördes.

Frågeställningar

- Vilka insatser från äldreomsorgen erhöll äldre som har varit föremål för en utskrivningsplanering efter en månad respektive tre månader, bland dem som beviljades hemtjänst, Tryggt mottagande respektive korttidsboende?
- Vilka faktorer var avgörande för om äldre i samband med utskrivning från slutenvården beviljats:
 - hemtjänst
 - Tryggt mottagande
 - korttidsboende
- Skilde sig överlevnaden en månad respektive tre månader efter utskrivningsplanering mellan äldre som beviljades hemtjänst, Tryggt mottagande respektive korttidsboende?
- Hur bedömdes den fysiska och kognitiva funktionsförmågan samt oro och nedstämdhet bland äldre personer som deltog i en utskrivningsplanering, och hur var deras situation en månad respektive tre månader efter hemkomsten?
- Hur upplevde intervjupersonerna den vård och omsorg som de fick efter hemkomsten från sjukhus?
- Hur värderade biståndshandläggare och annan personal Tryggt mottagande? Vad fungerade bra och vad ansåg de kan utvecklas och förbättras?

METODER

Undersökningen består av en registerstudie samt intervjuer.

Beslut om datauthämtning för forskningsändamål med sekretessförbehåll har inhämtats från Kungsholmens stadsdelsnämnd och gäller rätt att ta del av uppgifter från Webcare (Kungsholmens stadsdelsförvaltning Dnr 1.1.-231-2018.).

Registerstudie

I undersökningsgruppen ingick samtliga personer 65 år eller äldre bosatta på Kungsholmen, som mellan januari 2017 och maj 2018 i samband med utskrivningsplanering på sjukhus beviljades utökade insatser från äldreomsorgen, dvs. hemtjänst, Tryggt mottagande eller korttidsboende.

Personerna i undersökningsgruppen identifierades med hjälp av uppgifter från WebCare, en e-tjänst för att samordna patientens utskrivning från sluten hälso- och sjukvård till öppenvård och kommunernas socialtjänst i Stockholms län.

Undersökningspersonerna ingick även i SNAC-K (The Swedish National Study on Aging and Care), en longitudinell studie av åldrandet och vården och omsorgen om äldre, som genomförs i fyra områden i Sverige. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är huvudman för den del av studien som genomförs i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm.

I SNAC-K vårdsystemdelen registrerar biståndshandläggarna fortlöpande alla beslutade förändringar av långvariga äldreomsorgsinsatser för samtliga personer 65 år och äldre som stadsdelen Kungsholmen har betalningsansvar för. Samtliga deltagare i SNAC-K har lämnat sitt samtycke till att ingå i studien.

Vid en ändring av insatserna noterar biståndshandläggarna de insatser som beviljats vid ett visst datum samt olika faktorer av potentiell betydelse för behovet av insatser. Det betyder att det inte finns några fasta intervaller när insatser och behovsindikatorer registreras, utan samtliga indikatorer uppdateras först när det sker en förändring i insatserna. Undantaget är vård- och omsorgsboende, då en registrering görs när beslutet fattas, en månad efter inflyttning, samt en gång per år per den 1 april¹¹.

Med hjälp av data från SNAC-K vårdsystemstudien har undersökningspersonerna i denna studie följts en månad respektive tre månader efter utskrivningsplaneringen med avseende på överlevnad, äldreomsorgsinsatser, funktionsförmåga, kognition, rörelseförmåga samt oro och nedstämdhet.

Intervjuundersökningen

I studien intervjuades 45 personer 65 år eller äldre som skrevs ut från slutenvården. Kontakterna med dem förmedlades av en biståndshandläggare efter att de hade gett ett muntligt samtycke. Dessutom intervjuades elva företrädare för olika

¹¹ 1 mars från 2001 till 2017.

personalkategorier inom äldreomsorgens beställaravdelning på Kungsholmens stadsdelsförvaltning.

Urvalet av intervjupersoner 65 år eller äldre

Utöver att ha deltagit i en utskrivningsplanering var kriterierna för att intervjuas:

- att vara 65 år eller äldre
- att ha minst ca 40 timmar hemtjänst per månad¹².
- att klara en intervju.

De 45 intervjupersonerna rekryterades i tre omgångar. Den ursprungliga planen var att samtliga intervjupersoner skulle ha rekryterats bland dem som var med om en utskrivningsplanering från och med mars till och med maj 2018 på Kungsholmen och som då beviljades hemtjänst, Tryggt mottagande eller korttidsvård. Eftersom antalet intervjupersoner som fick Tryggt mottagande eller korttidsvård under den perioden bedömdes vara för litet tillfrågades även de som blev beviljade Tryggt mottagande under juni till och med augusti på Kungsholmen.

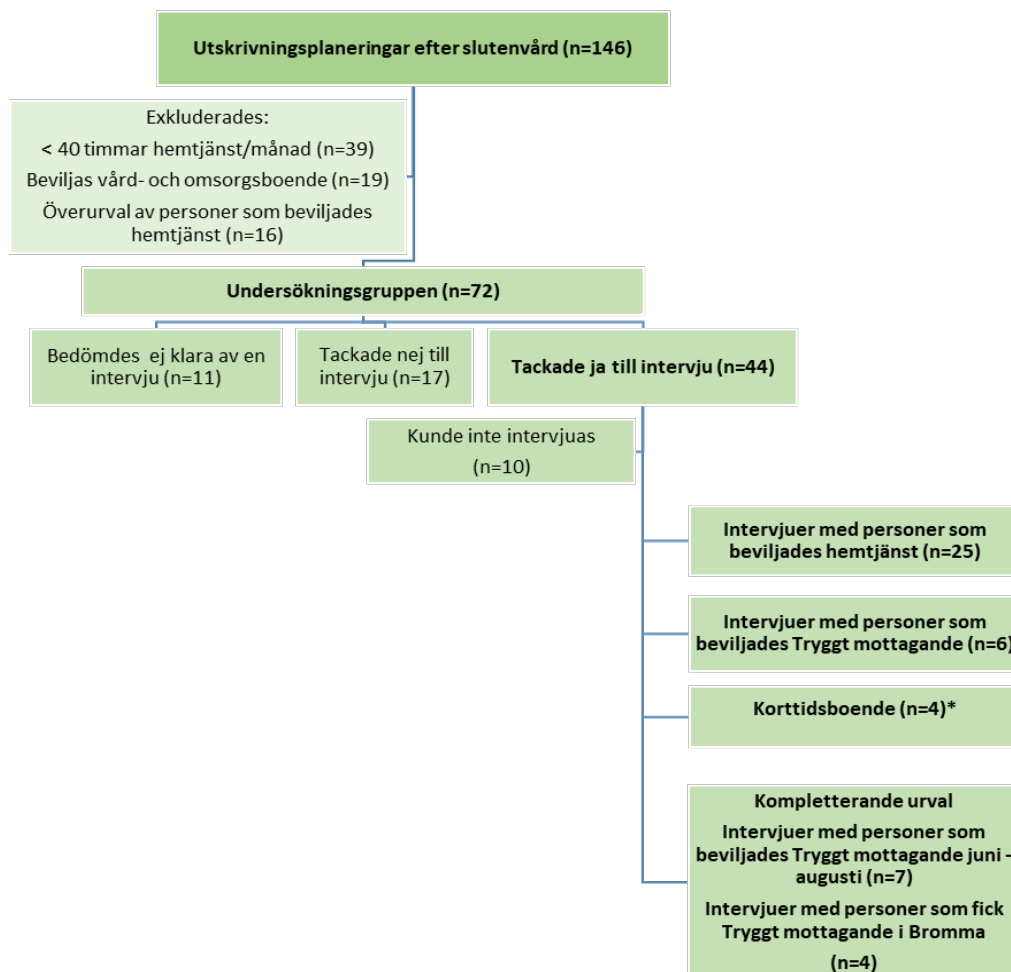
För att ytterligare utöka antalet intervjuer med personer som hade haft Tryggt mottagande rekryterades i maj dessutom fyra intervjupersoner från Bromma stadsdelsförvaltning som också hade fått Tryggt mottagande.

Urvalet bland utskrivningsklara mars till och med maj 2018

Totalt var det 146 utskrivningsplaneringar under perioden mars till och med maj 2018 i samband med att personer 65 år eller äldre skrevs ut från slutenvården. Antalet personer var något lägre eftersom några personer hade flera utskrivningsplaneringar under de tre månaderna.

¹² Varje månad tillfrågades de första i kronologisk ordning.

Nedanstående figur 2 visar hur urvalsprocessen av dem som var med om en utskrivningsplanering under perioden mars till och med maj 2018 gick till:



*en person fick både Tryggt mottagande och korttidsboende.

Figur 2. Antal utskrivningsplaneringar under perioden mars till och med maj 2018 och de insatser som de som blev intervjuade beviljades vid utskrivningsplaneringen.

Sjuttiofyra personer (58%) uppfyllde inte kriterierna och exkluderades ur studien. Den vanligaste orsaken var att de hade mindre än 40 timmars hemtjänst per månad, hade beviljats vård- och omsorgsboende samt ett överurval av personer som hade beviljats hemtjänst.

Av de 72 personer som ingick i undersökningsgruppen var det elva som på grund av sitt hälsotillstånd inte kunde tillfrågas och sjutton som inte ville vara med. De återstående 44 personerna tackade ja till en intervju. Det motsvarar 30 procent av samtliga som vårdplanerades. Av dem blev 34 intervjuade, se nedan.

Ytterligare sju personer som fick Tryggt mottagande på Kungsholmen under perioden juni till och med augusti intervjuades, samt fyra personer från Bromma som också hade fått Tryggt mottagande.

En biståndshandläggare på Kungsholmens stadsdelsförvaltning förmedlade kontakterna med intervjupersonerna till Äldrecentrum. Cirka en månad efter utskrivningen från sjukhuset frågade hon dem som motsvarade de ovan beskrivna kriterierna om de ville delta i Äldrecentrums studie. Ett informationsbrev som beskrev undersökningen skickades hem till dem som tackade ja (se bilaga 1). De lämnade också ett muntligt samtycke till att Äldrecentrums utredare fick deras kontaktuppgifter. De som tackade ja till att bli intervjuade kontaktades sedan per telefon för att boka en tid för intervjun. Tio personer tackade nej vid dessa samtal. Anledningen var att de inte kände sig tillräckligt starka för att klara en intervju. En person avled. Några bad också utredaren att återkomma senare när de hoppades att de skulle känna sig piggare.

Av de intervjuade var 35 kvinnor och 10 män. Nio var sammanboende vid utskrivningsplaneringen. Av dem flyttade tre inom kort till vård- och omsorgsboende.

Tabell 3. Intervjupersonernas ålder, n=45.

Ålder	Antal
70-79 år	15
80-89 år	14
90 år eller äldre	16
	45

Två tredjedelar av de intervjuade var 80 år eller äldre (se tabell 3.)

Om intervjuerna

Intervjuerna med personerna som nyligen skrivits ut från sjukhus var semistrukturerade och gjordes med hjälp av en intervjuguide (se bilaga 2). De ägde rum mellan en och två månader efter utskrivningen från sjukhus. Alla utom en gjordes hemma hos de intervjuade. Tjugosju intervjuer var enskilda med en intervjuperson. Tolv intervjuer gjordes tillsammans med en anhörig och sex enbart med en anhörig.

Åtta intervjuer¹³ gjordes per telefon, varav fem med anhöriga.

Intervjuerna tog mellan 20 minuter och en dryg timme. Alla intervjuer utom två telefonintervjuer spelades in och transkriberades. Vid intervjuerna som inte spelades in gjordes anteckningar.

I analysen av intervjuerna lästes texterna för att hitta olika teman. De mest centrala var upplevelsen av utskrivningsplaneringen, hälsotillståndet och funktionsförmågan, hur det var att ha Tryggt mottagande respektive korttidsvård, att vara beroende av hemtjänst och de intervjuades sociala situation. I framställningen

¹³ Utöver dem gjordes också tre kompletterande intervjuer med anhöriga.

återges en del citat från intervjuerna. De valdes för att illustrera vanligt förekommande uppfattningar bland de intervjuade. I några fall förekommer även citat som framfördes av enstaka personer. Dessa bedömdes belysa frågeställningarna med ytterligare perspektiv.

Frågan är i vilken utsträckning som intervjuundersökningen kan sägas vara representativ. Några faktorer gör att materialet bör tolkas med stor försiktighet. Urvalet gjordes ur en grupp där en del på grund av sjukdomar och funktionsnedsättningar inte kunde vara med. Det innebär att deras erfarenheter inte är representerade. Eftersom antalet personer som fick korttidsvård var litet går det heller inte att dra några generella slutsatser från deras erfarenheter. Samtidigt gav de berättelser som vi fick ta del av en viktig insyn i hur de äldre som har, eller som bara under en begränsad tid fick omfattande vård- och omsorgsinsatser i hemmet, beskriver sin tillvaro.

Intervjuer med personal

Sammanlagt genomfördes fyra intervjuer med tjänstemän och undersköterskor på Kungsholmens stadsdelsförvaltning. En av dem var en individuell intervju med en chef. Två undersköterskor i Tryggt mottagande-teamet intervjuades tillsammans vid två tillfällen. Även dessa tre intervjuer var semistrukturerade, spelades in och transkriberades.

Den fjärde intervjun var en gruppintervju som genomfördes av två utredare med fem biståndshandläggare, två administratörer och två chefer. Deltagarna besvarade fyra frågor i mindre grupper, där cheferna bildade en egen grupp. Förutom ett gemensamt samtal om de fyra frågorna där anteckningar gjordes, dokumenterade deltagarna också sina tankar skriftligt. Anteckningarna och de skriftliga svaren sammanställdes.

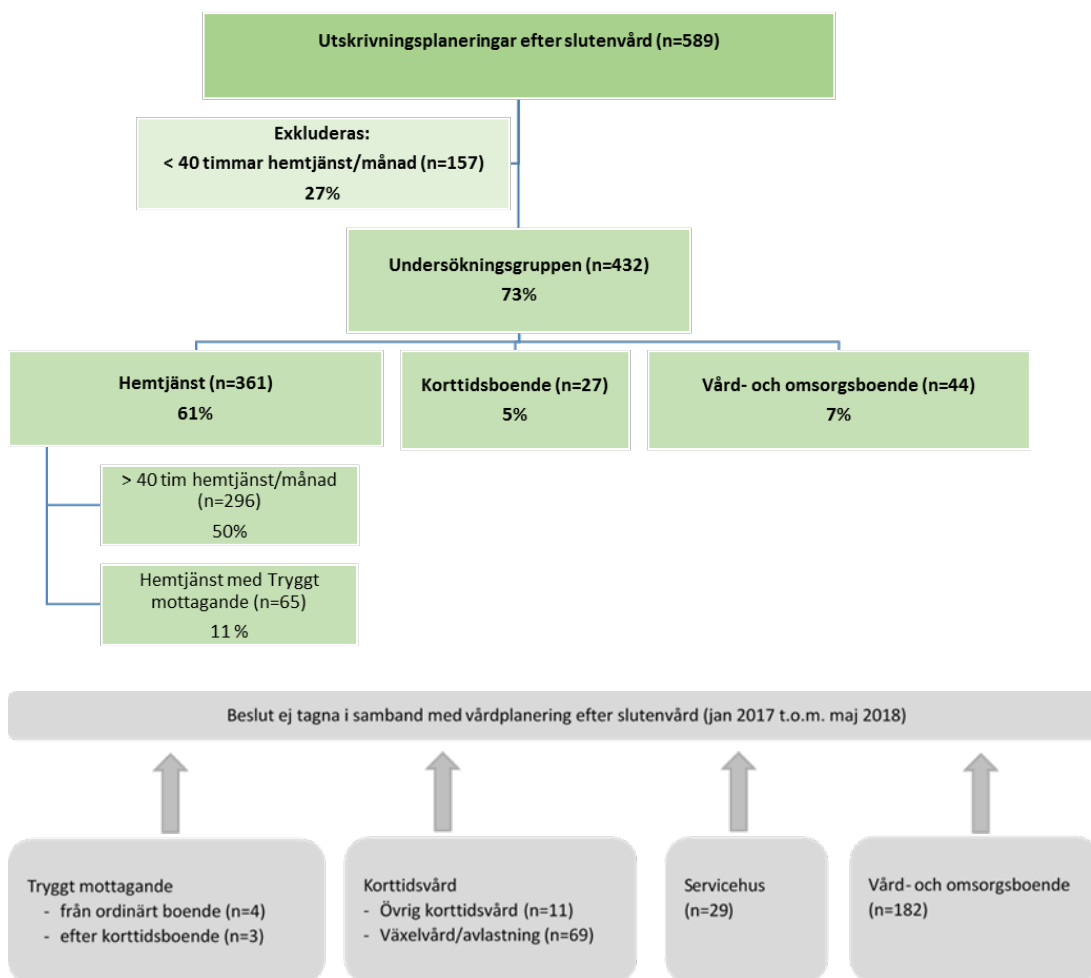
Samtliga texter analyserades. De teman som utkristalliserades var de utskrivningssklaras situation, tryggt mottagande och korttidsvård.

