



BEHOVET OCH BETYDELSEN AV LÄKARVÅRD I KORTTIDSBOENDE - i gränlandet mellan sjukvård och socialtjänst

Rapport om korttidsvård för äldre i
Stockholms län

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018:3 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting vände sig till Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum med ett önskemål om en beskrivning av korttidsvården för äldre i Stockholms län. Korttidsboende är en form av särskilt boende som i Stockholms län bedrivs både av kommuner och av privata företag och stiftelser.

Äldre personer kan beviljas korttidsvård för att återhämta sig efter en sjukhusvistelse, i väntan på en plats i särskilt boende, för att utreda framtida behov av äldreomsorg, för växelboende eller avlösning. Även palliativ vård kan förekomma. De första korttidsboendena startade i samband med Ädelreformen i början av 1990-talet. Tanken var att de skulle fungera som en länk mellan öppna och slutna vårdformer inom den kommunala äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Omfattningen av korttidsvården har varierat över tid och har de senaste åren minskat i omfattning, inte bara i Stockholms län utan i hela landet.

Det är landstingen som ansvarar för läkarvården i korttidsboende och hälso- och sjukvårdsförvaltningen önskade med den här undersökningen få mer kunskap bland annat om funktionsförmågan och vård- och omsorgsbehoven hos dem som får korttidsvård, omfattningen av korttidsvården och dess innehåll samt omfattningen av läkarvården.

I undersökningen ingick en enkätundersökning som omfattade alla som fick korttidsvård i Stockholms län den 29 november 2017. Utöver det har chefer, läkare och sjuksköterskor som arbetar med korttidsvård i några av länets kommuner intervjuats.

Utredaren Ingrid Hjalmarson var projektledare och utredaren Lars Sonde medverkade i planeringen av studien samt i arbetet med enkätundersökningen. Docent Lennarth Johansson har varit forskningsledare.

Stockholm i maj 2018

Chatrin Engbo

Direktör

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
UPPDRAGET	3
VAD ÄR KORTTIDSVÅRD?	3
<i>Ansvaret för hälso-och sjukvården i särskilda boenden</i>	<i>4</i>
VAD GÄLLER I STOCKHOLMS LÄN	5
<i>Läkarvården</i>	<i>5</i>
<i>Rehabilitering</i>	<i>6</i>
KORTTIDSVÅRDENS HISTORIA	7
OMFATTNINGEN AV KORTTIDSVÅRD HAR MINSKAT	8
<i>Antalet personer som får korttidsvård</i>	<i>8</i>
<i>Vilka får korttidsvård</i>	<i>10</i>
<i>Korttidsvårdens kvalitet</i>	<i>10</i>
NYTTAN MED KORTTIDSVÅRD	11
SYFTE	13
METODER	13
ENKÄT	13
<i>Bortfall</i>	<i>14</i>
INTERVJUER	14
<i>Bortfall</i>	<i>15</i>
VILKA FICK KORTTIDSVÅRD?	16
ORSAKEN TILL KORTTIDSVÅRD	17
<i>De som fick korttidsvård efter slutenvård</i>	<i>17</i>
<i>Korttidsvård för dem som kom från hemmet</i>	<i>18</i>
HÄLSOTILLSTÅND OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA	20
<i>Funktionsförmågan hos dem som fick korttidsvård</i>	<i>21</i>
KORTTIDSVÅRDENS ORGANISATION MED MERA	22
<i>Antalet korttidsplatser i Stockholms län</i>	<i>22</i>
<i>Korttidsboendenas inriktning</i>	<i>23</i>
<i>Korttidsvårdens vardag</i>	<i>23</i>
<i>Bemanningen i korttidsboende</i>	<i>24</i>
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I KORTTIDSBOENDE	25
<i>Häls- och sjukvård efter vård på sjukhus</i>	<i>26</i>
<i>Korttidsvårdens uppdrag inte känt i omvärlden</i>	<i>29</i>
<i>Vilka sjukvårdsinsatser görs?</i>	<i>30</i>
<i>Häls- och sjukvården för dem som kom hemifrån</i>	<i>33</i>
<i>Läkarnas begränsade ansvar i avtalet ifrågasattes</i>	<i>34</i>
VÅRDTIDEN I KORTTIDSBOENDE	34
VAD SKULLE HÄNDA EFTER KORTTIDSVÅRDEN?	35
DISKUSSION	37
VAD ÄR EGENTLIGEN ETT KORTTIDSBOENDE?	37
FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	38
<i>Bemanningen med sjuksköterskor påverkar säkerheten</i>	<i>38</i>
<i>Andra brister i säkerheten</i>	<i>39</i>
<i>Medicinteknisk utrustning</i>	<i>39</i>

KORTTIDSVÅRDEN BEHÖVS	40
<i>Finns det några nackdelar med korttidsvård?</i>	40
<i>Rehabilitering eller inte det är frågan</i>	41
<i>Korttidsvården behöver utvecklas</i>	41
REFERENSER	43

SAMMANFATTNING

Stiftelsen Äldrecentrum fick i uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting (HSF) att beskriva gruppen som får korttidsvård vad gäller funktionsförmåga, sjukvårdsinsatser, vård- och omsorgsbehov, korttidsvårdens omfattning och innehåll med fokus på läkarinsatserna samt olika erfarenheter av verksamheten.