RESULTAT

Registerstudie

Insatser från äldreomsorgen efter utskrivningsplanering

Nedanstående figur 3 illustrerar äldreomsorgsinsatser inklusive boendeform som beviljades i samband med utskrivningsplaneringar mellan januari 2017 och maj 2018 och som resulterade i utökade insatser från äldreomsorgen. Utökade insatser kan ha inneburit att man fått äldreomsorg för första gången, att antalet hemtjänst-timmar utökades eller att man beviljades korttidsboende eller vård- och omsorgsboende.



Figur 3. Utskrivningsplaneringar efter slutenvård som resulterade i utökade insatser från äldreomsorgen (januari 2017 t.o.m. maj 2018)

En dryg fjärdedel av utskrivningsplaneringarna som resulterade i utökade insatser från äldreomsorgen gällde beslut om färre än 40 timmar hemtjänst per månad. Eftersom fokus i denna studie låg på att beskriva vad som kännetecknar dem som fått Tryggt mottagande i relation till framförallt dem som fått hemtjänst, inkluderades i de fortsatta analyserna endast personer med 40 eller fler timmar hemtjänst per månad. Detta för att öka jämförbarheten mellan grupperna som fått hemtjänst respektive Tryggt mottagande.

Av samtliga som blev föremål för en utskrivningsplanering återvände de allra flesta till sitt hem efter sjukhusvistelsen, 77 procent med stöd av hemtjänst och elva procent med Tryggt mottagande (bilaga 3)¹⁴. Tryggt mottagande erbjöds vanligast efter slutenvård, men i några fall förekom det också efter korttidsvård eller på grund av att hemsituationen inte fungerade.

Under den 17 månader långa undersökningsperioden beviljades korttidsboende efter sjukhusvistelse vid 27 tillfällen, vilket motsvarar cirka fem procent av utskrivningsplaneringarna¹⁵. På grund av det låga antalet är möjligheten till jämförelser med de andra grupperna begränsade. Personer som beviljades vård- och omsorgsboende i samband med en utskrivningsplanering står inte i fokus i denna rapport, men visas i de flesta analyser som en jämförelsegrupp.

Vid sju procent av utskrivningsplaneringarna fick den äldre personen ett beslut om vård- och omsorgsboende, vilket motsvarar 18 procent av samtliga beslut om vård- och omsorgsboende under perioden januari 2017 till maj 2018.

Situationen vid utskrivningsplanering och efter 90 dagar

Då det visat sig att förändringarna 30 dagar efter utskrivningsplaneringen var små vad gäller såväl äldreomsorgsinsatser som behovsindikatorer, fokuserar resultatredovisningen i huvudsak på tidpunkten för utskrivningsplanering och 90 dagar senare. Tabellerna i bilagorna 4 och 5 innehåller dock även uppgifter för situationen 30 dagar efter utskrivningsplaneringen.

Andelen personer med en viss funktionsförmåga tre månader efter utskrivningsplaneringen baseras på de överlevande personerna. I den följande jämförande redovisningen av förhållandena vid utskrivning och tre månader senare är det därför viktigt att komma ihåg, att den genomsnittliga funktionsförmågan i en grupp påverkas av att det sannolikt är de sjukaste/sköraste individerna som avlidit (först) inom den relativt korta uppföljningsperioden på 90 dagar. Denna selektiva dödlighet skulle alltså kunna påverka den genomsnittliga funktionsförmågan bland de överlevande i positiv riktning.

¹⁴ Sex procent av utskrivningsplaneringarna resulterade i ett beslut om servicehus och fyra personer erbjöds även där Tryggt mottagande.

¹⁵ Korttidsvård beviljades oftare i form av växelvård eller avlastning för äldre personer som vårdades av en anhörig i hemmet.

Sociodemografiska faktorer och överlevnad

Tabell 4 visar ålder, kön, hushållstyp samt överlevnad för dem som blivit föremål för en utskrivningsplanering. Medianåldern var hög, 86 år för dem som skrevs ut med hemtjänst, 84 år för dem som erhöll Tryggt mottagande respektive korttidsboende och 90 år för dem som beviljades vård- och omsorgsboende. Oavsett insats gällde tre av fyra utskrivningsplaneringar kvinnor. Bland dem som beviljades vård- och omsorgsboende var åtta av tio kvinnor. De allra flesta i samtliga grupper var ensamboende.

För dem som skrevs ut med hemtjänst var medianantalet 72 timmar per månad. De flesta hade insatser från hemtjänsten under kvällstid. Nittioen procent i hemtjänstgruppen och 92 procent av dem med Tryggt mottagande. Trettiofem respektive 39 procent hade även insatser nattetid.

Tabell 4. Utskrivningar från slutenvården efter ålder, kön och hushållstyp samt avlidna och avslutade efter 30 respektive 90 dagar (n=439).

	Hemtjänst ¹ n=296	TM ² n=72	Korttidsboende n=27	Vob ³ n=44
	%	%	%	%
Samtliga utskrivningar	67	16	6	10
Ålder Median/Min-Max	86/65-102	84/65-99	84/69-98	90/75-98 ^{*4}
65-79	23	25	26	10
80-89	40	50	44	41
90+	37	24	30	50
Kvinnor	73	72	74	80
Ensamboende	87	85	75 [†]	91
Antal timmar hemtjänst/ månad ordinärt (IQR)⁵	75 (93-59)			
Hemtjänst kväll	91	92		
Hemtjänst natt	35	39 ^{†4}		
Avliden inom 30 dagar	3	3	11	14 ^{**4}
Annat avslut inom 30 dagar⁶	0	1	0	0
Avliden inom 90 dagar	9	11	22^{*4}	23^{**4}
Annat avslut inom 90 dagar⁶	0	4	0	0
Kvar efter 90 dagar	91	85	78^{*4}	77^{**4}

† p<0.1; *p < 0.05; ** p<0.01; p<0.001

¹ > 40 timmar hemtjänst per månad.

² Tryggt mottagande, inklusive sju tillfällen där Tryggt mottagande erbjöds trots att personen inte kom (direkt) från slutenvården, dvs. tre tillfällen efter korttidsvård och fyra tillfällen p.g.a. en svår hemsituation.

³ Vård- och omsorgsboende

⁴ signifikant skillnad jämfört med dem som fått hemtjänst.

⁵ Interquartile Range: representerar de "mittensta 50 %", dvs. den högsta kvartilen minus den lägsta kvartilen. ⁶ En person flyttade, två personer avsa sig insatser, en person hade inte längre behov.

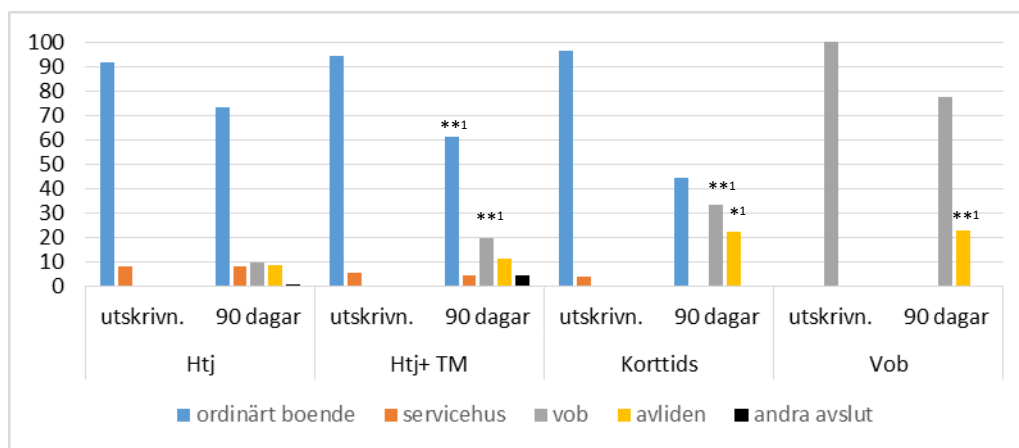
Efter 90 dagar hade nio procent i hemtjänstgruppen och elva procent bland dem med Tryggt mottagande avlidit. Det kan noteras att dödligheten efter 90 dagar var dubbelt så hög, 22 respektive 23 procent, bland dem som beviljades korttidsboende

eller vård- och omsorgsboende efter sjukhusvistelsen. Detta tyder på att dessa i genomsnitt hade sämre hälsa än dem som fick hemtjänst respektive Tryggt mottagande.

Typ av boendeform och insats från äldreomsorgen

Figur 4 visar beviljad boendeform och insatstyp vid utskrivningsplanering samt 90 dagar senare, inklusive de som avlidit respektive de som hade avslutat sina insatser från äldreomsorgen.

Andelen som beviljades vård- och omsorgsboende inom 90 dagar efter en utskrivningsplanering var högre bland dem som erhöll Tryggt mottagande (19 %) jämfört med hemtjänstgruppen (10 %). Sammantaget var efter 90 dagar en högre andel av dem som fått hemtjänst kvar hemma (73 %) jämfört med dem som erhöll Tryggt mottagande (61 %). De som endast fick hemtjänst hade då i genomsnitt 64 hemtjänststimmar per månad och de som fick Tryggt mottagande 62 timmar. Med reservation för att det var mycket få utskrivningsplaneringar där korttidsboende beviljades, var det en högre andel bland dessa som beviljades vård- och omsorgsboende inom 90 dagar, cirka en tredjedel.



† p<0.1; *p < 0.05; ** p<0.01; p<0.001

¹ signifikant skillnad jämfört med motsvarande kategori bland de som fick hemtjänst efter slutenvård.

Figur 4. Boendeform och insatstyp vid utskrivningsplanering samt efter 90 dagar.

Rörelseförmåga

Rörelseförmåga bedöms i SNAC-K med en fyrgradig skala¹⁶. Skillnaderna mellan grupperna var små, såväl mellan dem som fick Tryggt mottagande och dem som beviljades hemtjänst, men också inom samma grupp över tid (bilaga 5). Vid utskrivningsplanering hade cirka en fjärdedel i båda grupperna inga eller lätta problem. De kunde gå utomhus med hjälpmedel, såsom rollator eller käpp, och klarade

¹⁶ **Inga problem; lätta problem:** kan gå utomhus med hjälpmedel (käpp, rollator) och klarar mindre trappor; **medelsvåra problem:** kan röra sig inomhus med hjälpmedel, men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus (rullstol om personen själv kan manövrera den och själv ta sig i och ur); **svåra problem:** beroende av levande stöd och/eller rullstolsburen (och ej i stånd att själv manövrera denna eller ta sig i och ur) eller sängbunden

mindre trappor. Resterande tre fjärdedelar hade medelsvåra eller svåra problem, vilket innebar att de i bästa fall kunde röra sig inomhus med hjälpmedel, men inte klarade att gå i trappor eller att förflytta sig utomhus.

I hemtjänstgruppen var det drygt fyra av tio som hade medelsvåra problem, och cirka en fjärdedel hade svåra rörelsehinder, såväl vid utskrivningsplanering som tre månader senare. I gruppen som erhöll Tryggt mottagande fanns en tendens till att svåra rörelsehinder minskade något och medelsvåra istället hade ökat något tre månader efter utskrivningsplanering. För personer som beviljades vård- och omsorgsboende hade rörelseförmågan inte ändrats inom 90 dagar. Drygt fyra av tio hade medelsvåra problem och två av tio hade svåra problem.

Aktiviteter i det dagliga livet

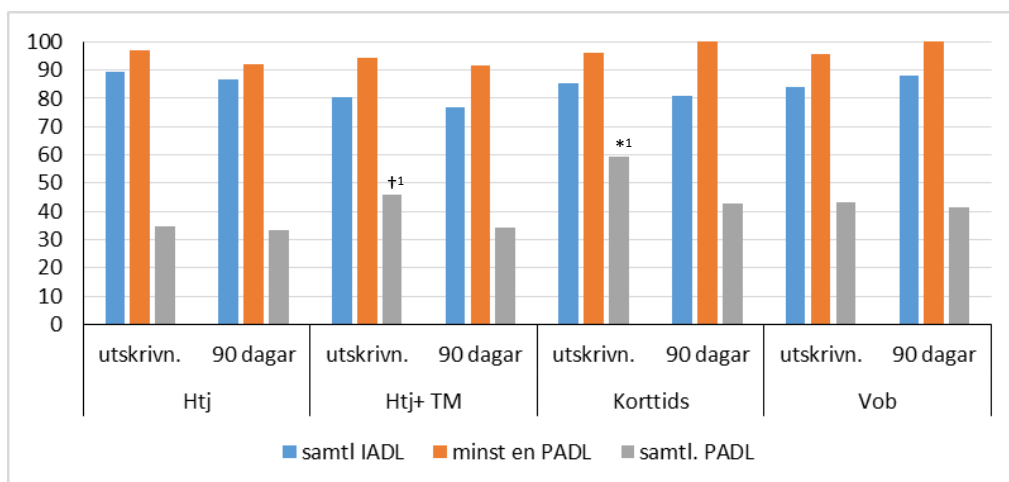
Behov av hjälp för att klara vardagen registreras i SNAC-K genom ett antal s.k. ADL-aktiviteter. Dessa avspeglar dels s.k. instrumentella aktiviteter (IADL) som inköp, transport och hushållssysslor och dels personliga aktiviteter (PADL), förmågan att klara dusch/bad, förflyttning, personlig hygien, på- och avklädning och födointag.

Figur 5 visar att det överväldigande flertalet, mellan 80 och 90 procent i alla grupper och vid båda tidpunkterna, behövde hjälp med samtliga fem IADL-aktiviteter, det vill säga städning, matinköp, allmänna kommunikationer, matlagning och tvätt.

Över 90 procent av undersökningspersonerna behövde också hjälp med minst en PADL-aktivitet, såväl vid tidpunkten för utskrivningsplaneringen som tre månader senare. På ett index som sträcker sig från 0–10, och där 10 innebär maximalt hjälpbehov i samtliga PADL-aktiviteter, låg medelvärdet mellan 4,7 och 5,7. Ingen skillnad fanns mellan hemtjänstgruppen och dem som erhöll Tryggt mottagande. Det skedde heller inga väsentliga förändringar inom 90 dagar vad gäller genomsnittligt PADL-beroende i någon av grupperna.

I gruppen som skrevs ut med Tryggt mottagande var andelen som var beroende i samtliga PADL-aktiviteter något högre (46 %) jämfört med dem som skrevs ut med hemtjänst (35 %). Efter tre månader var andelen i den senare gruppen oförändrad, cirka en tredjedel. Bland dem som erhöll Tryggt mottagande minskade andelen något efter tre månader, till samma nivå som i hemtjänstgruppen.

Högst var andelen som behövde hjälp med samtliga PADL-aktiviteter bland dem som skrevs ut till korttidsboende och vård- och omsorgsboende.



IADL: Instrumentella aktiviteter i det dagliga livet: städning, matinköp, allmänna kommunikationer/transport, matlagning, tvätt.

PADL: Personliga aktiviteter i det dagliga livet: Bad/dusch, av-/påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag

† $p < 0.1$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; $p < 0.001$

¹ signifikant skillnad jämfört med motsvarande kategori bland dem som blev utskrivna med hemtjänst.