Korttidsboende är en form av särskilt boende som i Stockholms län bedrivs både av kommuner och av privata företag och stiftelser. De säljer korttidsvård till kommunerna. Ofta är korttidsboenden en del av ett särskilt boende, men det finns också fristående enheter med enbart korttidsvård. I korttidsboendena ansvarar kommunen för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskas nivå och landstinget för läkarvården och rehabiliteringen. De flesta korttidsboenden erbjuder vardagsrehabilitering eller mobilisering men resurserna varierar. De som kommer till korttidsboende från sjukhus och de som väntar på att flytta till särskilt boende får läkarvård av korttidsboendets läkare. De övriga får vända sig till sin ordinarie husläkare.

I Äldrecentrums undersökning ingick 59 korttidsboenden med totalt 741 platser. Storleken varierade från tre till 40 platser. Studien bestod av en enkätundersökning och 26 intervjuer. De som intervjuades var läkare och sjuksköterskor som arbetade i korttidsboende samt chefer, biståndshandläggare och andra tjänstemän.

För att beskriva gruppen som fick korttidsvård genomfördes en webbenkät, som gällde alla som fick korttidsvård den 29 november 2017. Enkäten besvarades av 52 korttidsboenden med totalt 591 platser. Sammanlagt inkom 469 svar med uppgifter om de boende. Det innebär att på undersökningsdagen utnyttjades cirka 80 procent av platserna. Enkätsvaren delades in i två huvudgrupper beroende på om personerna hade beviljats korttidsvård efter sjukhusvård eller kom hemifrån. Drygt hälften kom från sjukhus. De som kom hemifrån kunde i sin tur delas in i två undergrupper; de som fick växelvård/ avlösning och de som hade kommit till korttidsboende av någon annan orsak, ofta i en akut situation.

Vanliga skäl att få korttidsvård var för att återhämta sig efter en sjukhusvistelse, i väntan på en plats i särskilt boende, för att utreda framtida behov av äldreomsorg, för växelboende eller avlösning. Även palliativ vård förekom men i varierande utsträckning. Personalen ansåg att en viktig uppgift var att avlasta sluten vården och att korttidsvård var en viktig länk i vårdkedjan. Den inställningen bidrog till att korttidsboenden över lag var beredda att med kort varsel ta emot personer som skrevs ut från sjukhus.

Enkätundersökningen visade att samtliga som fick korttidsvård hade stora vård- och omsorgsbehov och omfattande fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar. De som kom från sjukhus och hade växelvård hade de största behoven av vård och omsorg. Vistelsetiden varierade från 35 dagar för dem som kom från sjukhus, till 15 dagar för dem som kom från hemmet till korttidsvården. I den första gruppen flyttade hälften till särskilt boende från korttidsboendet. I den andra

gruppen gick de allra flesta hem igen. I den mindre gruppen som kom till korttidsboenden från hemmet av annan orsak, var det 60 procent som flyttade vidare till särskilt boende.

Enligt läkarna och sjuksköterskorna var det vanligt att de som fick korttidsvård, ur ett medicinskt perspektiv, ännu inte var stabila. Det kunde vara personer med hjärtsvikt eller som hade haft svåra infektioner där det ännu var ovisst om antibiotikabehandlingen hade haft någon effekt. Enligt korttidsboendets personal var därför långt ifrån alla, i medicinskt hänseende, utskrivningsklara. Många av dem som fick korttidsboende var oroliga för hur deras framtid skulle gestalta sig. De kunde ha drabbats av en allvarlig sjukdom eller en akut händelse och det var ovisst om de skulle kunna återvända hem igen eller om de behövde flytta till ett särskilt boende.

Samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare fungerade i allmänhet väl men läkarna påpekade vikten av att det fanns tillsvidareanställda sjuksköterskor. I undersökningen framkom olika svårigheter med att bedriva hälso- och sjukvård i korttidsboende på ett säkert sätt. Det gällde bland annat att vid inflyttningen få fram en aktuell läkemedelslista. Eftersom det var vanligt att de boende var ordinerade läkemedel som var livsuppehållande innebar detta både mycket arbete och stress för sjuksköterskorna. Ett annat problem för sjuksköterskorna var det tidsödande arbetet att få kontakt med de ansvariga husläkarna eller en jourläkare för dem som kom till korttidsboendet direkt från hemmet. Det innebar att personer som kom från hemmet ibland skickades från korttidsvården till en akutmottagning för problem som hade kunnat lösas om sjuksköterskorna hade fått kontakt med en ansvarig läkare. Det kunde gälla att det saknades ordinationer av viktiga läkemedel. Eftersom den nuvarande uppdelningen av läkaransvaret innebar svårigheter för dem som kom hemifrån att få kontakt med en läkare önskade korttidsboendenas läkare och sjuksköterskor att korttidsboendets läkare skulle ha ansvaret för alla som fick korttidsvård. Läkarna önskade också tillgång mer medicinteknisk utrustning för att kunna ställa fler diagnoser och ge behandlingar på plats. Bemanningen med sjuksköterskor enbart under kontorstid innebar också risker för den medicinska säkerheten.

Rapporten beskriver en vårdform i gränslandet mellan landstingets och kommunernas ansvar och mellan slutenvård och öppna vårdformer. De som fick korttidsvård hade inte kunnat klara sig i hemmet även om de fått hemtjänst. Samtidigt visar undersökningen att kommunerna använde korttidsvård i olika utsträckning och att inställningen till den varierade.

Utnyttjandet av korttidsvården påverkades också av tillgången på platser i särskilt boende och beläggningssituationen på sjukhusen.

Korttidsvårdens roll, funktion och därmed potential i dagens vård och omsorg om äldre är oklar. I det perspektivet är det angeläget att förutsättningarna för en säker vård och omsorg förbättras. För det behövs främst en högre sjuksköterskebemanning, en gemensam läkare och ett tydligt ansvar för rehabilitering.

UPPDRAGET

Hälso-och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns Landsting (HSF) har gett Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i uppdrag att beskriva omfattningen och innehållet i kommunernas korttidsvård med fokus på läkarinsatserna samt de vård och omsorgsbehov de som får korttidsvård har.

INLEDNING

I Socialstyrelsens kartläggning (2013) beskrivs korttidsvården som ett viktigt komplement till hälso- och sjukvården, eftersom korta vårdtider leder till att många har stora vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut från sjukhuset.

Med korttidsplatser avses enligt Socialstyrelsens termbank, en *bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt*. I rapporten används begreppet korttidsboende för att beskriva enheten och korttidsvård innehållet.

Vad är korttidsvård?

Korttidsvård är en form av särskilt boende, där vistelsen är tidsbegränsad. Att få korttidsvård kräver ett beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL). Ansökningar om korttidsvård handläggs av kommunens biståndshandläggare. Korttidsvården i Stockholms län bedrivs av kommuner, av privata företag samt av stiftelser. De är bemannade dygnet runt och ligger ofta i samma fastighet som ett särskilt boende. Korttidsvård används i olika situationer, exempelvis:

- Efter en sjukhusvistelse när en person behöver återhämtning, rehabilitering, eller när behovet av fortsatt vård, omsorg eller boende behöver utredas mer.
- Växelboende som innebär att en person alternerar mellan att bo i sin ordinarie bostad och i ett korttidsboende.
- Som växelvård eller avlösning för anhöriga som vårdar en närstående.
- I väntan på en ledig lägenhet i ett äldreboende.
- När en person av någon annan orsak inte klarar av att bo hemma.
- Vård i livets slutskede

Det finns ingen speciell lagstiftning som reglerar hur korttidsvården ska utformas och bedrivas eller vem som ska beviljas korttidsvård. Kommunerna kan därför ha egna regler och kriterier för korttidsvården.

Ansvaret för hälso-och sjukvården i särskilda boenden

I alla särskilda boendeformer har huvudmannen som kan vara en kommun, eller en privat anordnare, ansvaret för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskas nivå inklusive för rehabilitering, medan landstingen ansvarar för läkarvården.

Det är hälso- och sjukvårdslagen som reglerar all sjukvård (HsL). Målet är god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt HsL § 2 ska den som har det största behovet ges företräde. Av den paragrafen framgår också att

- vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns
- hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.
- där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Kraven på vården i livets slutskede har ökat sedan mitten av 1990-talet. Något som betonas särskilt är lindring av smärta. Eftersom det är inte ovanligt att personer som bor i särskilt boende och även i korttidsboende avlider behövs den kompetensen.

Enligt Ädelpropositionen (1990/91:14 sid 60) *får det inte råda någon tvekan om att den hälso- och sjukvård som kommunerna skall meddela skall vara av samma kvalitet som motsvarande vård genom landstingets försorg*

Hälso- och sjukvården i särskilt boende räknas enligt HsL som öppen hälso- och sjukvård och vård på sjukhus som slutenvård. Utvecklingen inom medicinen innebär att gränsen mellan de två vårdnivåerna inte längre är så tydlig och fler medicinska insatser kan ges i hemmiljö, något som förändrar möjligheterna för hälso- och sjukvården i särskilt boende.

Samarbete läkare och sjuksköterskor

Enligt Ädelreformen ska läkare ha ett övergripande ansvar för enskilda patienters vård- och behandling men också ge nödvändig handledning och fortbildning till omsorgspersonal.

I sjuksköterskornas ansvar ingår att i samverkan med andra professioner planera genomföra och utvärdera omvårdnadsåtgärder. I yrkesrollen ingår också att direkt och indirekt medverka i omvårdnadensamt leda och ansvar för vårdarbetet. Sjuksköterskor har ett särskilt ansvar för att samordna patienters samlade behov av hälso- och sjukvård och se till att vårdkedjan fungerar för varje enskild person och att tillkalla läkare när patienternas tillstånd kräver det (SKL och Vårdförbundet 2000).

Vad gäller i Stockholms län

För korttidsvården i Stockholms län gäller delvis andra regler för läkarvården och rehabiliteringen för än för särskilt boende i övrigt.

Läkarvården

Stockholms läns landsting upphandlar läkarvården i särskilt boende genom ett auktorisationsförfarande där huvudmännen för särskilda boenden kan avropa någon av de godkända läkarorganisationerna. De är både landstingsdrivna och privata företag. Läkaruppgifterna regleras i lokala avtal mellan läkarorganisationerna och landstinget.

Det senaste avtalet är från 2017. Av avtalet¹ framgår att i uppdraget, att arbeta som läkare i särskilt boende ingår även ansvaret för de individer som vistas på korttidsplats,

- efter ett slutenvårdstillfälle
- de som har fått ett beslut om en plats i särskilt boende, men i väntan på en plats vistas i ett korttidsboende (SLL 5.2.2, sid 28).

För dem som får korttidsvård efter en sjukhusvistelse ingår även att läkaren ska se till att hälso- och sjukvårdsansvaret *tas över av annan relevant vård- och omsorgsgivare efter avslutad vistelse* (SLL 5.3 sid 29).

Det innebär att för dem som kommer till ett korttidsboende direkt från hemmet för växelvård, avlösning eller av en annan orsak är det den ordinarie husläkaren som har det medicinska ansvaret. Korttidsboendets läkare har dock ansvar för dem som kommer direkt från hemmet, om en sådan person har akuta behov av läkarvård, när läkaren befinner sig i boendet. Det begränsade ansvaret gäller enligt avtalet för personer där orsaken till vistelsen, *inte rör individens hälsotillstånd* (SLL 5.3 sid 29). Det nuvarande avtalet om läkarvård i särskilt boende, innebar en förändring av läkarnas ansvar. Tidigare omfattade det alla som vistades där, även om de samtidigt var listade hos en husläkare.