Figur 5. Behov av hjälp med instrumentella och personliga aktiviteter i det dagliga livet (IADL, PADL), procent

Kognition

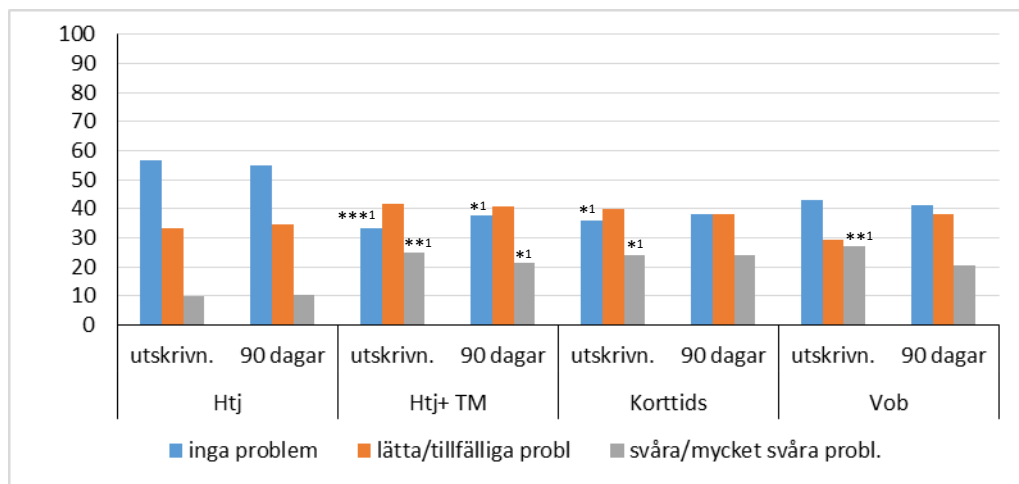
Kognitiv nedsättning graderades i SNAC-K i fyra nivåer, från ingen nedsättning (0) till mycket svår nedsättning (3). Det senare motsvarar Berger-skalans nivå 5 eller 6 (Berger, 1980).

Det fanns inga skillnader mellan dem som skrevs ut med hemtjänst och dem som erhöll Tryggt mottagande. I båda grupperna var det cirka 60 procent som inte hade någon kognitiv nedsättning. Cirka 30 procent hade lätta problem, det vill säga de hade vissa minnessvårigheter och var ibland något oklara och förvirrade. Cirka var tionde hade svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, med påtagliga minnessvårigheter och var ofta eller ständigt oklara och/eller förvirrade. Graden av funktionsnedsättning förändrades inte under den tre månader långa uppföljningen. Resultaten visar att kognitiva problem var signifikant vanligare bland personer som beviljades vård- och omsorgsboende efter sjukhusvistelse; nästan hälften hade svåra eller mycket svåra kognitiva problem. Även de som beviljades korttidsboende tycks i genomsnitt ha haft en sämre kognitiv förmåga än dem som skrevs ut med hemtjänst eller Tryggt mottagande.

Oro och nedstämdhet

Oro har nämnts som en viktig faktor när det gäller frågan vem som erbjuds Tryggt mottagande. Förekomsten av oro, i den mån den uppfattats av biståndshandläggaren, framgår av figur 6. I gruppen som skrevs ut med hemtjänst var svåra eller mycket svåra (invalidiserande) problem med oro betydligt mindre vanligt jämfört med dem som fått andra insatser. Bland dem som erhöll Tryggt mottagande hade drygt 40 procent lätta eller tillfälliga problem med oro, 25 procent upplevde svår eller mycket svår oro. I gruppen som skrevs ut med hemtjänst var motsvarande andelar en tredjedel, respektive 10 procent. Inga statistiskt säkerställda förändringar skedde över en tremånadersperiod, även om det fanns en tendens till

minskning (från 25% till 21%) av svår/mycket svår oro i gruppen som fått Tryggt mottagande.



† p<0.1; *p < 0.05; ** p<0.01; p<0.001

¹ signifikant skillnad jämfört med motsvarande kategori bland dem som blev utskrivna med hemtjänst.

Figur 6. Förekomst av oro vid utskrivningsplanering och 90 dagar senare

Förekomsten av nedstämdhet visade ett liknande mönster (Bilaga 5). Svår eller mycket svår nedstämdhet var något vanligare bland dem som fått Tryggt mottagande (15 %) jämfört med hemtjänstgruppen (10 %), och vanligast bland dem som skrevs ut till korttidsboende (32 %) och vård- och omsorgsboende (25 %). Inga stora förändringar skedde inom 90 dagar bland personer med hemtjänst eller Tryggt mottagande. Lätta eller tillfälliga problem minskade dock med 10 procentenheter i gruppen som erhöll Tryggt mottagande, från 38 procent till 28 procent.

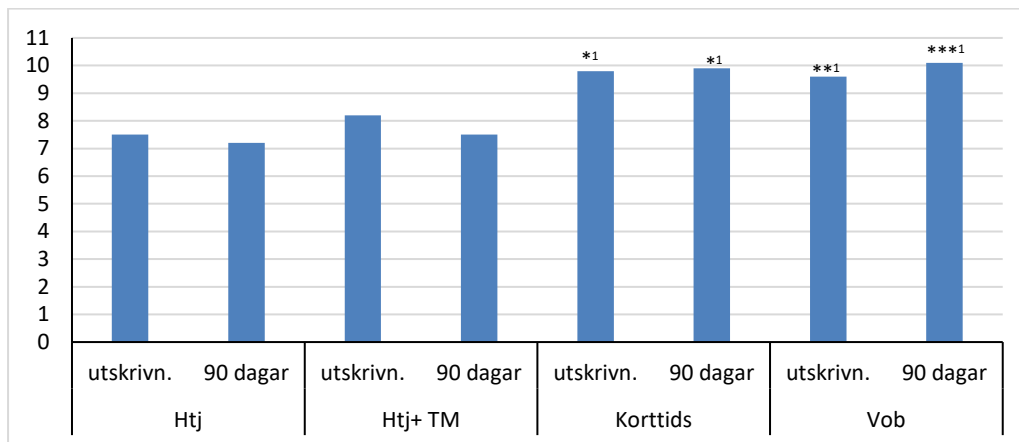
En uppdatering av samtliga registrerade faktorer, det vill säga även oro och nedstämdhet, görs endast i samband med nya beslut vad gäller insatser. Eftersom faktorer som oro och nedstämdhet inte har visat sig vara relaterade till mängden hemtjänst (Meinow, et al. 2005), fångas i SNAC-K inte förändringar i dessa avseenden om de inte sammanfaller med förändringar i fysisk eller kognitiv funktionsförmåga – faktorer som har visat sig vara starkt kopplade till vilka och hur mycket insatser man får. Jämförelser över tid vad gäller utvecklingen av oro är dock osäkra och bör därför tolkas med försiktighet (Meinow, et al. 2005).

Samtliga som erhöll Tryggt mottagande har efter denna period fått ett nytt biståndsbeslut om fortsatt stöd från äldreomsorgen. I samband med dessa nya beslut bör förändringar vad gäller oro och nedstämdhet ha registrerats i SNAC-K. Insatserna i hemtjänstgruppen förändrades dock inte alltid inom 90 dagar och därmed är det möjligt att potentiella förändringar vad gäller oro och nedstämdhet inte fångats upp om funktionsförmågan i övrigt varit oförändrad.

Sammanfattning av graden av funktionsnedsättning - SNAC-index

I syfte att sammanfatta graden av funktionsnedsättning har det tidigare utvecklats ett summerat index (SNAC-index), i vilket ingår ADL-beroende, kognitiv nedsättning, rörelsehinder samt inkontinens (Bilaga 5). Indexet faller mellan noll och 23,

där noll motsvarar ingen funktionsnedsättning och 23 helt beroende. Figur 7 visar medelvärden av SNAC-index för grupperna med olika typer av äldreomsorgsinsatser efter slutenvård.



SNAC-index: summering av: av- och påklädning (0-2), toalettbesök (0-2), förflyttning (0-2), födo-intag (0-2), urininkontinens (0-3), avföringsinkontinens (0-3), rörelsehinder (0-3), kognitiv nedsättning (0-3). Värdet av kognitiv nedsättning multipliceras med två.

† p<0.1; *p < 0.05; ** p<0.01; p<0.001

¹ signifikant skillnad jämfört med motsvarande kategori bland de som blev utskrivna med hemtjänst.

Figur 7. Sammanfattning av graden av funktionsnedsättning - SNAC-index.

Mätt med SNAC-indexet var den genomsnittliga graden av funktionsnedsättning vid utskrivningsplaneringen ungefär densamma i gruppen som fick hemtjänst och i gruppen som fick Tryggt mottagande, 7,5 respektive 8,2 på den 23-gradiga skalan. Efter 90 dagar hade det inte skett några väsentliga förändringar i någon av grupperna. De som beviljades korttidsvård respektive vård- och omsorgsboende efter slutenvård hade däremot i genomsnitt en högre grad av funktionsnedsättning. Inte heller i dessa grupper syntes dock nämnvärda förändringar inom 90 dagar.

Även om den genomsnittliga funktionsförmågan på gruppnivå inte visade några skillnader mellan utskrivningsplaneringen och uppföljningen efter tre månader kan enskilda individers funktionsförmåga förbättras eller försämrats över tid. Tabell 5 visar att förändringar i funktionsförmåga inom 90 dagar var vanligare bland dem som fick Tryggt mottagande jämfört med dem som fick hemtjänst. Både förbättringar och försämringar tycks något vanligare bland dem som fått Tryggt mottagande. Dessa skillnader i relation till hemtjänstgruppen är dock inte statistiskt säkerställda. Vanligast var förändringar i funktionsförmågan bland dem som beviljades korttidsvård respektive vård- och omsorgsboende efter slutenvård. I båda grupperna skedde en försämring för en fjärdedel och en förbättring för 19 respektive 16 procent.

Tabell 5. Individuella förändringar av graden av funktionsnedsättning.

	Hemtjänst ¹ n=296 %	TM ² n=72 %	Korttidsboende n=27 %	Vob ³ n=44 %
Ingen förändring	58	39*	33†	34*
Förbättring ⁴	22	31†	19	16
Försämring ⁴	11	15	26*	27**
Avliden	9	11	22	23
Avslutat	<1	4	0	0

† p<0.1; *p<0.05; ** p<0.01; p<0.001; ¹ jämfört med de som fick hemtjänst efter slutenvård.

¹ > 40 timmar hemtjänst per månad.

² Tryggt mottagande, inklusive sju tillfällen där Tryggt mottagande erbjöds trots att personen inte kom (direkt) från slutenvården, dvs. tre tillfällen efter korttidsvård och fyra tillfällen p.g.a. en svår hemsituation.

³ Vård- och omsorgsboende

⁴ förändring med minst en poäng på den 23-gradiga skalan.

Vad kännetecknar dem som erhållit Tryggt mottagande?

De föregående avsnitten visade att en något högre andel av dem som fått Tryggt mottagande besvärades av oro och var beroende i samtliga PADL-aktiviteter jämfört med dem som fått enbart hemtjänst (figur 5 och 3).

För att ta reda på vad som kännetecknar dem som erhållit Tryggt mottagande jämfört med dem som fått hemtjänst analyserades flera potentiellt relevanta faktorer, både enskilt (ojusterat) och samtidigt (justerat för varandra). I undersökningsgruppen var varken ålder, kön, kognition eller funktionsnedsättning mätt med SNAC-indexet associerat till sannolikheten att ha fått Tryggt mottagande. Däremot visade den justerade analysen att personer med Tryggt mottagande i signifikant större utsträckning var oroliga och behövde hjälp med fler PADL-aktiviteter än de som fått hemtjänst (Bilaga 6). Dessa faktorer var dock inte avgörande för om en person fick hemtjänst eller Tryggt mottagande, det vill säga att det i huvudsak var andra än i SNAC-K tillgängliga faktorer som låg bakom vilken typ av insats som hade beviljats i samband med en utskrivningsplanering.

Intervjuundersökningen

De som tackade ja till att bli intervjuade ville gärna dela med sig av sina erfarenheter, både positiva och negativa. Många uttryckte stor tacksamhet över den vård och omsorg som de fick. Samtidigt framkom olika svårigheter förenade med den livssituation som de var i.

Hälsotillståndet vid intervjutillfället

De ovan redovisade uppgifterna från SNAC-K-studien visade att de flesta av de intervjuade hade omfattande funktionsnedsättningar och en skör livssituation. För många hade livet förändrats radikalt i och med den försämrade hälsan och olika funktionsnedsättningar. Nästan alla hade eller besvärades i olika utsträckning av smärta. En av de intervjuade sa:

För fjorton dagar sedan skulle jag ha skrikit nu. Så ont i ryggen skulle jag ha haft. Och nu har du och jag suttit mer än tio minuter och jag har inte ont.

Intervjuerna visade att ingen var helt återställd vid hemkomsten från sjukhuset, men flera av de intervjuade berättade att deras tillstånd förbättrades i samband med att de kom hem:

Mitt tillfrisknande tog fart när jag kom hem. Inte de första dagarna men sen kände jag att jag kunde ta tag i det här.

Det var inte ovanligt att intervjupersonerna när de kontaktades av utredarna för att boka en intervjutid bad att få bli uppringda igen vid ett senare tillfälle, då de hoppades att de skulle känna sig piggare. De var trötta, hade smärtor och svårigheter att röra sig. Dottern till en kvinna som inte kom ihåg den första tiden i hemmet sa:

Du fick väldigt starka mediciner och du kunde inte förflytta dig utan att någon var med. Du har blivit jättemycket bättre. Du tog dig nätt och jämnt fram med rollatorn och bara om någon var bredvid.

Även av intervjuerna framgick att de som fick Tryggt mottagande och korttidsboende var skörare än de som bara fick hemtjänst. Något som indikerade det var att en fjärdedel av dem inte hade uppfattat att de hade fått hjälp från Tryggt mottagande utan trodde att det var den vanliga hemtjänstpersonalen som hade hjälpt dem. Det var också förhållandevis fler anhöriga som deltog i dessa intervjuer. Tre av de intervjuade som fick Tryggt mottagande efter utskrivningen från sjukhuset fick efter en kort tid hemma flytta till ett särskilt boende. Anledningen var att hemtjänsten inte klarade av att tillgodose dessa personers stora hjälpbehov. Ytterligare en av dem som fick Tryggt mottagande ville flytta till ett vård- och omsorgsboende och anhöriga till två personer övervägde att ansöka om särskilt boende.

Av dem som bara fick hemtjänst flyttade två till vård- och omsorgsboende strax efter hemkomsten. Samtliga som flyttade till vård- och omsorgsboende var i hög ålder och hade stora behov av vård och omsorg.

Orsak till sjukhusvistelsen

Hälsan hos flera av de intervjuade hade försämrats redan månaderna före den aktuella sjukhusvistelsen. En del hade också vårdats på sjukhus en eller flera gånger alldeles före den aktuella sjukhusvistelsen. Alla utom två hade behövt sjukhusvård akut. En kvinna berättade:

På morgonen här kunde jag inte gå ur sängen. Jag hade känt att jag hade hög feber och ont i kroppen. Det var sådan tur att det skulle komma en och handla åt mig.

Den vanligaste orsaken var en fraktur i samband med en fallskada. En jämförelse visade att bland de 25 personer som bara fick hemtjänst hade omkring hälften fått en fraktur och de övriga en annan somatisk sjukdom, exempelvis försämrat allmäntillstånd, lunginflammation eller en stroke (se tabell 6).

Tabell 6. Orsak till vistelsen på sjukhus för dem som intervjuades och som vårdplanerades på Kungsholmen fördelade på dem som bara fick hemtjänst respektive dem som fick Tryggt mottagande och korttidsboende. N=41

Orsak	Hemtjänst n=25	Tryggt mottagande n=13	Korttids- boende n=3	Summa
Fraktur efter fall	11	10	2(4)	23
Försämrat allmäntillstånd	3	0	1	4
Lunginflammation	3	0		3
Stroke	2	0		2
Annan somatisk sjukdom	4	3		7
Minns ej	2	0		2
Antal	25	13	3(4)	41

Bland dem som fick Tryggt mottagande hade cirka tre fjärdedelar fått en fraktur. De tre som fick korttidsvård hade fått en fallskada eller försämrat allmäntillstånd. En av dem som fick korttidsvård fick också Tryggt mottagande.

Erfarenheter av sjukvården

De flesta kunde berätta om vistelsen på sjukhuset, men några kom inte ihåg vad som hade hänt. Anhöriga som var med vid intervjuerna hjälpte då till med olika faktauppgifter om sjukhusvistelsen. Nästan alla var nöjda med vården. Mest nöjda var de med akutsjukhuset. Erfarenheterna av de geriatriska klinikerna varierade från mycket bra till mycket dålig. Något som de intervjuade tyckte var bra var möjligheten att återhämta sig, att få mat och annan hjälp. De som var mest nöjda med den geriatriska vården sa att det var som ett fint hotell. De framhöll både vårdens innehåll, miljön och bemötandet. De som var mindre nöjda sa att vistelsen blev händelselös och att de därför uppskattade att få komma hem, trots att de kanske inte hade känt sig riktigt redo för det.