Läkaruppgifterna i korttidsboende gäller dygnet runt alla årets dagar. Det omfattar både planerade och oplanerade insatser. Enligt avtalet ska läkare:

- ha en fastställd besökstid varje vecka
- göra individuella besök vid behov dygnet runt, alla årets dagar
- via tjänstgörande sjuksköterska ge möjlighet för patienter och närstående att ha direktkontakt
- finnas tillgänglig på telefon dygnet runt för tjänstgörande sjuksköterska.

¹ Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval; Läkarinsatser i särskilt boende för äldre, 2017.

Inställelsetiden för akuta oplanerade hembesök är *inom två timmar*.

Det är huvudmännen för korttidsboendena som väljer vilken av de godkända läkarorganisationerna som de vill anlita.

Ersättningen för läkarvård för de som får korttidsvård är 40 kr/dygn och person. På årsbasis blir det ca 14 600 kr. Till det kommer ersättning för akut oplanerade besök med 662 kr. Ersättningen för läkarvården för de som bor permanent i särskilt boende är 9 300 kr per år.

Målet för läkarvården

Läkarvården ska motsvara primärvårdsnivån och insatserna ska enligt avtalet utgå från individens medicinska behov enligt LEON-principen² och hälsofrämjande insatser ska prioriteras.

Målet för uppdraget är att

- individ och närstående upplever trygghet beträffande läkarinsatserna
- att förebygga och tidigt åtgärda försämring av hälsotillståndet utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov
- att främja hälsa, trygghet och livskvalitet så att icke medicinskt motiverande besök på och hänvisningar till akutsjukhusens akutmottagningar eller annan slutenvård sker
- att förskrivning av läkemedel till individ i målgruppen sker säkert och rationellt (sid 13).

Rehabilitering

Kommunernas ansvar för rehabiliteringen inom korttidsvården i Stockholms län regleras i ett samarbetsavtal mellan länets kommuner och landstinget. Utgångspunkten är att de som får korttidsvård i första hand ska utnyttja den ordinarie hälso- och sjukvården när det gäller rehabilitering. Det framgår av avtalet att personer som har behov av rehabilitering inte ska beviljas korttidsvård. Gränsdragningen är emellertid inte helt klar. I Stockholms stads riktlinjer för att bevilja korttidsvård framgår att personer som är i behov av mobilisering³ kan beviljas korttidsvård för att återhämta sig. Vad som avses med begreppen mobilisering och återhämtning definieras inte.

² LEON-principen är att vården ska bedrivas på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

³ Mobilisering betyder inom medicinen, göra rörlig: mobilisera en kroppsdel; (bildlig betydelse) uppbåda, sätta in (alla krafter).

BAKGRUND

Korttidsvårdens historia

Korttidsvården i Sverige utvecklades efter Ädelreformen 1992. Tanken var att kommunerna skulle erbjuda återhämtning, mobilisering och fortsatt rehabilitering efter sjukhusvård. I förarbetena inför Ädelreformen (prop. 1990/91:14) betonades vikten av att kommunerna skulle ha resurser både för långvarig vård som kortvarigt stöd: *Genom att förfoga över resurser för rehabilitering, växelvård och avlösning förbättras stödet i det egna boendet. Kommunen bör med kort varsel kunna erbjuda sådana vistelser vid en särskild boendeform* (sid 54).

Betalningsansvarslagen som trädde i kraft 1992 (SFS 1990:1404) innebar att kommunerna fick betala vårdkostnaderna för dem som inte kunde skrivas ut från slutenvården, när de bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade. Tanken var att lagen skulle ge kommunerna ett incitament att erbjuda äldre medicinskt färdigbehandlade som hade vårdats på sjukhus, vård i egen regi.

Den statliga utredningen Bo tryggt, betala rätt (SOU 1999:33) konstaterade att antalet platser för korttidsvård hade ökat och att det var en konsekvens av att fler äldre bodde hemma och att vårdtiderna inom slutenvården hade minskat;

Det ökade trycket på kommunerna att ta hand om människor med ett stort omsorgsbehov gör det nödvändigt att ordna övergångsboende under den tid det kan ta för att ge såväl enskilda som biståndshandläggaren möjlighet att planera och bedöma det fortsatta boendet. Korttidsboenden med uttalat syfte att bedöma det fortsatta boendet har växt upp som ett komplement till den rehabilitering som erbjöds inom landstingets slutna vård. (a.a. sid 63)

Utvecklingen svarade enligt betänkandet mot ett tydligt behov, men pekade också på några negativa faktorer. En var att vårdkedjan förlängdes. För äldre som hade fått akutsjukvård och därefter geriatrisk vård blev korttidsvård ytterligare en anhalt.

Faktorer som påverkade behovet av korttidsvård var enligt äldreboendedelegationens slutbetänkande (SOU 2008:113) tillgången på slutenvårdsplatser och särskilt boende. Där gjordes en bedömning, att när platserna i särskilt boende minskade tenderade tiden för dem som fick korttidsvård att förlängas eftersom en del av dem väntade på plats i särskilt boende. Följden blir att andra personer med behov av eftervård eller rehabilitering efter utskrivning från sjukhus inte kan få korttidsvård.