För omkring hälften ingick rehabilitering i den geriatriska vården, men omfattningen varierade. De som fick rehabilitering var nöjda medan de som endast fick lite eller ingen rehabilitering alls saknade det. Några ansåg att de inte hade utnyttjat tiden på sjukhuset tillräckligt väl. En kvinna berättade att en fysioterapeut hade visat henne hur man gör för att ta på sig strumpor med ett hjälpmedel. Utöver det hade hon fått röra på sig några enstaka gånger.

Att ta på sig strumporna är också viktigt, men det måste ändå gälla att få igång oss. Vi var fyra tanter som låg där. Vi hade väl kunnat ha lite gruppträning. Det var inget sådant och det störde mig lite.

Utskrivningsplaneringen på sjukhuset

Omkring hälften hade diffusa minnen av utskrivningsplaneringen. De som kom ihåg berättade att förutom personal från sjukhuset hade oftast en anhörig varit med. Många tyckte att det var ett bra möte där de hade talat om situationen vid hemkomsten och vilken hjälp de då skulle behöva. En vanlig uppfattning var att biståndshandläggarna var mycket generösa med att erbjuda hemtjänst många

gångar per dag samt kvällar och nätter. För en del av de intervjuade var utskrivningsplaneringen den första kontakten med äldreomsorgen. Flera tyckte att det hade varit svårt att veta vad de skulle ansöka om, eftersom de inte kände till vilken hjälp de kunde få eller hur hemtjänsten fungerade. En kvinna sa:

Jag blev lite tagen på sängen. Allt gick så rasande fort. Jag hann inte tänka efter så mycket, jag hade ju inte alls tänkt på alla de sakerna som de föreslog.

En anhörig hade synpunkter på att biståndsbedömningen var så detaljerad: *Det är svårt att säga önskemålen innan man har några. Då är det egentligen bättre att man åker hem och lever med det ett antal dar [...] och sätta sig ner kanske efter en vecka. Hur går det nu? Vad är det som inte fungerar?*

För dem som hade upprepade sjukhusvistelser bakom sig var den aktuella utskrivningsplaneringen en i en kedja av flera. Situationen i hemmet hade inte varit stabil och de hade under en längre tid varit beroende av hjälp både från hemtjänsten, hemsjukvården och sin familj för att tillvaron skulle fungera.

För några hade sjukdomen medfört en radikalt förändrad funktionsförmåga och vid utskrivningsplaneringen var det oklart hur de skulle kunna klara sig i hemmet. Andra ansåg inte att de hade återhämtat sig tillräckligt för att komma hem och anhöriga delade ofta den uppfattningen. Det var vanligt att de som kände sig oroliga hade pratat med biståndshandläggaren om möjligheten att få korttidsvård. Ett besked som några hade fått var att det inte var någon idé att ansöka, eftersom handläggningstiden var för lång med tanke på den nära förestående utskrivningen. Några enstaka ansökte ändå om korttidsvård, alternativt vård- och omsorgsboende för sin närståendes räkning. De som fick avslag berättade att det hade gjort dem upprörda.

Barnen till en av dem som fick avslag betalade under några veckor själva korttidsvård. Enligt deras uppfattning kunde mamman inte komma hem eftersom hon inte klarade toalettbesök på egen hand. De hade även tidigare bekostat korttidsvård för henne. De hade fått information om att Stockholms stad inte beviljade korttidsboende och att de i behovsbedömningarna heller inte kunde ta hänsyn till oro. Ett annat syskonpar ansåg att deras mamma var för dålig för att bo ensam hemma. I ett samtal med ett av barnen hade hon sagt att hon kunde tänka sig att bo någon annanstans. När biståndshandläggaren vid utskrivningsplaneringen frågade om hon ville flytta till ett vård- och omsorgsboende, sa hon att hon ville bo kvar hemma:

Då föll alltihop, sa den intervjuade och fortsatte: Härom kvällen så ringde en granne. Då var mamma där inne [...] och sa att ingen hade varit hos henne under dagen – men hemtjänsten hade varit där och min syster.

Vilka insatser fick de intervjuade från äldreomsorgen

Alla intervjuade beviljades hemtjänst, som både omfattade service- och omvårdnadsinsatser med besök flera gånger per dag. Det var också vanligt med hjälp både kvällar och nätter. Det var sex personer som också fick Tryggt mottagande och tre som fick korttidsvård. En fick både och. Fyra hade vid tiden för intervjun blivit beviljade vård- och omsorgsboende (se tabell 7).

Tabell 7. Antalet som beviljades hemtjänst, korttidsboende eller Tryggt mottagande i samband med utskrivningsplanering under perioden mars till och med maj 2018, N=34.

	Mars	April	Maj	Antal
Antal intervjuer	15	11	8	34
Beviljade insatser				
Hemtjänst	15	11	8	34
Tryggt mottagande	4	2	0	6
Korttidsboende	1	0	2	3
Vård- och omsorgsboende	3	1	0	4

I gruppen som intervjuades och som fick Tryggt mottagande under perioden juni till och med augusti var det två personer som både fick korttidsboende och Tryggt mottagande. En av dem fick senare plats i särskilt boende.

Med några enstaka undantag hade de som intervjuades hjälp från hemtjänst med många timmar per månad. De som fick Tryggt mottagande¹⁷ något fler timmar per månad än de som bara hade hemtjänst. De som fick korttidsvård beviljades flest hemtjänsttimmar.

Hälften av dem som fick Tryggt mottagande hade hemtjänst för första gången. Det var en högre andel än bland dem som endast fick hemtjänst.

Insatser från primärvården

Förutom behov av hemtjänst eller andra insatser från äldreomsorgen togs även behoven av hjälpmedel, hemsjukvård och bostadsanpassning upp vid utskrivningsplaneringarna.

Så gott som alla intervjuade var inskrivna i hemsjukvården. Den vanligaste insatsen var läkemedelsdistribution varannan vecka. Några fick besök av en distriktssköterska både morgon och kväll. Det gällde ofta läkemedel, injektioner eller sårvård.

Många hade en personlig kontakt med en distriktssköterska, vilket bidrog till trygghet. Några berättade att de kunde ringa distriktssköterskan om det uppstod något problem eller om de kände sig oroliga och att distriktssköterskan då ofta kunde göra ett hembesök redan samma dag. Men alla hade inte den kontakten. Flera berättade att de vid några tillfällen inte hade fått sin leverans av läkemedel i tid och att det också hade gällt sådana läkemedel som skulle tas vid en viss tidpunkt.

De allra flesta, både de som bara hade hemtjänst och de med Tryggt mottagande, hade haft besök av en fysioterapeut och/eller en arbetsterapeut i samband med att de kom hem från sjukhuset för att undersöka behovet av hjälpmedel eller bostadsanpassning. Hjälpmedlen hade i allmänhet levererats snabbt. Några hade också

¹⁷ Under tiden en person får Tryggt mottagande ökas antalet beviljade hemtjänsttimmar.

fått rehabilitering i hemmet. Flera hade blivit remitterade till neurorehabiliteringsteamet.

Bostadsanpassning

Av intervjuerna framkom att det kunde ta lång tid innan bostadsanpassning utfördes. Det fick konsekvenser för dem som exempelvis hade svårt att använda sitt badrum. Några av de intervjuade hade markeringar med röda tejpbitar, som visade var handtag skulle sättas upp och andra förändringar göras. En av de intervjuade sa:

Det skulle behövas något akutteam där det finns en person som kan sätta upp ett extra handtag eller en extra lampa. Det måste vara snabba insatser – jag förstår annars inte hur det ska gå att vara hemma. Jag tycker också man ska tänka på att den första tiden hemma är den farligaste tiden. Det är då man ramlar en gång till.

Utskrivningen

Omkring hälften ansåg att de skrevs ut i rätt tid. En kvinna sa:

Jag tyckte att det skulle bli skönt att komma hem. Jag såg nog fram emot det med tillförsikt. Jag visste ju att jag skulle få hjälp. [...] så jag har andra människor runt omkring mig.

En annan sa: *Jag ville hem. När de började tala om det så tänkte jag åhhh. Jag vantrivdes så förskräckligt och hoppades att jag skulle klara det hemma. Det var lite otäckt de första dagarna och kvällarna hemma. Men det har gått bra hitintills. Jag känner ju att jag är mycket bättre.*

De övriga hade gärna stannat kvar ytterligare några dagar för att hinna bli lite starkare. En kvinna berättade att hon hade känt sig mycket trött när hon skrevs ut.

Jag var förvånad att jag var så trött. De kanske inte kan behålla folk för att de är trötta. [...] det är väl ont om platser. [...] Men jag blev så väl omskött så jag kan inte klaga på någonting.

En av de intervjuade berättade att hon hade bett att bli utskriven i förtid. När hon väl var hemma förstod hon att hon hade överskattat sin hälsa och trodde att det hade varit bättre om hon hade stannat kvar några dagar till. I intervjuerna framkom att flera hade insjuknat igen och fått åka tillbaka till sjukhuset. Några orsaker var en ny fallskada, urinvägsinfektion eller en planerad operation.

Situationen vid hemkomsten

Nästan alla av de intervjuade hade hjälp både av hemtjänst och hemsjukvård när de kom hem från sjukhuset. Majoriteten hade haft hemtjänst även före sjukhusvistelsen, ofta med serviceinsatser. Efter utskrivningen behövde de också hjälp med olika omsorgsinsatser. För några var det första gången som de inte kunde klara sin vardag på egen hand.

Hemkomsten för dem som fick vanlig hemtjänst

Hemkomsten gick bra för nästan alla av de 25 personer som var beviljade vanlig hemtjänst. Några hade haft sällskap av en anhörig på hemresan. Andra anhöriga tog emot i hemmet. Det var heller inte ovanligt att personal från hemtjänsten väntade utanför porten. *En hel armé*, som en av de intervjuade sa. Flera berättade att det hade kommit leveranser med hjälpmedel när de kom hem och att en fysioterapeut eller en arbetsterapeut från primärvårdsrehabiliteringen hade dykt upp redan samma dag eller någon dag senare:

Hemtjänsten som vi har nu stod utanför – en kvinna och en man. De kom upp med allt som du kan tänka dig att man behöver. Blöjor, underlägg, sängunderlägg och sånt. Så himla bra. Jag fastnade verkligen för det [...] Det som fattades var en trumpet.

Några enstaka personer fick inte den utlovade hemtjänsten när de kom hem. En kvinna där anhöriga hade ansökt om korttidsboende och som hade varit förvirrad och haft hallucinationer blev hemskickad på valborgsmässoafton. Den anhöriga som tog emot i hemmet trodde att det bidrog till att mycket gick fel när hon kom hem. Bland annat kom vare sig hemtjänsten eller leveransen av läkemedel. På natten gick kvinnan upp utan sin rollator och ramlade. På morgonen när hemtjänsten kom låg hon utanför toaletten. Hon var nerkyld och fick åka tillbaka till sjukhuset. När hon skrevs ut igen fick hon korttidsvård och senare även Tryggt mottagande.

Ett annat fall gällde en person som på grund av olika funktionsnedsättningar inte kunde ta sig in i sin lägenhet på egen hand och där hemtjänsten inte hade uppfattat tidpunkten för hemkomsten. Istället hade taxichauffören hjälpt honom.

För mycket hemtjänst!

Många upplevde redan efter några dagar att de hade fått mer hemtjänst än de behövde och upplevde att den inkräktade på deras integritet. En vanlig önskan bland de intervjuade var att de så snart som möjligt skulle klara sig med mindre hemtjänst eller helt utan. Denna önskan fanns framförallt hos några lite yngre personer som inte hade haft hemtjänst tidigare. När intervjuerna gjordes hade många redan hunnit minska hjälpinsatserna.

I början kom de på morgonen också. Hjälp att komma upp och fixa frukost. Det hade jag en dag. Det tyckte jag att jag kunde klara själv. Det blev bara ett orosmoment att passa dem. Ibland kan man uppleva det som jobbigt att passa deras tider.

Men det var hjälpen kvällar och nätter som många tog bort först och det framkom flera synpunkter på de insatserna. Kvällsbesöken var i allmänhet 15 minuter. Flera berättade att kvällspersonalen ofta inledde besöket med att säga: *Jag har en kvart på mig, vad vill du ha hjälp med?* Reaktionen hos flera av de intervjuade var att de inte ville ha någon hjälp eftersom situationen inte kändes bra. Syftet med kvällsbesöket var ofta att ta fram/laga middag eller kvällsmat, men en vanlig synpunkt var att tiden inte räckte till.

Det är meningen att hemtjänsten ska hjälpa mig med maten, men tiden är för kort. Om de är här 20 - 25 minuter då hinner man knappt ta fram maten ur kylskåpet. Jag tycker att tiden ska utökas så att man får riktig mat.

De som fick Tryggt mottagande

De flesta av dem som hade haft Tryggt mottagande och även de anhöriga som intervjuades var översvallande i sina omdömen om den hjälp de fått. Många av dem som kom hem med hemtjänst blev också väl emottagna, men det var ändå stora skillnader. När det var möjligt hade personal från Tryggt mottagande kommit till sjukhuset före utskrivningen, för att presentera sig. En kvinna som blev mött i porten av Tryggt mottagande sa:

Det var skönt och samtidigt så skrämde det mig lite grand för jag märkte ju att jag inte var som jag skulle vara.

Eftersom antalet personer som Tryggt mottagande-teamet kunde ta emot var begränsat till omkring åtta personer per månad var det i viss mån slumpen som avgjorde vilka som fick erbjudandet. Det gällde att skrivas ut en dag när en medarbetare i Tryggt mottagande kunde ta emot en ny person. En anhörig sa:

Nu minns jag inte om de ringde och berättade att det hade startat en ny avdelning typ, som kan ställa upp ett antal veckor och hjälpa er med olika saker. Ni får en mjuk övergång. Helt ok sa jag. Det är bara att testa.

En dotter påminde under intervjun sin mamma om vad som hade hänt när hon skrevs ut från sjukhuset:

Det var på Sabbatsberg och det var så att du var i behov av mycket hjälp och vi pratade om korttidsboende som alternativ. Sen kom det här förslaget med Tryggt mottagande i hemmet och det blev ju väldigt, väldigt bra.

De som fick Tryggt mottagande, som inte hade haft hemtjänst tidigare uppskattade också hjälpen att koordinera olika insatser.

Jag tror inte att det hade fungerat så bra som det gjorde utan Tryggt mottagande. För oss var ju hemtjänst och hemsjukvård någonting helt nytt så hon skötte ju kontakterna – det var hon som höll ihop det. Framförde önskemål, pratade med hemsjukvården eller med de här sjukgymnasterna.

De intervjuade uppskattade också att Tryggt mottagande hade haft gott om tid vid sina besök. En av de intervjuade berättade:

Ja jag kunde fråga hur lång tid han hade på sig. Nej, sa han vi tar den tiden, som du behöver. Jag har ju hört på radio hur hemtjänsten stressar. En anhörig till en annan person sa: De var lugna. Jag tror att de skapade en trygghet.

Några berättade om vad de fick hjälp med av Tryggt mottagande:

Vi gick promenader. Då hade vi rullstolen. Jag fick sitta en bit och gå en bit. [...] Jättebra träning och att komma ut i luften. Bara det gör att man känner sig friskare. [...] Nej jag tycker att det fungerade. De var väldigt lyhörda och anpassningsbara till mina behov.

Ytterligare en reflektion: *Skillnaden är att de var här hela dagen och ägnade sig åt mig. Hemtjänsten är här en kvart i taget. De (Tryggt mottagande) hinner ju göra lite mer och så hinner jag prata lite mer med dem.*

Tryggt mottagande fungerade dock inte för alla. Det som gjorde det omöjligt för två av de intervjuade att bo kvar hemma, var att det blev för många besök från olika vårdgivare i kombination med nedsatt allmäntillstånd och försämrad kognition. En annan svårighet var för sammanboende, när den närståendes vård- och omsorgsbehov hade ökat och de blev mycket bundna till hemmet. En anhörig sa:

Det var flera dagar som jag inte gick ut från hemmet. Då började jag få ångest och oro. Läkaren gav mig tabletter mot oron.

En annan anhörig sa att: *Tryggt mottagande var nog bra men omständigheterna var inte bra. Att stå till hands 24 timmar per dygn. De kom fem eller sex gånger per dygn och kom inte på bestämda tider. De var heller inte så vana som här vid sjuka personer.*

Det framkom också enstaka synpunkter på att det hade varit svårt att påverka hjälpinsatserna. Bland annat gällde det maten. En person var inte nöjd med den enkla kost som hon hade fått. Med tanke på sitt hälsotillstånd ansåg hon att hon hade behövt få fullgod kost.