Från 2018 gäller en ny lag som reglerar betalningsansvaret för utskrivningsklara äldre patienter inom slutenvården (SFS 2017:612). Syftet är att minska tiden som den gruppen patienter är kvar inom slutenvården och att förbättra samverkan mellan den kommunala äldreomsorgen och primärvården. Frågan är hur den nya lagen kommer att påverka korttidsvården eftersom det är den enda vårdformen

som finns för personer som inte kan klara sig i hemmet när de skrivs ut efter vård inom slutenvården.

Omfattningen av korttidsvård har minskat

Enligt Socialstyrelsen (2013) har antalet personer som fick korttidsvård minskat det senaste decenniet. I Stockholms län har minskningen pågått sedan 2000-talets början. Enligt Meinow & Wånell (2011) minskade korttidsvården i Stockholm län som en följd av ett samarbetsavtal mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting från 2002. Eftersom korttidsvård är tillfällig, skulle de som fick korttidsvård få rehabilitering i landstingets regi inom den ordinarie primärvården. En annan orsak till minskningen var att korttidsvård inte längre beviljades i väntan på plats i särskilt boende. Bilden, att minskningen av antalet personer som får korttidsvård har stannat upp, bekräftas av Socialstyrelsens lägesrapport (2018).

Antalet personer som får korttidsvård

Det är endast en liten andel av den äldre befolkningen som beviljas korttidsvårda. Nedanstående tabell 1 visar att antalet personer som fick korttidsvård i Stockholms län under åren 2014 till 2016 var relativt konstant.

Tabell 1 visar också att det var stora skillnader mellan länets kommuner i vilken utsträckning som de beviljade korttidsboende 2016. Sollentuna hade högst andel. Åtta procent, 65 år eller äldre, hade beviljats korttidsvård där. Stockholms stad hade den lägsta andelen med en procent. Flera rapporter har även tidigare påvisat skillnader i vilken omfattning landets kommuner beviljade korttidsvård (Meinow & Wånell 2011).

Tabell 1. Antal och andel personer som hade beslut om korttidsvård, 65 år eller äldre, 2014 – 2016 i Stockholms län.

	2014	2015	2016	Förändring 2014 - 2016	Antal 65+ 2016	Andel 65+ som fick korttids- vård 2016
Sollentuna	998	913	892	-106	11 117	8
Tyresö	550	618	594	44	7797	7,6
Huddinge	928	923	1018	90	14 287	7,1
Haninge	949	856	882	-67	13 274	6,6
Nynäshamn	295	366	360	65	6 108	5,9
Upplands-Bro	230	226	244	14	4312	5,7
Sigtuna	330	311	370	40	6 792	5,4
Salem	77	138	147	70	2883	5,1
Lidingö	368	416	477	109	9 431	5,1
Österåker	736	637	388	-348	7872	4,9
Södertälje	587	725	738	151	15 193	4,9
Sundbyberg	325	351	274	-51	6 096	4,5
Botkyrka	238	520	555	317	12 548	4,4
Täby	908	473	534	-374	13 361	4
Upplands-Väsby	105	349	289	184	7387	3,9
Järfälla	569	448	461	-108	12 822	3,6
Nacka	671	838	573	-98	15 859	3,6
Vaxholm	140	180	82	-58	2 282	3,6
Vallentuna	177	135	173	-4	5097	3,4
Norrtälje	563	514	532	-31	15 668	3,4
Nykvarn	28	39	56	28	1718	3,3
Värmdö	119	179	224	105	6942	3,2
Danderyd			123	123	6 481	1,9
Ekerö	179	105	85	-94	4644	1,8
Solna	276	252	208	-68	12 158	1,7
Stockholm	1647	1613	1532	-115	136 559	1,1
Summa	11 993	12 125	11 811	-182	358 688	3,3

Källa: Socialtjänststatistiken och egen bearbetning.

Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer (Gens & Lindgren 2010) uppmärksammade att de olika stadsdelsförvaltningarna hanterade och organiserade insatsen korttidsvård på olika sätt. De beviljade inte korttidsvård för rehabilitering, men rapporten visade att biståndshandläggarna tyckte att det var svårt att dra gränsen mellan begreppen rehabilitering och återhämtning. De efterlyste en precisering av vad korttidsvård ska innehålla och ville att det skulle vara tydligare vad man kan förvänta sig av korttidsvård (a.a.). Det framkom också att några stadsdelar hade

upphört med att bevilja korttidsvård. Det var inte enbart stadsdelar i Stockholms stad, som inte beviljade korttidsvård för rehabilitering, utan detta gällde i en tredjedel av landets kommuner (Socialstyrelsen 2013).

En studie av Weurlander & Wånell (2011) visade att sjukhusen i Stockholms län anmälde en del patienter som utskrivningsklara för att de inte bedömdes ha tillräcklig rehabiliteringspotential för att bli en geriatrisk patient. De bedömdes ändå vara i behov av mobilisering. Följden blev att möjligheten hos dem som fick korttidsvård att höja sin funktionsförmåga inte togs till vara, i och med att de inte erbjöds någon rehabilitering.

En slutsats i Socialstyrelsens kartläggning (2013) var att kommunerna behövde planera tillgången på korttidsplatser och andra vård- och omsorgsformer och ha en långsiktig strategi för att underlätta kvarboende eller flytt till permanent särskilt boende. När det gällde tillgången till platser för eftervård i korttidsboende ansåg Socialstyrelsen att de planerna bör upprättas i en dialog mellan landstingen och kommunerna, för att äldre ska få vård och omsorg på rätt nivå.

Vilka får korttidsvård

Studier både i Stockholms stad och i andra delar av landet visar att de som har fått korttidsvård har varit en skör grupp med stora vård och omsorgsbehov och som till följd av det haft en svår livssituation. En registerstudie på Södermalm i Stockholm (Socialstyrelsen 2008) visade att de som ansökte om korttidsvård hade de största omsorgsbehoven av dem som vårdplanerades på sjukhus. Samma bild framkom i en undersökning om läkarvården i särskilt boendet (Hjalmarson & Österman 2010). De som fick korttidsvård betecknades som instabila till skillnad från de som bodde permanent i ett särskilt boende.

I Socialstyrelsens kartläggning (2013) framgår att de vanligaste orsakerna att få korttidsvård var behov av eftervård efter sjukhusvistelse, anhörigavlösning och avvaktan på verkställighet av permanent särskilt boende. Enligt den fyller korttidsboende en viktig funktion för de mest sjuka äldre. Där framkom också att *de äldre personerna som kommer till korttidsboenden är inte alltid medicinskt färdigbehandlade, inte färdigutredda, har stora vård- och omsorgsbehov och är många gånger i allt för dåligt skick för att vistas på ett korttidsboende, vilket skapar hög arbetsbelastning och ställer höga krav på korttidsboendenas personal. Det uppstår ofta problem då det krävs avancerad medicinsk behandling* (sid 47 a.a.). Enligt kartläggningen behöver rehabiliteringen förstärkas för målgruppen. *Korttidsboende kan vara en form för detta men då krävs ett tydligt uppdrag och ansvar samt rehabiliteringskompetens hos personalen* (sid 9 a.a.).

Korttidsvårdens kvalitet

Flera studier visar brister i det sociala innehållet och boendemiljöerna. Några svårigheter att bedriva korttidsvård var enligt Socialstyrelsen 2013 att tillgången på lediga platser och efterfrågan inte alltid sammanföll. Andra faktorer var personalens kompetens och att personer med olika behov fick korttidsvård

tillsammans. Den bilden framkom också i studier från Äldrecentrum (Norman 2009, Hjalmarson 2010) om anhörigvårdares situation. Deras erfarenheter av korttidsvård var inte alltid positiva. De anhöriga tyckte att det var problematiskt när exempelvis personer med och utan demenssjukdomar var i samma enhet. Det fanns också oklarheter om bemanningen och om kompetensen att vårda så svårt sjuka personer.

Korttidsboendena, Kinesen och Hornskroken i Stockholms stad för personer med demenssjukdom framhölls däremot som goda exempel (a.a., Gens & Lindgren 2010).

De kommuner som deltog i Socialstyrelsens kartläggning (2013) ansåg att *tidig utskrivning från sjukhus var ett hinder för att kunna erbjuda en väl fungerande korttidsverksamhet* (sid 47). Andra hinder som uppgavs var personal med otillräcklig kompetens, tillgången på platser och blandade grupper.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde 2017 en granskning av 14 korttidsboenden runt om i landet. I rapporten redovisar IVO faktorer som ökar förutsättningarna för att vården och omsorgen ska ha god kvalitet. Några av dem var:

- att det finns en hög tillgänglighet till berörda personalgrupper
- att mottagandet av nya vård- och omsorgstagare är välorganiserat
- att planeringen av vård- och omsorgsinsatser är tydlig och relevant
- att omvårdnadspersonalen förstår syftet med social dokumentation och kopplingen till målen för insatserna.

I rapporten nämns också exempel på förhållanden som skapade dålig kvalitet; *att det i samband med vård i livets slutskede kunde det uppstå problem under jourtid med till exempel smärtlindring eftersom tjänstgörande sjuksköterska kunde befinna sig långt ifrån korttidsenheten* (sid 5).

Nyttan med korttidsvård

Kunskapen om vilka effekter som korttidsvård ger är mycket begränsad. Åren 2007 och 2008 gjordes en randomiserad studie av dem som fick avslag på ansökan om korttidsvård i stadsdelen Södermalm i Stockholms stad (Meinow & Wånell 2011). Syftet var att utvärdera effekterna av att i större utsträckning erbjuda korttidsvård efter utskrivning från sjukhus. Hälften av dem som fick avslag på ansökan om korttidsvård av stadsdelsförvaltningen erbjöds en tre veckor lång vistelse på korttidsboende (26 personer). De som inte fick korttidsvård var kontrollgrupp (26 personer). Studien visade att:

- Interventionsgruppen förbättrade sin rörelseförmåga mer än de som skrevs ut till hemmet

- Andelen som minskade sitt vårdberoende var större i interventionsgruppen jämfört med dem som skrevs ut till hemmet
- Indexvärdet för den hälsorelaterade livskvaliteten ökade för interventionsgruppen. För dem som skrevs ut direkt till hemmet var den nästan oförändrad (statistiskt signifikant skillnad)
- Signifikant större förbättring när det gällde oro/nedstämdhet samt förmågan att klara dagliga aktiviteter bland de som fick korttidsvård
- Inga skillnader i kostnad för äldreomsorg (korttidsplatsen inräknad)
- Tydlig tendens att äldre som hade fått korttidsvård, i mindre utsträckning blev inlagda på sjukhus ett år efter utskrivningen jämfört med dem som skrevs ut direkt till hemmet
- Tydlig tendens till lägre risk att avlida under ett års tid efter utskrivning bland äldre som hade fått korttidsvård.

Studien gav inte något svar på vad i korttidsvården som gav de positiva effekterna. En tanke som framfördes var att en del äldre behöver en viss konvalescenstid eftersom vårdtiden på sjukhus har blivit så komprimerad. En annan reflektion var att om korttidsvården hade ett tydligare uppdrag att hjälpa äldre *att mobilisera kraft och förmåga för hembgång så borde resultaten ha kunnat bli ännu bättre* (sid 27).