Övergången från Tryggt mottagande till hemtjänst

Insatsen Tryggt mottagande pågick mellan fem och tio dagar. Samtidigt hade de flesta hjälp av den ordinarie hemtjänsten kvällar, nätter och helger. När Tryggt mottagande avslutades tog den ordinarie hemtjänsten över helt. En av de intervjuade sa att det blev stora kontraster: *Då blev det mer tidsreglerat.*

En annan sa: *Plötsligt så fanns inte X där. Det hade jag inte riktigt snappat. Jag trodde att det skulle vara lite intensivt i början och att hon skulle vara den som jag hade hjälp av, men nu är det hur många nya som helst som kommer.*

En av de anhöriga berättade att hemtjänsten såg Tryggt mottagande som en konkurrent för att de hade gott om tid. Han sa:

De kunde ställa upp. De kunde hjälpa oss. Då ställde ju vi nästan samma krav på dom. Varför gör inte dom det här? Tryggt mottagande kunde vara här i två timmar och gå igenom och berätta och hjälpa så här ska du göra – det fungerade hur bra som helst. Hemtjänsten var precis tvärtom. De tittade på klockan. [...] Vi hade en kille och en tjej nästan hela tiden [...]. De ingöt ett sådant förtroende. I dag känns det som ett öppet hus. Man vet inte vem som kommer utan det kan vara 20 personer. Ändå gick de (hemtjänstföretaget) ut och sa att de var kända för att samma personer kommer. Det visade sig att första helgen så var det 15 olika personer som kom på tre dagar.

Erfarenheter av att ha hemtjänst

I princip alla uttryckte tacksamhet över att hemtjänst fanns och för hjälpen som de fick. En av de intervjuade sa:

De är väldigt snälla och hjälpsamma. Jag kan inte klaga på någonting beträffande den hjälp jag får.

Några berättade om olika händelser där hemtjänstpersonalen hade överraskat med att hjälpa dem på ett oväntat sätt. Det kunde vara en promenad, ett extra besök eller att bli erbjuden att följa med och handla.

Samtidigt som de flesta uttryckte tacksamhet varierade upplevelserna av att ha hemtjänst. I intervjuerna framkom att det var en stor skillnad mellan att bara ha hjälp med serviceinsatser och omsorgsinsatser eftersom det innebar en större bundenhet och mer begränsade möjligheter att bestämma över sin vardag.

För dem som hade hjälp många gånger per dag var det viktigt att det var samma personer som gav hjälpen. Att få hjälp med dusch, toalettbesök och annan omvårdnad underlättades om man kände den eller dem som gav hjälpen och hade tillit till dem. Att dagligen möta nya vårdare i den utsatta situationen var svårt. En person sa:

Jag tycker inte det är roligt. Jag skulle vilja ha det mer planerat. På kvällen skulle det komma en viss person och att de ska komma varje dag.

Intervjuerna visade att de som fick hjälp av ett begränsat antal personer var betydligt mer nöjda med hemtjänsten. De kände den personalen bättre och berättade oftare om att de som hjälpte dem var engagerade i deras situation. Ofta var det någon eller några i personalen som de intervjuade föredrog och att de fanns betydde mycket för hur de upplevde situationen i sin helhet. I vilken utsträckning personalen hade utbildning och var kunniga påverkade också känslan av förtroende och tillit. Intervjuerna gav intryck av att kompetensen varierade mycket.

Några av dem som fick hemtjänst och några som fick Tryggt mottagande berättade om incidenter, som hade skett kvällar och nätter då hemtjänstpersonal hade uppfört sig olämpligt. Några hade varit med om att nattpersonal hade lyst på dem med en ficklampa när de sov. Andra hade fått skarpa tillsägelser att de inte fick larma på natten. Dessa incidenter upplevde de berörda som mycket obehagliga och rubbade deras förtroende för hemtjänsten. För några var det en starkt bidragande orsak till att de inte kunde bo kvar, utan fick flytta till ett vård- och omsorgsboende. En kvinna sa:

Du är väldigt mycket i händerna på dem. Du är ensam, gammal och du har svårt att förstå. Det kan ju vara förvirrande att det dyker upp den ena efter den andra. Man kan ju börja undra vad det är. Det var lite vad jag upplevde med de här som kom på natten. De kom vid ett och dom kom vid fyra. Det är en lite märklig känsla när de tuffar in med egna nycklar. Det var aldrig några problem med dem. Men man undrar ibland vad de har för förkunskaper egentligen. För det ska väl vara undersköterskor och de tror jag är en väldigt liten procent.

Erfarenheter av korttidsvård

Sex av de intervjuade hade varit på korttidsboende. Tre av dem fick också Tryggt mottagande. Intervjuerna visade att de som hade fått korttidsvård inte mått så bra

under den perioden och ansåg att de inte hade klarat att vara hemma då. De hade ägnat tiden åt att vila. En av de intervjuade berättade:

Jag sa till biståndshandläggaren, det går inte (att komma hem). Jag var hela tiden tvungen att hålla i mig [...]. Men så fick jag en vecka till. Och det gjorde mycket faktiskt och så fick jag det här mottagandet när jag kom hem.

Anhöriga

Många anhöriga, främst sammanboende eller barn, var engagerade i att hjälpa sina närstående. Både praktiskt och med olika kontakter:

Jag får den hjälp jag behöver och jag har ett stort stöd av min dotter. Utan den hjälpen hade jag behövt mycket mer hjälp.

De som var sammanboende med personer som behövde hemtjänst dygnet runt hade svårt att få utrymme för ett eget liv. Tillvaron för dem präglades i hög utsträckning av den närståendes sjukdom och behovet av vård och omsorg. Det fanns sammanboende som var eller hade varit mycket begränsade i sin livssituation. En sa:

Det ansvar som jag har är 24 timmar oberoende av om det är hemtjänst här eller inte. Jag kan inte göra speciellt mycket andra saker än att vara här. Jag kan gå och handla och vara borta max en timma. Sedan vet inte jag vad som händer med henne. Om hon kliver ur stolen eller inte. Det händer saker. [...] Nu har vi ju inte haft det så länge. Det här är bara en månad. Det är nu man börjar se, att man börjar känna att jag också behöver komma ifrån.

För några av de anhöriga, både makar och barn, hade situationen blivit övermäktig och bidragit till att deras närstående inte hade kunnat bo kvar hemma. Även barn som regelbundet hjälpte sina föräldrar med inköp, matlagning berättade att de kände sig pressade. En anhörig sa:

Vi gör för mycket. Innan hon åkte in den här gången höll vi på att gå in i väggen [...] Jag tänker på dem som inte har några anhöriga – jag slåss för dem också.

Personalens erfarenheter

Det följande avsnittet behandlar chefernas och biståndshandläggarnas erfarenheter av utskrivningsprocessen från slutenvården och av den vård och omsorg som de erbjuder dem som skrivs ut från sjukhus i samband med utskrivningsplaneringar.

Utskrivning från sjukhus - beställarnas erfarenheter

De intervjuade cheferna och biståndshandläggarna ansåg att samarbetet när en person skrevs ut från sjukhus fungerade bra. Men de ansåg att många äldre var alltför dåliga när de skrevs ut och att de skulle behöva få lite längre rehabilitering och träning på sjukhus.

För de som vi beviljar korttidsvård får ingen rehabilitering. De får mobilisering och det är inte rehabilitering. Det skulle de behöva mer. Vinsten skulle enligt de intervjuade, vara en chans att bli starkare. Men det skulle nog inte vara bra för dem

som är oroliga. För de behöver komma hem och se att det fungerar. Skulle de vara kvar längre skulle de bli mer institutionaliserade.

Inför att Stockholms stad inom kort skulle börja tillämpa lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus (SFS 2017: 617) trodde de intervjuade att utskrivningsprocessen skulle gå ännu snabbare. För att allt ska finnas på plats i hemmet när personerna kommer hem, trodde de att insatserna i ännu högre utsträckning skulle behöva koordineras. Biståndshandläggarna trodde att de även i framtiden skulle behöva besöka äldre utskrivningsklara personer på sjukhus för att kunna fatta beslut om nödvändig hemtjänst i samband med att en person åker hem. De antog att beslutet om hemtjänst oftast inte kan vänta tills den samordnade vårdplaneringen äger rum hemma hos dem som skrivs ut från sjukhuset.

Vilka får Tryggt mottagande respektive korttidsvård?

Under undersökningsperioden var det endast ett fåtal personer som fick korttidsvård eller Tryggt mottagande. De intervjuade berättade att en vanlig orsak att ansöka om korttidsvård i samband med utskrivning från sjukhus var att personen eller de anhöriga var oroliga för hur det skulle gå hemma. En av de intervjuade cheferna ansåg att oron aldrig var obefogad.

Har man varit på sjukhus och inte riktigt vet vad man klarar låter det nog lite skrämmande att komma hem. Vi förstår absolut både de anhöriga och brukaren.

I sina bedömningar utgick personalen på beställaravdelningen från att de flesta hjälpbehov kunde avhjälpas i hemmet. Det fanns också en uppfattning att i de flesta fall var det bättre för dem som var oroliga att komma hem direkt. Erfarenheten var att det påskyndade återhämtningen och man undvek ytterligare ett miljöombyte. En strikt tillämpning av den policyn hade medfört att de endast i undantagsfall beviljade någon korttidsvård och det var främst i tre situationer:

- för personer med en demenssjukdom som inte kunde larma på egen hand eller behövde en demensutredning
- när förvaltningen behövde ett beslutsunderlag för att bedöma om en person kunde bo kvar hemma eller om de behövde flytta till ett vård- och omsorgsboende
- för personer som efter en operation inte fick belasta exempelvis ett ben.

De intervjuade betonade att korttidsvård inte ska vara en förlängd sjukhusvistelse eller rekreation. Om någon var i behov av rehabilitering var bedömningen att det var landstingets ansvar.

Trots att endast ett litet antal personer blev beviljade Tryggt mottagande ansåg beställaravdelningens medarbetare att det finns ett stort behov. Det låga antalet berodde på logistiska svårigheter, eftersom det inte alltid fanns någon ledig personal i teamet när en person som behövde Tryggt mottagande skrevs ut. Därför hade de inte kunnat erbjuda Tryggt mottagande till så många. Tillströmningen av personer var också ojämn.

Organisationen av Tryggt mottagande

De intervjuade biståndshandläggarna uppskattade att Tryggt mottagande ingick i beställaravdelningen och att de hade sina arbetsplatser i samma kontorslandskap. Det underlättade kontakterna. Biståndshandläggarna uppskattade samarbetet i utredningarna om enskilda personer som gav dem ett bra beslutsunderlag. Om Tryggt mottagande efter en insats inte bedömde att en person kunde klara sig hemma så litade biståndshandläggarna på den bedömningen. Biståndshandläggarna ansåg också att Tryggt mottagande-teamet gjorde bra genomförandeplaner.

Beställarenhetens arbete med Tryggt mottagande

En av cheferna berättade att när projektet Tryggt mottagande startade utgick de ifrån de uppställda inklusionskriterierna, men att de inte använde dem längre:

Nu ser vi det på något sätt ändå. Jag skulle nog säga att oro är det största skälet. När de tycker att det är helt omöjligt att komma hem.

Eftersom det inte var möjligt att ansöka om Tryggt mottagande var det biståndshandläggarna som erbjöd Tryggt mottagande. Frågan om vilka som fick insatsen avgjordes på ett ärendedragningsmöte inom beställaravdelningen, där biståndshandläggarna och cheferna deltog. På dessa möten fattades också beslut om korttidsvård och vård- och omsorgsboende.

De intervjuade berättade att nästan 100 procent av dem som fick Tryggt mottagande hade ansökt om korttidsvård, men fått avslag. Istället erbjöds de Tryggt mottagande. Det medförde att erbjudandet om Tryggt mottagande inte alltid togs emot som något positivt, eftersom beskedet ofta lämnades i samband med avslaget på ansökan om korttidsvård. Enligt en av de intervjuade cheferna blev den första kontakten med personalen i Tryggt mottagande-teamet därför heller inte alltid positiv utan de mötte ofta personer som kunde vara mycket skeptiska. Det hade också hänt att de blev utskällda.

Tryggt mottagande gav, enligt de intervjuade, mycket hjälp de första dagarna. Det var de koordinerande uppgifterna som tog tid. Sedan kunde de ofta ganska snabbt korta ner sina besök och fasa ut sig. Erfarenheten var att det ofta blev en smidig övergång från Tryggt mottagande till den ordinarie hemtjänsten. Det hade endast varit ett fåtal ärenden där biståndshandläggarna hade behövt förlänga tiden för Tryggt mottagande, färre än de hade förväntat sig.

När Tryggt mottagande avslutade sina insatser ordnades ett SIP-möte hemma hos personen, där anhöriga, biståndshandläggaren och andra vårdaktörer deltog. Tre veckor senare gjorde biståndshandläggarna en uppföljning, som sedan följdes av en eller flera uppföljningar under det kommande året. Dessa gjordes via telefon eller vid ett hembesök: *Ofta går vi hem eftersom det är så sköra personer.*

Tryggt mottagande en värdefull resurs

De intervjuade biståndshandläggarna och cheferna hade genomgående mycket positiva erfarenheter av Tryggt mottagande. En farhåga var att det skulle uppstå problem när den ordinarie hemtjänsten tog över. Men så hade det inte blivit. Istället

ansåg de att de personer som hade fått Tryggt mottagande var mer positiva till hemtjänsten.

Även när en person fick Tryggt mottagande var utgångspunkten att nivån på hemtjänstinsatserna skulle motsvara *skälig levnadsnivå*¹⁸. Exempelvis var det enklare matlagning som gällde. En av de intervjuade cheferna trodde att nivån på insatserna som Tryggt mottagande-teamet gav upplevdes som en högre kvalitet eftersom de hade ett annat uppdrag och stannade längre hos dem som de hjälpte. Skillnaden var att personalen i Tryggt mottagande inte var lika styrda av tiden som den ordinarie hemtjänsten.

Det är inte alls som för hemtjänstutförarna där varje minut spelar in för hur mycket betalt de får. Det ger möjligheter att hinna med även andra uppgifter i hushållet och ge lite mer guldkant.

Nyttan med Tryggt mottagande

I intervjuerna med chefer och biståndshandläggare framkom att de satte stort värde på att Tryggt mottagande hjälpte till att koordinera olika vårdaktörer. Personalen visste hur vården var organiserad, kände till de olika utförarna och visste vem de skulle kontakta i olika situationer. Andra saker som beställarna uppskattade var att personalen i Tryggt mottagande såg till att primärvårdsrehabiliteringen kom när någon behövde hjälpmedel eller bostadsanpassning. Även att de visade hur brukarna själva kunde göra olika saker, bidrog till att minska oron hos dem som de hjälpte. Tryggt mottagande-teamet hade också visat att de klarade av att hjälpa personer som levde i misär och att motivera personer som inte ville ta emot någon hjälp.

En annan erfarenhet som personalen inom beställarenheten hade var att Tryggt mottagande kunde *stärka upp* hos personer där hemtjänsten inte hade fungerat så bra. I sådana situationer ansåg de att Tryggt mottagande kunde fungera som konsulter till den ordinarie hemtjänsten. *Att de jobbar in sig där så att det flyter på bättre sedan för hemtjänstpersonalen.* De ansåg också att teamet var bra på att ge vård- och omsorg och att de hade en fördel av att ha lite mer tid än andra utförare. *Om man skulle ge andra utförare tid till det så kanske det skulle fungera.*

Även personer med demenssjukdomar fick Tryggt mottagande om de kunde bo hemma. Två kriterier var att de kunde hitta hem och larma om något hände. De intervjuade sa att Tryggt mottagande kan ge en introduktion och bygga upp ett förtroende för hemtjänsten så att det kan fungera bättre sedan. Fördelarna var även att Tryggt mottagande stannade lite längre stunder. Det var dock många faktorer som spelade in om det skulle fungera för den här gruppen och insatsen var inte alltid lämplig.

Utvecklingsmöjligheter

Den allmänna uppfattningen inom beställaravdelningen var att inklusionskriterierna kunde utökas och att många skulle ha ett utbyte av Tryggt mottagande. Ett

¹⁸ Skälig levnadsnivå är ett begrepp som används i socialtjänstlagen för att ange nivån på det bistånd som beviljas.

förslag för att minska oron var att erbjuda Tryggt mottagande till dem som fick hemtjänst första gången. De menade att varje hemtjänstutförare skulle kunna ha ett sådant team.