En annan slutsats var att det kan vara svårt att dra en gräns mellan omsorgsbehov som är en kommunal angelägenhet och rehabiliteringsbehov som är en uppgift för landstingets hälso- och sjukvård. Det är en utmaning för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården att ge de mycket svaga och omsorgsbehövande utskrivningsklara patienterna en individuellt anpassad hjälp.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva vård- och omsorgsbehoven hos de personer som får korttidsvård i Stockholms län, omfattningen och innehållet i korttidsvården med fokus på läkarinsatserna.

METODER

Studien omfattade en enkätundersökning och 26 intervjuer.

Enkät

För att beskriva gruppen som får korttidsvård i Stockholms län genomförde Äldrecentrum en webbaserad enkätundersökning av dem som fick korttidsvård den 29 november 2017.

En förteckning över korttidsboenden i Stockholms län sammanställdes där även antalet platser, eventuell inriktning och driftsform framgick. Uppgifterna hittades främst på kommunernas hemsidor och kompletterades med förfrågningar per telefon.

Den 29 november 2017 omfattade Äldrecentrums förteckning 59 korttidsboenden i Stockholms län med sammanlagt 741 platser. De enheter som ingick i undersökningen var renodlade korttidsboenden. Insprängda korttidsplatser i särskilda boenden togs inte med.

Med början den 13 november tog Äldrecentrums utredare kontakt per telefon med en chef eller en sjuksköterska i samtliga korttidsboenden och informerade dem om den kommande enkätundersökningen. Efter samtalet skickades information om undersökningen via e-post.

Den 28 november skickades enkäten via e-post till 59 korttidsboenden. Den innehöll ett frågeformulär som skulle fyllas i för var och en som fick korttidsvård den 29 november. Frågorna berörde respektive persons; ålder, kön, hemkommun, boende och tid på korttidsboendet. Det fanns också frågor om anledningen till vistelsen, personens vård- och omsorgsstatus, ADL-förmåga och om vilka rehabiliterings- och sjukvårdsinsatser som utförts under vistelsen. Inga personuppgifter utöver kön och ålder behövde anges. Enkäten skulle besvaras av en sjuksköterska.

Under de tre första veckorna i december skickades tre påminnelser. Kontakter togs även per telefon. I de kontakterna framkom att sju enheter inte ansåg att de hade möjligheter att besvara enkäten. Anledningen var oftast att de saknade sjuksköterskor. Dessa ombads istället att fylla i en förkortad enkät som omfattade frågor om ålder, kön, civilstånd och varifrån de kom till korttidsboendet. Fyra enheter besvarade den förkortade enkäten. Den 22 december avslutades enkätundersökningen.

Tabell 2. Antal korttidsboenden, var de låg samt antal som besvarade enkäten .

Korttidsboenden	Antal enheter	Antal enheter som besvarade enkäten
Stockholm	22	18
Kranskommunerna	37	34
Hela länet	59	52

Enkäten besvarades av 52 enheter vilket motsvarar en svarsfrekvens på 88 procent (se tabell 2). De 52 enheterna hade tillsammans 591 platser.

Sammanlagt inkom 469 enkäter vilket innebär att 79,4 procent av de tillgängliga platserna i dessa enheter var belagda på undersökningsdagen. För 415 personer har vi uppgifter från den fullständiga enkäten och för 40 den förkortade.

Bortfall

Det var sju korttidsboenden som inte besvarade enkäten. Totalt hade dessa enheter 150 platser. Av dem låg fem i kranskommunerna. Fyra var stora enheter med 20 platser eller fler. Alla dessa låg i någon av kranskommunerna.

14 enkäter var felaktigt ifyllda och kunde inte ingå i analyserna. Det fanns också ett fåtal enkäter där alla frågor inte var besvarade. Det interna bortfallet framgår av redovisningen av enkätsvaren i resultatdelen.

Intervjuer

I syfte att fånga sjuksköterskors, läkares och chefers erfarenheter av korttidsvården genomfördes under perioden september 2017 till februari 2018 sammanlagt 26 intervjuer.

De som intervjuades arbetade i de korttidsboenden som finns i de kommuner i Stockholms län och i de stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad som ingick i Äldrecentrums undersökning (Sonde et al., 2018) om vården och omsorgen av utskrivningsklara äldre personer i Stockholms län. Totalt ingick 12 korttidsboenden. Av dem drevs sex i kommunal regi, ett var en entreprenad, ett en stiftelse och de fyra övriga privata företag.

I undersökningen intervjuades läkare sjuksköterskor och chefer som arbetade i korttidsboenden (se tabell 3). I nio korttidsboenden intervjuades både en läkare och en sjuksköterska. I kategorin övriga ingår biståndshandläggare/vårdplanerare, chefer för myndighetsutövning och chefer för läkarorganisationer.

Av de intervjuade läkarna var hälften geriatriker och hälften allmänläkare. Några hade flera specialiteter. I gruppen övriga ingick chefer för läkarorganisationer och några kommunala företrädare.

Tabell 3. Antal intervjuer fördelade på olika yrkeskategorier som arbetar i korttidsboenden N=28.

Befattning	Antal
Sjuksköterskor/ Chefer på korttidsboenden	11
Läkare	10
Övriga	5
Antal	26

Alla intervjuer var individuella. Tolv ägde rum på de intervjuades arbetsplatser. De övriga gjordes per telefon. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide. De tog mellan 30 och 90 minuter. Alla spelades in och skrevs sedan ut.

Bortfall

En läkare, en chef för en läkarorganisation och en chef för ett korttidsboende avböjde att delta i undersökningen.

RESULTAT

Vilka fick korttidsvård?