En grupp som tar emot och som inte är så styrd av timmar. Att de lite mer fritt kan disponera tiden där. Att det nödvändigtvis inte behöver detaljstyras av vad utföraren ska göra. Lite förenklad biståndsbedömning kanske. Ett beslut i stora drag, som är flexibelt.

En av de intervjuade cheferna önskade att de flesta skulle kunna få Tryggt mottagande eftersom det var så många som inte ville ha hemtjänst.

De förstår inte syftet. De tycker att hemtjänsten bara springer in och ut. Alla dom borde få Tryggt mottagande som en lugn start.

Chefen menade att även om personerna senare kan ha synpunkter på hemtjänsten var erfarenheten att Tryggt mottagande leder till att de får ett ökat förtroende för hemtjänsten. *Det blir en bra start.* Den intervjuade såg att den hjälpen som Tryggt mottagande gav med att koordinera olika vårdgivare betydde mycket och att det var den svåraste delen att klara av både för de äldre och för anhöriga. Hennes erfarenhet var att den uppgiften kunde bli övermäktig och att det kunde vara orsaken till att de ansökte om vård- och omsorgsboende.

De ser inte att det skulle gå annars. De ser att brukaren själv inte kan koordinera allt det här och sedan tänker de utifrån sin egen situation att det blir svårt.

Tryggt mottagande-teamets erfarenheter

I följande avsnitt redovisas Tryggt mottagande-teamets erfarenheter.

En skör grupp att arbeta med

Personalen i Tryggt mottagande-teamet berättade att många som fick Tryggt mottagande hade somatiska sjukdomar och var i behov av rehabilitering. Frakturer var vanliga. Det förekom också personer med kognitiv svikt/demenssjukdomar eller som hade sociala problem. De hade även vårdat några personer i livets slutskede.

Gemensamt för dem som fick hjälp av Tryggt mottagande-teamet var att de kände oro för att komma hem. En av de intervjuade sa:

De är inte oroliga på samma sätt som inom psykiatrin, där det är en diagnos. De här är oroliga för situationen att komma hem.

De intervjuade berättade att de som hade ramlat mindes händelsen, att de hade snubblat på en tröskel eller en sladd. Oron kunde också gälla att de inte trodde att de skulle hinna till toaletten. *Det kan ge en stark vilja att inte komma hem.*

Även anhöriga var oroliga och hade ofta utan framgång ansökt om korttidsboende. Istället för korttidsboende blev de erbjudna Tryggt mottagande. En av de intervjuade sa:

Här är det lite mer jobb för oss med motivation för att dämpa irritationen både hos den här personen och hos anhöriga.

De intervjuade berättade att det ofta tog flera dagar för dem att dämpa oron och ångesten innan de hade hunnit visa vilken hjälp som man kan få hemma och att det kan fungera.

En viktig del i arbetet var att hjälpa en person att komma igång att våga börja röra sig i hemmet och att börja använda hjälpmedel. Att ha självförtroende att använda sin kropp. Personalen poängterade också betydelsen av att veta att det inte fanns några sladdar eller mattor som de äldre kunde snubbla över. En annan viktig faktor för självförtroendet var att ha sociala kontakter, något som personalen försökte hjälpa till med. De intervjuade berättade att ensamheten var jobbig för många. De såg en risk att ensamheten leder till depressioner. *Många drar sig undan och man skäms. De tycker att de är till besvär och tror att livet är slut.*

Personalen i Tryggt mottagande såg fördelar med att komma hem direkt från sjukhuset. Att börja rehabiliteringen och vänja sig vid att vara hemma, Det gällde dock inte för alla. För dem som hade haft en benfraktur och hade gips, framförallt om de bodde trångt, kunde det enligt de intervjuade vara en fördel att få träning och rehabilitering innan de kom hem.

Då är man är starkare och har bättre hållning och mår bättre.

Det hände dock att personer som fått Tryggt mottagande inte kunde bo kvar hemma och hade fått flytta till ett korttidsboende eller till ett särskilt boende. Det berodde, enligt den intervjuade personalen, på flera faktorer. Att personen hade stora behov, var svårt sjuk och behövde ständig tillsyn dygnet runt, eller att de hjälpmedel som behövdes inte hade levererats. Det kunde även gälla att personer med kognitiv svikt eller demenssjukdomar inte längre klarade av att bo på egen hand. Det underlättade om de var sammanboende och tack vare det kunde få tillsyn.

Tryggt mottagande-teamets första kontakter med en ny vårdtagare

Målet för de två intervjuade undersköterskorna från Tryggt mottagande-teamet var att personerna de hjälpte skulle kunna bo hemma så länge som möjligt och vara trygga med de vårdaktörer som fanns i hemmet.

När teamet kunde ta emot en ny person skickades ett mejl till biståndshandläggarna. Ofta kom ett svar redan samma dag. Senare fick teamet en formell beställning, med information om omvårdnadsbehovet, hur många timmar per dag som uppdraget gällde, med mera. Om beställningen var oklar vände sig teamet direkt till biståndshandläggaren med sina frågor.

Tryggt mottagande-teamet träffade ofta de nya personer som de skulle arbeta hos när de var kvar på sjukhuset. Då fick de besvara frågor både från personen och de anhöriga om möjligheterna att klara sig i hemmet. De fick också berätta om skillnaderna mellan hemtjänst och Tryggt mottagande. Det var vanligt att de första kontakterna inte var positiva eftersom hjälptagarna hade hoppats få korttidsvård.

Redan på sjukhuset påbörjade Tryggt mottagande-teamet olika förberedelser inför utskrivningen. Förutsatt att teamet hade fått ett medgivande från personen, kontaktades sjukhuspersonalen, vårdcentralen och hemtjänsten. En annan viktig kontakt var med sjukhusets rehabiliteringsteam för att så snart som möjligt påbörja

beställningar av hjälpmedel och eventuell bostadsanpassning. Att hjälpmedel fanns på plats underlättade och kunde ibland vara en förutsättning för att kunna hjälpa en person i hemmet. Erfarenheten var att det också bidrog till att skapa trygghet.

Vad hände när Tryggt mottagande tog emot i hemmet?

De vanligaste uppgifterna som personalen i Tryggt mottagande hade, utöver hemtjänstinsatser, var att samordna de olika vårdaktörerna, se till att olika hjälpmedel fanns på plats och göra hemmet så säkert som möjligt. De ägnade också mycket tid åt samtal om vad som behövdes för att kunna klara vardagen. Insatserna var ofta omfattande de första dagarna och minskades successivt ner.

För att hemresan skulle kännas trygg åkte den ansvariga undersköterskan från Tryggt mottagande ofta hem från sjukhuset tillsammans med en ny vårdtagare. För att det skulle bli en bra start var det, enligt de intervjuade, viktigt att det fanns mat och hjälpmedel hemma och att hemsjukvården kom med läkemedel. Ibland hade anhöriga förberett allt. En av de intervjuade berättade om hemkomsten:

Vi sätter oss och pratar. Kollar trygghetslarmet om det fungerar. Om personen orkar gör vi en arbetsplan. Vi kollar vilka behov och önskemål personen har. På vilket sätt och vilken hjälp de vill ha.

Enligt de intervjuade var samarbetet med hemtjänsten viktigt.

En välfungerande hemtjänst avspeglar hela dagen [...] Om hjälpen inte har fungerat på kvällen eller på natten det märker vi av. De berättar ofta för oss. Nej i natt var det inte bra. Det kom främmande personer och jag blev jätterädd och de tände lampan så jag fick ljuset rakt i ansiktet. De stolpade in här.

Tryggt mottagande-teamet brukade så fort som möjligt bjuda in personal från hemtjänsten för att gemensamt planera insatserna. De hade också kontinuerlig kontakt med de berörda hemtjänstenheterna morgon och kväll.

Samarbete med primärvården

Samarbetet med primärvården och andra vårdgivare hade förbättrats och utvecklats sedan projektet startade. Det hade gått lite trögt första året att bygga upp kontakter med vårdcentralerna och primärvårdsrehabilitering och de hade ägnat mycket tid åt att informera om vad Tryggt mottagande är.

Primärvårdsrehabiliteringen gjorde ofta hembesök redan första eller andra dagen för att bedöma behovet av hjälpmedel och av bostadsanpassning. De gjorde också individuella träningsprogram och en del fick behandlingar i hemmet. Tryggt mottagande-teamet försökte uppmuntra personerna att träna och hjälpte ofta till med gångträning. De intervjuade framhöll vikten av att de som hade haft en fraktur fick rehabilitering, för att förebygga fallolyckor.

Teamet önskade att både de ansvariga läkarna och distriktssköterskorna från primärvården skulle göra hembesök, gärna redan första eller andra dagen efter utskrivningen. Det skulle underlätta samarbetet. Tryggt mottagande-teamet ansåg att kontakten med personalen från primärvården hade stor betydelse för att

skapa trygghet. Enligt dem var det viktigt för dem som de hjälpte att veta vem som skulle komma med medicinerna. Andra vinster skulle vara att läkarna och distriktssköterskorna skulle få en inblick i hemsituationen. *Deras patienter kan ha förändrats avsevärt och klarar kanske inte längre att själva ta sina läkemedel.*

Hur avslutas Tryggt mottagande?

De intervjuade berättade att personerna som de hjälpte under de dagar som Tryggt mottagande pågick ofta blev mycket piggare och mer självständiga. De kunde ha varit ångestfyllda och oroliga för att komma hem, men när Tryggt-mottagande-teamet avslutade sin insats kunde många ta sig fram i köket, diska och gå på toaletten själva. Om det var möjligt gjorde de färre och kortare besök de sista dagarna för att det skulle bli en smidigare övergång till hemtjänsten. De hade iakttagit att personerna blev mer aktiva när de minskade sin närvaro. Enligt teammedlemmarna var de flesta nöjda när de avslutade sitt arbete, men personerna som de hade hjälpt kunde vara oroliga för hur de skulle klara sig. Insatsen avslutades med ett uppföljningsmöte (SIP) tillsammans med anhöriga, biståndshandläggaren och andra vårdaktörer. Tryggt mottagande-teamet överlämnade också en genomförandeplan.

Vad är speciellt med arbetssättet?

Teamet tyckte att det var bra att uppmärksamma övergången från sjukhus till hemmet för dem som skrevs ut och som behövde mycket hjälp. De intervjuade framhöll att deras arbetssätt byggde på kontinuerliga bedömningar och att de var flexibla. De kunde stanna lite längre när någon behövde lite mer hjälp, prata om något eller hade ont. De ansåg att det var positivt att de till skillnad från den ordinarie hemtjänsten inte behövde fokusera på att hålla tiden. De intervjuade betonade vikten av att inte ta upp sin telefon och att hålla uppgjorda tider.

Att vi inte visar en inre stress för de äldre. Att vi skapar personlig trygghet [...] Att vi ger information. Att vi ligger steget före. Att vi börjar arbeta redan innan de kommer hem.

En av de intervjuade sa: *Vi jobbar på ett sådant sätt att när vi kommer dit tror jag att vi utstrålar att nu är vi här hos dig. Vi säger inte att vi har en kvart på oss och sedan måste jag gå utan nu är vi här. Då ger vi den personen vår tid och vi gör färdigt det som vi ska göra.*

Tryggt mottagande-teamet ville gärna sprida sitt arbetssätt till hemtjänsten, att möta upp på sjukhuset, att koordinera de inblandade vårdaktörerna och säkra hemmen. De önskade också att hemtjänstpersonalen skulle ha mer tid och att de istället för att stressa skulle kunna undersöka vilka behov en person har just då. De framhöll också behovet av förbättrat samarbete om hjälpmedel och bostadsanpassning mellan sjukhusen, primärvården och hemtjänsten och av att utveckla samarbetet mellan hemtjänsten och primärvården.

Organisationen och förutsättningarna påverkade vården och omsorgen

Trots att Tryggt mottagande och hemtjänst till viss del hade samma uppdrag var förutsättningarna för att utföra insatserna mycket olika. Av nedanstående tabell 8 framgår i vilka avseenden som de skilde sig åt.

Tabell 8. En jämförelse av hemtjänstens och Tryggt mottagandeteamens förutsättningar för att utföra sitt arbete.

HEMTJÄNST	TRYGGT MOTTAGANDE
Smalt fokus på en eller ett visst antal insatser	Ett personcentrerat arbetssätt, med ett brett fokus på personernas individuella behov
Förhållningssätt och mål ofta ej så uttalade	Har ett pedagogiskt förhållningssätt och ett tydligt mål. Försöker motivera personerna till oberoende och att själva utföra olika uppgifter
Personalen var hårt styrda av tiden som de hade till sitt förfogande som ofta var relativt kort.	Personalen var inte styrda av tidsgränser i det dagliga arbetet
Personal hade mycket blandad kompetens och erfarenhet	Undersköterskor med stor erfarenhet utförde arbetet
Arbetet fördelades oftast inte med tanke på att uppnå hög personkontinuitet	Personalen arbetade oftast med en person åt gången.

De två olika sätten att organisera arbetet leder till stora skillnader i hur vården och omsorgen utförs och anpassas till de mest sköra äldre, något som framkom i intervjuerna med både de äldre och med personalen. I synnerhet vad gäller kontinuitet (person-, omsorgs- och tidskontinuitet) och personalens kompetens. Även möjligheten för de äldre att ha inflytande över vården och omsorgen påverkades.

DISKUSSION

I den här studien har Äldrecentrum på uppdrag av Äldreförvaltningen i Stockholms stad studerat insatser som äldre personer får från äldreomsorgen i samband med att de skrivs ut från sjukhus. Ett syfte var att följa personer 65 år eller äldre med stora vård- och omsorgsbehov som var med om en utskrivningsplanering i samband med en sjukhusvistelse för att beskriva hur deras funktionsförmåga samt behov av vård och omsorg upplevdes, bedömdes, förändrades och tillgodosågs. Syftet var också att undersöka om det var några faktorer som bidrog till vilka insatser som beviljades av äldreomsorgen.

Av de äldre Kungsholmsbor som varit föremål för utskrivningsplanering från sjukhus under 2017 och fram till och med maj 2018, återvände majoriteten hem med utökade hemtjänstinsatser. De som erbjöds insatsen Tryggt mottagande utgjorde cirka elva procent. Närmare fem procent beviljades korttidsboende och drygt sju procent fick vård- och omsorgsboende. Med hjälp av uppgifter från SNAC-K kunde de äldres ADL-förmåga, rörelseproblem, oro, nedstämdhet och kognitiv funktion beskrivas vid utskrivningen och 90 dagar därefter. Ett urval av de äldre som skrivits ut från sjukhus under våren 2018 med olika typer av eftervårdsinsatser, intervjuades om sina upplevelser. Därtill intervjuades handläggare, en myndighetschef och den personal som arbetar med Tryggt mottagande på Kungsholmen.

Frågan har en stor aktualitet med tanke på den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, som förväntas medföra stora förändringar av hur samarbetet mellan äldreomsorgen, primärvården och sjukhusen organiseras. Äldreförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar sedan flera år tillbaka för att förbättra samverkan om vården och omsorgen för äldre. En fråga är på vilket sätt Tryggt mottagande och korttidsboende kan fylla en funktion med de nya förutsättningarna.

Studiens huvudresultat är:

- De flesta som fick en utskrivningsplanering under perioden januari 2017 till och med maj 2018 hade omfattande funktionsnedsättningar och en skör livssituation. På grund av hälsoskäl kunde knappt hälften av dem som ingick i urvalet för att bli intervjuad delta i undersökningen.
- Insatserna från Tryggt mottagande var mycket uppskattade. Framför allt betonades att kontinuiteten var hög, bemötandet bra och att insatserna utfördes i lugnt tempo och av kunnig personal, vilket möjliggjorde en personcentrerad vård och omsorg.
- De intervjuade var överlag mycket tacksamma över den vård och omsorg som de hade fått i samband med sjukhusvistelsen och efter hemkomsten. Många var dock helt beroende av hjälp från både hemtjänsten och hemsjukvården, något som inte alltid fungerade problemfritt.
- Uppföljningen visade att funktionsförmågan efter 90 dagar inte hade förbättrats mer än marginellt i någon av grupperna. Det var då heller ingen skillnad i hur många timmar hemtjänst de som bara fick hemtjänst

respektive de som fick Tryggt mottagande var beviljade (cirka 63 timmar per månad).

- De som beviljades korttidsboende och/eller vård- och omsorgsboende hade de största funktionsnedsättningarna.
- Det gick inte att se några tydliga faktorer som var avgörande för vilka som fick hemtjänst eller Tryggt mottagande.
- Intervjuerna visade att utöver insatserna från hemtjänsten var kontinuerligt stöd och praktisk hjälp från anhöriga ofta avgörande för att de intervjuade klarade vardagen.
- Personalen inom Kungsholmens stadsdelsförvaltning var genomgående mycket positiva till Tryggt mottagande och såg flera möjligheter hur verksamheten kunde utvecklas.

De registerdata som denna uppföljning bygger på har vissa svagheter, eftersom registreringen är händelsebaserad. Registrering (inklusive uppgifter om ADL, rörelsehinder, oro, nedstämdhet osv) sker bara när ett nytt beslut om insatser fattas. Det kan leda till att förändringar av sådana faktorer, som endast har en svag koppling till de beviljade insatserna, underskattas. Om exempelvis en persons oro förändras utan att funktionsförmågan ändras, och därmed de beviljade insatserna, fångas inte denna förändring av upplevd oro i SNAC-K. Detta gäller troligtvis särskilt i hemtjänstgruppen, då man kan anta att det fattades relativt sett färre nya beslut i denna grupp än i Tryggt mottagande-gruppen. I den gruppen fattades alltid ett nytt beslut om den fortsatta insatsen, när Tryggt mottagande avslutades och därmed uppdaterades sannolikt för dessa personer faktorer som oro och nedstämdhet i större utsträckning.

När det gäller intervjuerna var det över hälften i urvalet av intervjupersoner som inte kunde intervjuas på grund av sin sviktande hälsa. Det innebär att de som ville och som kunde intervjuas var de som i flera avseenden hade mindre funktionsnedsättningar och mådde bäst. Gruppens skörhet visade sig i att många vid intervjuerna hade svårt att minnas situationen när de skrevs ut från sjukhuset och att vissa intervjuer gjordes tillsammans med en anhörig eller enbart med en anhörig.

Stora krav på vård och omsorg av sköra äldre

Hemtjänst var den vanligaste formen av äldreomsorg som de som ingick i undersökningsgruppen fick efter att ha vårdats på sjukhus. Det är en svår uppgift att erbjuda personer med stora behov vård och omsorg i hemmet som både är säker och har god kvalitet. Det faktum att ansvaret för vården och omsorgen i Stockholm är delat mellan olika aktörer bidrar till komplexiteten¹⁹.

Intervjuerna belyste hur vardagen kunde te sig ett par månader efter utskrivning från sjukhus. Förutom stöd i varierande omfattning från familj och anhöriga, var

¹⁹ Stockholms län är det enda länet i landet där kommunerna med undantag av Norrtälje inte har övertagit hemsjukvårdsansvaret för de äldre.

de flesta helt beroende av hemtjänsten och hemsjukvården för att klara sin vardag. Hemtjänstens kvalitet avgjorde i hög utsträckning hur vardagslivet gestaltade sig. Trots möjligheten att kunna bo kvar hemma innebär det en stor omställning att inte längre fullt ut kunna bestämma över sin vardag. Att då ha tillit till de olika vårdgivarna är avgörande för livskvaliteten.

Trots att Stockholms stad sedan många år ställer höga kvalitetskrav i sina upphandlingar visade intervjuerna att de äldre hade mycket varierande erfarenheter av den hjälp de fick. För många var ständiga möten med ny personal påfrestande. I intervjuerna framkom också exempel på klandervärt bemötande från hemtjänstpersonal, som gav upphov till otrygghet och låg tillförsikt. För dem som lever med hemtjänst som inte lever upp till de nu gällande kvalitetskraven, kan tillvaron vara mycket problematisk och försvåra möjligheterna att bo kvar hemma. Med tanke på den beroendeställning som många i den situationen befinner sig i, kan det vara svårt att göra sin röst hörd.

Tryggt mottagande fick goda omdömen

Tryggt mottagande underlättade hemkomsten från sjukhuset. Både de äldre och de anhöriga i denna undersökning var överlag mycket positiva till Tryggt mottagande, något som också framkom i den tidigare uppföljningen från 2017. Tryggt mottagande innebar både trygghet och struktur i vardagen och en tid för återhämtning. De äldre fick hjälp att koordinera nödvändiga vård- och omsorgsinsatser, att få hjälpmedel på plats och att säkra hemmet för att undanröja fallrisker. Personalen från Tryggt mottagande uppskattades för sitt trevliga bemötande, frånvaron av tidspress och att de försökte motivera de äldre till att klara sig själva. Anhöriga uppskattade den avlastning som Tryggt mottagande innebar och särskilt ansvaret att samordna vård- och omsorgsinsatserna den första tiden efter sjukhusvistelsen.

En del av förklaringen till de goda omdömena var sannolikt att Tryggt mottagande erbjöd stöd av kompetent personal, som inte arbetade under samma tidspress som den ordinarie hemtjänsten. Personalen var noga med att ha en dialog med de personer som de hjälpte och att dessa kunde ha inflytande över vad som gjordes. De positiva omdömena som Tryggt mottagande fick kan troligen också förklaras med att arbetet utfördes av personal med utbildning och som kunde arbeta i ett lugnt tempo. Arbetet var också organiserat för att ge god kontinuitet, vilket bidrog både till god vård och omsorg och bra arbetsförhållanden för personalen. Tryggt mottagande är därför en intressant förebild för hur hemtjänsten skulle kunna utvecklas i Stockholm.

Stora förväntningar på Tryggt mottagande

Förutom att skapa trygghet för äldre vid hemkomsten efter en sjukhusvistelse, finns förhoppningar att Tryggt mottagande ska kunna hjälpa äldre att förbättra funktionsförmågan och livskvaliteten och fördröja flytt till äldreboende. Det går dock inte att hitta någon forskning som har undersökt effekterna av en två veckors förstärkt insats i hemmet till äldre efter sjukhusvistelse. Den forskning som finns har studerat effekter av individuellt anpassad, funktionshöjande rehabilitering av

äldre under sex till tolv veckor. Trots en sådan omfattande intervention har det hittills varit svårt att belägga funktionsförbättringar som är bestående över tid eller minskat behov av vård och omsorg. Att det var svårt att hitta effekter på gruppnivå, innebär dock inte att det inte fanns några enskilda personer vars funktionsförmåga förbättrades. Insatsen hade därmed en viktig funktion, men det är viktigt att ha realistiska förväntningar på effekterna av Tryggt mottagande i sin nuvarande utformning. En extra stödinsats, ett antal timmar per dag under åtta till tio dagar till personer som vårdats på sjukhus, kan endast ha en marginell betydelse för hur funktionsförmågan utvecklas, för möjligheterna att bo kvar och det fortsatta behovet av vård och omsorg. För den här gruppen äldre kan ett tillräckligt mål för äldreomsorgens insatser vara att ge ett bra omhändertagande och bidra till att funktionsförmågan bibehålls och inte försämras.

Utvecklingsmöjligheter för Tryggt mottagande

Vem ska få Tryggt mottagande?

En fråga att ta ställning till är vilka som ska få Tryggt mottagande. Ska insatsen riktas till flera eller till en begränsad grupp? Effekterna eller nyttan med Tryggt mottagande beror på vilket syfte insatsen ska ha. Som denna studie har visat upplevde de äldre att hjälpen var mycket värdefull. De ansåg att den gav en ökad trygghet vid hemkomsten och att Tryggt mottagande var ett bra alternativ till korttidsboende.

Det var relativt få personer som fick Tryggt mottagande, trots att insatstiden under våren 2018 minskade från tidigare tio dagar som riktmärke till åtta dagar. Vad detta beror på kunde inte klarläggas. I studien framkom dock logistiska svårigheter att använda Tryggt mottagandes resurser på ett effektivt sätt. Det berodde framförallt på att maximalt åtta personer kunde få Tryggt mottagande samtidigt. Ibland var resurserna fullt utnyttjade, när det fanns en person som skulle ha behövt Tryggt mottagande. Samtidigt förekom den motsatta situationen att det fanns lediga resurser, men ingen som behövde insatsen. Följden blev att slumpen till en viss del påverkade vilka som fick insatsen.

De som fick Tryggt mottagande i denna studie hade i allmänhet kommit långt i sin åldrandeprocess och hade därför möjligtvis en begränsad återhämtningspotential. Om man strävar efter att identifiera de personer som har en bättre återhämtningspotential skulle det tala för ett annat urval av dem som erbjuds Tryggt mottagande än de som hitintills har fått insatsen.

Ökade behov av mer kvalificerad vård och omsorg vid utskrivningen

Projektet med Tryggt mottagande ska pågå under 2019. Resursen kommer dock med all sannolikhet att behövas även fortsättningsvis med tanke på att den nya lagen om kommunernas betalningsansvar vid utskrivning av äldre personer från sjukhus nu tillämpas. Eftersom utskrivningarna troligen kommer att äga rum några dygn tidigare är det sannolikt att de som skrivs ut kommer att ha ett större behov av vård och omsorg. De kortare leddiderna medför att kommunernas äldre-omsorg måste ha beredskap att med kort varsel kunna erbjuda kvalificerade omsorgsinsatser alla veckans dagar. Därtill krävs också tillgång till mer kvalificerade vård- och omsorgsinsatser av sjukvårdspersonal och paramedicinsk personal.

I detta perspektiv skulle Tryggt mottagande kunna utvecklas till en tjänst för att skapa nödvändig trygghet och säkerhet för de äldre som sannolikt kommer att vara mycket sköra när de skrivs ut från sjukhuset. En tänkbar situation är att behovet av akuta insatser ökar, exempelvis när äldre personer lämnar sjukhuset en fredag och först följande vecka kan bli föremål för en samordnad individuell vårdplanering i hemmet. Att säkra de allra första dagarna i hemmet efter sjukhusvistelsen skulle kunna vara en viktig framtida uppgift för Tryggt mottagande, ett slags ”krockkudde”, som tryggar återgången till hemmet.

Behov av ökad samverkan med primärvården

Erfarenheterna av Tryggt mottagande kan spela en viktig roll i utvecklingen av samverkan mellan hemtjänsten och primärvården. Med tanke på de stora vård- och omsorgsbehov många har, behöver hemtjänsten alltid ha ett nära samarbete med primärvården, inte minst när en person kommer hem från sjukhus. Erfarenheten visar också att det är viktigt med samordnade insatser. Kanske skulle det finnas parallella resurser för Tryggt mottagande inom primärvården med distriktsköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut för att ytterligare underlätta en trygg och säker hemgång.

Att utveckla samarbetet med primärvårdsrehabiliteringen för att kunna erbjuda äldre personer nödvändig eftervård är av särskilt stor vikt med tanke på att fysisk träning förbättrar möjligheterna att klara sig på egen hand och förebygger fallolyckor. Sett utifrån landstings-/regionperspektiv, skulle det troligen vara en god investering att erbjuda äldre mer kvalificerade rehabiliteringsinsatser. Preliminära resultat från en pilotstudie som undersöker möjligheterna för ökat samarbete mellan ordinarie hemtjänst och primärvårdsrehabiliteringen, pekar på att det finns goda förutsättningar för samverkan över förvaltningsgränserna om förebyggande rehabiliterande insatser (Hedberg Rundgren, Å. personlig kommunikation). Många av de äldre i den här studien hade drabbats av frakturer. Ett bra omhändertagande i hemmet av Tryggt mottagande eller av annan personal som ser till att de äldre äter, tar sina mediciner och får hjälp med att förebygga fallolyckor kan ytterligare förbättra förutsättningarna för återhämtning och för att insatserna från primärvårdsrehabiliteringen får bra effekt.

Hur ska Tryggt mottagande organiseras i framtiden?

Under projekttiden har Tryggt mottagande ingått i äldreomsorgens beställaravdelningar och varit en uppskattad resurs för biståndshandläggarna. Inför en eventuell permanentning är frågan om den nuvarande organisationen ska behållas. Det som avgör är även här vilket det huvudsakliga syftet med Tryggt mottagande ska vara. Om huvuduppgiften ska vara att underlätta hemkomsten från sjukhus skulle Tryggt mottagande kunna vara en egen insats, som det går att ansöka om och som skulle kunna utföras av hemtjänstenheter med en särskild auktorisation.

En annan möjlighet är att Tryggt mottagande fortsätter att ingå i beställaravdelningen och på samma sätt som i Skellefteå ansvara för insatser från utskrivningen fram till att de äldres situation har stabiliserats och även bidra med underlag beträffande nivån på de fortsatta omsorgsinsatserna. Det kommer troligen, i avvaktan på beslut om insatser från äldreomsorgen, att behövas en särskild resurs som snabbt kan finnas på plats för att ge äldre personer med stora vård- och omsorgsbehov kvalificerad vård och omsorg när de skrivs ut från sjukhus. En kombination är naturligtvis också möjlig, där några delar av det som Tryggt mottagande gör idag förs över till hemtjänsten och de delar som inte kan överföras till en utförare, (de som kan ses som en del i en utredning av hjälpbehoven) blir kvar inom beställaravdelningen.

Andra målgrupper för Tryggt mottagande

Tryggt mottagande var en uppskattad resurs även bland biståndshandläggarna. De förespråkade att kriterierna för att få hjälp av Tryggt mottagande-teamet skulle utvidgas och inte bara gälla dem som hade varit på sjukhus. De framförde möjligheten att kunna erbjuda Tryggt mottagande till personer som inte vill ha hemtjänst för att motivera dem att ta emot den typen av insats. Invändningarna mot att ha hemtjänst kunde gälla avgifterna, intrånget i den personliga sfären eller tidigare mindre positiva erfarenheter.

Ett annat förslag var att använda Tryggt mottagande för att förbereda personer som ska börja ha hemtjänst genom att exempelvis göra hemmet säkert och informera om hur hemtjänst fungerar. Biståndshandläggarna ansåg även att Tryggt mottagande kunde fylla en viktig funktion i situationer där den ordinarie hemtjänsten inte hade lyckats, eller hos personer som levde i social misär.

Mer kunskap behövs

Frågan om nyttan eller effekterna av Tryggt mottagande är ännu inte tillfredsställande belyst. Framförallt handlar det om effekterna på sikt. En fråga är hur ett förbättrat mottagande i hemmet ska utformas för att det ska leda till minskat behov av sjukhusvård, färre återinskrivningar på sjukhus eller ett förlängt kvarboende.

En annan fråga är i vilken utsträckning som korttidsvården behövs för dem som är utskrivningsklara, och som det initialt ändå är svårt att ge en god och säker vård i hemmet. Korttidsvården skulle, på samma sätt som i andra kommuner, kunna vara en resurs för Tryggt mottagande i de situationer när uppdraget att ge vård och omsorg inte längre går att klara i hemmet.

REFERENSER

- Aaslund, M.K. (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2017; 12: 55 -63.
- Aspin, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., Westendorp, R.G.I. (2016). New horizons – Reablement – supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45: 574 - 578.
- Berger E.Y. (1980). A system for rating the severity of senility. *Journal of the American Geriatrics Society* 28, 234-236.
- Bowin, R och Norén, D. (2014) *Trygg hemgång i Ronneby. Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept*. Stockholm: Slutrapport.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D. W., Stevenson, M., Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD010825. DOI: 10.1002/14651858.CD010825.pub2.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L.A., Wilde, A., Arksey, H., Forder, J.E. (2010). Home care Re-ablement Services: Investigating the long-term impacts (prospective longitudinal study). SPRU/PSSRU, York and Manchester.
- Gurner, U., Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hjalmarson, I. (2018). *Behovet och betydelsen av läkarvård i korttidsboende*. Rapport 2018:2. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Lumell associates. (2017). *Uppföljning av Tryggt mottagande i hemmet. Slutrapport av genomförandet av piloter av Tryggt mottagande i hemmet*. Stockholm.
- Löfqvist, A. (2014). *Trygg hemgång i samband med utskrivning från sjukhuset*. Magisterarbete. Blekinge tekniska högskola. Karlskrona
- Markström, K. & Rytioja, S. (2011). *Utredningshemtjänst – vägen hem* Rapport Skellefteå: Skellefteå kommun.
- Meinow, B., Kåreholt, I.; Lagergren, M. (2005). According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health and Social Care in the Community* 13 (4), 366-377.
- Näsholm, H. & Larson, K. (2017) *Utvärdering av utredning i hemmet av vård, omsorg och rehabilitering*. Örebro kommun och Region Örebro län. Örebro.
- OECD (2017) *Health at a glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- Hedberg Rundgren, Å. Personlig kommunikation).
- Pettersson, C., Iwarsson, S. (2015). *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Nacka.

- Rostgaard, T. (2016). Socially investing in older people – Reablement as a social care policy response? Research on Finnish Society, vol. 9, 2016, pp.19–32.
- SFS 1990:1404 *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.*
- SFS 2017:612 *Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.*
- SKL (2012) *Bättre liv för sjuka äldre, en kvalitativ uppföljning.* Rapport. Stockholm
- SKL (2017) *Trygg hemgång för effektivare och säkrare och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.* Rapport. Stockholm
- Sonde, L. (2018). *Äldres resa till, genom och ut från sjukhus i Stockholms län. En lägesbeskrivning inför lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.* Rapport 2018:1. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.* Socialdepartementet. Stockholm.
- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering - SBU (2015). Tidig och koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre i hemmiljö.
- Sveriges kommuner och landsting (2015). *Bättre liv för sjuka äldre - Stora förbättringar på kort tid.* Rapport Stockholm.
- Sveriges kommuner och landsting SKL (2017). *Trygg hemgång för effektivare och säkrare utskrivning från slutenvård.* Rapport. Stockholm:
- Tuntland, H., Kjekou, I., Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Förland, O., Aaslund, M.K. (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2017; 12: 55 -63.

Övriga källor

- Stockholms stad (2016a) Tjänsteutlåtande Dnr350-56/2016. utvecklingsarbete Tryggt mottagande i hemmet.
- Stockholms stad. (2016b) Kompendium för Tryggt mottagande i hemmet.
- Stockholms stad (2017a) Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg Handläggning av bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS till personer 65 år och äldre ÄN den 23 maj 2017. Redaktionella ändringar den 21 december 2017 enligt KF:s beslut.
- Stockholms stad (2017b) Upphandlingsunderlag för hemtjänst i Stockholms stad.

BILAGOR

Bilaga 1. Informationsbrev

Informationsbrev till de personer som tillfrågades om att delta i undersökningen om utskrivningsklara personer på Kungsholmen

Hej

Tack för att du ställer upp som intervjuperson i vår studie om den vård- och omsorg som du har fått efter din sjukhusvistelse.

Om några dagar kontaktar någon av oss, Eva Norman eller Ingrid Hjalmarson dig per telefon för att bestämma en tid för intervjun. Då kan vi också komma överens om var intervjun ska göras. Det kan vara hemma hos dig, men vi kan också träffas någon annanstans om du föredrar det. En möjlighet är att vi ses i Äldrecentrums lokaler, Gävlegatan 16.

Bakgrunden till intervjun är att Stiftelsen Äldrecentrum²⁰ där vi arbetar som utredare, har fått i uppdrag av Äldreförvaltningen i Stockholm att undersöka hur olika vård och omsorgsalternativ fungerar. Syftet är öka kunskapen om äldres erfarenheter av vården och omsorgen de fått efter sjukhusvård. I studien kommer personer från Kungsholmen att delta.

Frågorna vi vill ställa till dig handlar om hur du mår, hur du klarar dig i din vardag, vilka erfarenheter du har av vården- och omsorgen du får samt hur du upplever din situation.

Dina synpunkter är viktiga för oss och svaren hjälper oss att utveckla vårt arbete med att hjälpa personer att återvända hem från sjukhus under trygga och säkra former. Dina åsikter kan inte ersättas av någon annans. Svaren behandlas *anonymt* och sammanställs så att ingen kan särskilja vad du har svarat.

Studien startar i mars och pågår till juni 2018.

Resultatet av undersökningen kommer senare i år att presenteras i en rapport.

Om du har några frågor angående undersökningen kontakta gärna mig.

Vänliga hälsningar

Ingrid Hjalmarson
utredare
08-690 58 13
ingrid.hjalmarson@aldrecentrum.se

Eva Norman
utredare
08 690 58 03
eva.norman@aldrecentrum.se

²⁰ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är en oberoende stiftelse för forskning och utvecklingsarbete inom äldreområdet. Stiftelsens huvudmän är Stockholms stad och Stockholms läns landsting. www.aldrecentrum.se

Bilaga 2. Intervjuguide

Frågeguide för intervjuer med personer 65 år eller äldre i studien om utskrivningsklara personer på Kungsholmen mars till och med maj 2018

Frågeområde	Frågor
Vem intervjuas	Namn Ålder Ensam/sammanboende
Tiden på sjukhuset	Berätta om din sjukhusvistelse? - Av vilken orsak blev du inlagd? - När? - Hur mådde du? - Hur länge var du inlagd? - Blev du informerad om din sjukdom/hälsotillstånd - Av vem? - När fick du den informationen - Var du nöjd med informationen? - Vad var bra med informationen? - Vad saknade du?
Utskrivningen	Var du med på en vårdplanering innan du skrevs ut? Vilka deltog i vårdplaneringen? Vad ansökte du om? Kommer du ihåg vad som bestämdes? Kände du dig delaktig i planeringen av vilken hjälp du skulle få? Hur mådde du när vårdplaneringen ägde rum. Ville du bli utskriven, Var det rätt tidpunkt, för tidigt eller för sent. Om ja respektive nej av vilken orsak? Hur förbereddes utskrivningen? -fick du prata med en läkare? -fick du med dig mediciner, ev hjälpmedel från sjukhuset Vad hände vid utskrivningen? Hur mådde du? (blev du hämtad, hur åkte du, tog någon emot dig Något annat?
Hemtjänst eller Tryggt mottagande Hjälpinsatser	Hade du hemtjänst före sjukhusvistelsen? Vad fick du hjälp med då? Vilken hjälp fick du efter sjukhusvistelsen? Från kommunen -larm -hemtjänst, service/ omvårdnad
	Tryggt mottagande -på vilket sätt får du hjälp? -koordination av insatserna -har du hemtjänst kvällar, nätter och helger?
	Från hälso- och sjukvården Hemsjukvård -hjälp med läkemedel -provtagning -hembesök av distriktssköterska -hembesök av läkare -rehabilitering

	Bostadsanpassning Har du fått bostadsanpassning efter sjukhusvistelsen. Med vad? Hade du fått bostadsanpassning redan före sjukhusvistelsen
Hjälp från anhöriga	Av vem, hur ofta och med vad?
Korttidsvård	Orsaken till att du fick korttidsvård Hälsotillstånd/ aktuell händelse Vad fick du hjälp med? -service -omvårdnad -rehabilitering -hälso- och sjukvård
Hur ser vardagen ut?	Deltar du i några aktiviteter? I så fall vilka Har du kontakt med några andra personer? I så fall med vilka?
Erfarenheter av vården och omsorgen efter utskrivningen?	Har du fått den hjälp som du blev lovad när du skrevs ut från sjukhuset? Var det den hjälp som du behövde? Var den tillräcklig/inte tillräcklig? I så fall vad saknas? Hur upplever du vården och omsorgen - kontinuitet - kvalitet - samordning koordination - kontakt med läkare/distriktssköterska/rehabilitering
Aktuell situation/livskvalitet	Hur mår du idag? Känner du dig trygg? - Vad gör att du känner dig trygg/otrygg? Vilken hjälp får du? - Från kommunen - Från primärvården - Från anhöriga Har hjälpen förändrats sedan du kom hem? I så fall hur? Är hjälpen tillräcklig eller är det något du saknar? Vad gör du en vanlig dag? Deltar du i några aktiviteter? Är det något som hindrar dig att delta i sociala aktiviteter? Vilka personer har du kontakt med?
Erfarenheter av vården och omsorgen efter utskrivningen?	Har du fått den hjälp som du blev lovad när du skrevs ut från sjukhuset? Var det den hjälp som du behövde? Var den tillräcklig/inte tillräcklig? I så fall vad saknas? Hur upplever du vården och omsorgen? - kontinuitet - kvalitet - samordning koordination - kontakt med läkare/distriktssköterska/rehabilitering
Övrigt	Är det något som du vill lägga till?

Bilaga 3. Omfattningen av Tryggt mottagande

Mellan januari 2017 och maj 2018 erbjöds 77 personer TM. Av dessa verkställdes TM aldrig för tre personer. Sex personer samtyckte ej att uppgifter om de registrerades i SNAC-K och tre personer gick inte att få tag på när samtycke skulle hämtas in. Därmed ingår 65 personer i studien som under en 17-månaders period fått TM. De har tillsammans fått 77 perioder med TM, varav fem handlar om direkta förlängningar av en första period med TM.

Antal erbjudanden och antal personer med Tryggt mottagande (januari 2017 – maj 2018)

Antal erbjudanden om TM ¹ per person	Antal personer	Summa erbjudanden
1	59	59
2	6	12
	65	72

¹ exklusive direkta förlängningar av ett första beslut.

De allra flesta erbjudanden om TM skedde i samband med en utskrivningsplanering på sjukhus. Vid tre tillfällen blev den äldre personen erbjuden TM efter korttidsvård och vid fyra tillfällen pga. svåra förhållanden i hemmet.

Omsorgssituationer där Tryggt mottagande erbjöds (januari 2017 – maj 2018)

Antal beslut om TM ¹	Antal beslut
Efter slutenvård	65
Efter korttidsvård	3
Från hemmet	4
Summa	72

¹ exklusive direkta förlängningar av ett tidigare beslut.

Bilaga 4. Utskrivningar från slutenvården

Tabell 9. Utskrivningar från slutenvården efter ålder, kön och ensam-/samboende samt avslutade efter 30 och 90 dagar.

	Samtliga		Hemtjänst ¹		Hemtjänst + Tryggt mottagande		Korttidsvård		Vob	
	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Samtliga utskrivningar	100	439	67	296	16	72	6	27	10	44
Ålder										
Md/Min/Max	86/65/102		86/65/102		84/65/99		84/69/98		90/75/98	
65-79	74	323	23	69	25	19	26	7	10	4
80-89	88	385	40	119	50	36	44	12	41	18
90+	100	439	37	108	24	17	30	8	50	22
Kvinnor	74	323	73	216	72	52	74	20	80	35
Ensamboende	86	378	87	257	85	61	75	20	91	40
Avliden inom 30 dagar	5	21	3	10	3	2	11	3	14	6
Annat avslut inom 30 dagar	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
Avliden inom 90 dagar	11	50	9	26	11	8	22	6	23	10
Annat avslut inom 90 dagar	1	4	0	1	4	3	0	0	0	0
Kvar efter 90 dagar	88	385	91	269	85	61	78	21	77	34

¹ > 40 timmar hemtjänst per månad.

Bilaga 5. Boendeform och funktionsförmåga

Tabell 10. Boendeform och funktionsförmåga vid utskrivningsplanering från slutenvården samt efter 30 och 90 dagar.

	Hemtjänst (n=296)			Tryggt mottagande (n=72)			Korttidsboende (n=27)			Vård-/omsorgs boende (n=44)		
	%			%			%			%		
	0 ¹	30 ²	90 ³	0 ¹	30	90	0 ¹	30	90	0 ¹	30	90
Boendeform												
ordinärt boende	92	86	81	94	80	72	96	67	57	0	0	0
servicehus	8	8	9	6	6	5	4	4	0	0	0	0
vob	0	6	10	0	15	23	0	29	43	100	100	100
IADL												
Medelvärde på sum. index, 0-10	8,8	8,7	7,2	8,6	8,3	8,5	9,0	8,9	9,1	8,7	8,9	9,2
standardavvikelse	2,7	1,9	4,2	2,0	2,1	2,0	1,7	1,8	1,4	2,0	1,6	1,4
Behöver hjälp med minst en IADL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Behöver hjälp med samtliga IADL	90	88	87	81	77	77	85	81	81	84	84	88
PADL												
Medelvärde på sum. index, 0-10	5,1	5,0	4,7	5,7	5,4	5,2	6,3	6,1	6,1	5,7	5,8	6,1
standardavvikelse	1,8	2,8	3,0	2,8	3,2	3,2	2,4	2,5	2,5	3,0	2,9	2,6
Behöver hjälp med minst en PADL	97	97	92	94	90	92	96	96	100	96	37	100
Behöver hjälp med samtliga PADL	35	34	34	46	44	34	59	54	43	43	45	41
Rörelsehinder												
inga/lätta problem	27	27	31	25	28	26	32	39	38	36	37	35
Medelsvåra problem	45	43	42	38	41	46	28	35	29	43	47	44
svåra problem	28	30	27	38	32	28	40	26	33	21	16	21
Oro												
inga problem	57	57	55	33	38	38	36	48	38	43	42	41
lätta/tillfälliga problem	33	33	35	42	46	41	40	26	38	30	32	38
svåra/mycket svåra problem	10	10	10	25	16	21	24	26	24	27	26	21

	Hemtjänst (n=296)			Tryggt mottagande (n=72)			Korttidsboende (n=27)			Vård-/omsorgs boende (n=44)		
	%			%			%			%		
	0 ¹	30 ²	90 ³	0 ¹	30	90	0 ¹	30	90	0 ¹	30	90
Nedstämdhet												
inga problem	66	65	62	47	57	57	36	48	38	24	53	38
lätta/tillfälliga problem	25	25	29	38	35	28	32	17	38	9	56	38
svåra/mycket svåra problem	10	9	9	15	9	15	32	35	24	25	21	24
kognitiv nedsättning												
inga problem	63	63	62	61	58	59	24	30	29	34	34	32
lätta problem	29	28	29	29	36	31	60	57	43	21	21	29
svåra/mycket svåra problem	9	9	9	10	6	10	16	13	29	46	45	38
SNAC-index												
Medelvärde	7,5	7,5	7,2	8,2	7,6	7,5	9,8	8,7	9,9	9,6	9,6	10,1
standardavvikelse	3,9	4,0	4,2	3,9	4,1	4,3	4,2	3,9	5,3	4,3	4,1	4,2
Ingen/lätt nedsättning	3	4	8	0	4	3	0	0	8	5	5	6
Måttligt nedsatt	50	48	47	50	48	53	36	39	38	18	13	9
Nedsatt	41	41	38	39	36	33	32	44	38	52	61	59
Mycket nedsatt	6	7	7	10	12	12	32	17	19	25	21	27
Helt nedsatt	0	0	0	1	0	0	0	0	5	0	0	0

¹ vid utskrivningsplanering; ² 30 dagar efter utskrivningsplanering; ³ 90 dagar efter utskrivningsplanering

Bilaga 6. Tryggt mottagande/hemtjänst

Tabell 11. Erhållande av Tryggt mottagande istället för hemtjänst, givet olika faktorer

	Ojusterad modell (n=368)		Justerad modell (n=368)	
	OR	p-värde	OR	p-värde
Kön				
Man	1,00			
Kvinna	0,963	0,898		
Ålder	0,974	0,100		
PADL-beroende (0-10)	1,112	0,031	0,031	1,116
Kognitiv nedsättning				
- Inga problem (ref.)	1,00			
- Vissa minnessvårigheter, ibland något oklar och förvirrad	0,912	1,03		
- Påtagliga minnessvårigheter eller helt glömsk/ ofta eller ständig oklar och förvirrad	0,731	1,17		
Oro				
- Inga problem (ref.)	1,00			
- Lätta/tillfälliga problem	0,012	2,130	2,080	0,16
- Svåra/mycket svåra problems	<0,001	4,319	<0,001	4,35
SNAC-index (0-23)	1,048	0,155		

Logistisk regression; Nagelkerke R Square: 0,090

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av Äldreförvaltningen i Stockholms stad gjort en studie om äldre personer, som efter en utskrivningsplanering skrevs ut från sjukhus med olika insatser: hemtjänst, Tryggt mottagande, korttidsboende eller vård- och omsorgsboende.

Syftet var att undersöka hur behov av vård och omsorg bedömdes, förändrades, tillgodosågs och upplevdes och hur det skilde sig mellan olika typer av insatser.

De som hade fått extra stödinsatser av särskild hemtjänstpersonal under några veckor efter hemkomsten (Tryggt mottagande), var mycket nöjda. I intervjuerna framkom att man ansåg det särskilt positivt att ha fått hjälp av samma personer och att dessa hade arbetat i lugnt tempo, varit kunniga och hade koordinerat de olika vårdaktörerna. Studien visar dock att det är svårt att fånga effekterna av Tryggt mottagande på gruppnivå.

I rapporten diskuteras hur modellen kan utvecklas med hänsyn till lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Resultaten visar att Tryggt mottagande kan fylla en viktig funktion, både genom att ge kvalificerad omsorg och bidra till bedömningen av de fortsatta behoven av hjälp och stöd.