I undersökningen om vilka som fick korttidsvård den 29 november 2017 registrerades sammanlagt svar avseende 455 personer. För 40 personer fanns endast uppgifter från den förkortade enkäten.

Det var inte bara personer 65 år eller äldre som fick korttidsvård (se tabell 6). På undersökningdagen den 29 november var tolv personer under 65 år. Den som var yngst var 34 år och den äldsta 106 år. Tabell 4, visar att knappt två tredjedelar var 80 år eller äldre.

Tabell 4. Åldersfördelningen bland de som fick korttidsvård 2017-II-29 och andel. n=455

Ålder	Antal	Andel %
>64	12	2
65 - 79	152	34
80 - 89	210	46
90 och äldre	78	17
Internt bortfall	3	
Antal	455	100

Medelåldern för kvinnorna 65 år eller äldre var knappt 83 år och något lägre för männen. Av de 452 personerna var knappt hälften, 194 personer ensamboende (46,7%).

De registrerade personerna delades in i tre kategorier: de som fick korttidsvård efter att ha vårdats på sjukhus, de som växelvis bodde i ett korttidsboende som avlastning för anhöriga och de som av någon annan orsak hade kommit direkt hemifrån.

Drygt hälften, 232 personer, fick korttidsvård efter en sjukhusvistelse (se tabell 5). 170 som avlösning eller växelvård och 82 personer av en annan orsak, ofta i samband med någon akut händelse.

Tabell 5. Antal och andel som fick korttidsvård 2017-II-29 fördelade på kön orsak, samt ålder. n=455.

	Från sjukhus			Från hemmet			Summa (%)	Medel -ålder
	Från sjukhus (%)	Medel -ålder	Växel/ Avlösning (%)	Medel -ålder	Annan Orsak (%)	Medel -ålder		
Män	99 (43)	84	130 (76)	81	20 (38)	81	249 (55)	81
Kvinnor	133 (57)	81	40 (23)	81	33 (62)	83	206 (45)	83
Alla	232 (51)	82	170 (37)	81	53 (12)	82	455	82

Tabell 5, visar också att det var 249 män och 206 kvinnor som på mät dagen fick korttidsvård. Fördelningen varierade dock mellan grupperna. En stor andel av

männen hade växelboende och var i allmänhet sammanboende. När de var hemma vårdades de av sina fruar. Det var fler kvinnor som fick korttidsvård efter en sjukhusvistelse och även bland dem som kom direkt från hemmet.

Orsaken till korttidsvård

De som fick korttidsboende hade omfattande vård- och omsorgsbehov. Vad som hade orsakat behovet av korttidsboende redovisades separat för dem som hade vårdats på sjukhus respektive de som kom hemifrån. Intervjuerna med biståndshandläggare visade att de som beviljades korttidsvård inte hade kunnat klara sig i hemmet.

De som fick korttidsvård efter slutenvård

Vad som hade orsakat sjukhusvistelsen före korttidsvården varierade. I enkäten kunde flera orsaker anges. Tabell 6, visar att sammanlagt registrerades 310 orsaker. De vanligaste var nedsatt allmäntillstånd 31 procent, andra orsaker 28 procent och frakturer 22 procent.

Tabell 6. Den huvudsakliga orsaken/orsakerna till sjukhusvistelsen hos de 205 personer som 2017 || 29 fick korttidsvård efter att ha vårdats på sjukhus.

Orsak sjukhusvistelse:	Antal	Andel %
Nedsatt allmäntillstånd	71	31
Fraktur	52	22
Demenssjukdom	27	12
Undernärd/uttorkad	25	11
Hjärtsjukdom	23	10
Stroke	21	9
Cancer	10	4
Psykiska besvär	10	4
Missbruk	6	3
Andra orsaker	65	28
	310	

Vad som angavs som andra orsaker varierade. Några exempel var, förvärrat bensår, bronkit, diabetes, dialys, fotsår, hudinfektion, infekterade sår, infektion, lungfibros, matförgiftning, övre luftvägsinfektion, minnesutredning, ohållbar hemsituation, ingen bostad, bostadssanering.

En fråga i enkäten gällde syftet med korttidsvården för dem som hade vårdats på sjukhus. Även här kunde fler alternativ anges. Tabell 7 visar att de vanligaste orsakerna var för återhämtning, fortsatt utredning av vård- och omsorgsbehoven, i väntan på plats i särskilt boende och rehabilitering.

Tabell 7. Syftet med korttidsvård efter en sjukhusvistelse. n=205

Syftet med korttidsvård efter en sjukhusvistelse	Antal	Andel (%)
Återhämtning	102	44
Fortsatt utredning av framtida vård och omsorgsbehov	88	38
Väntan på plats i särskilt boende	86	37
Rehabilitering	76	32
Läkemedelsinställning	13	6
Bostadsanpassning	12	5
Palliativ vård	8	3
Andra syften	14	6
	399	100

* Exempel på andra syften som angavs i enkäten var: i avvaktan på ett uppföljningsmöte, social planering, vet ej vad biståndet planerar, sanering av hemmet, sårbehandling, funktionsbedömning, ej lämpligt boende, behov av snabba insatser av sjuksköterska.

Korttidsvård för dem som kom från hemmet

Korttidsvård som växelboende eller avlastning

De som fick korttidsvård som avlastning eller växelboende hade antingen en demenssjukdom eller en fysisk sjukdom (se tabell 8).

Tabell 8. Anledning till växelvård/avlösning. n=170

Anledning till växelvård/avlösning:	Antal	Andel %
Avlösning pga. demens	74	46
Avlösning pga. annan sjukdom	75	47
Rehabilitering	0	
Återhämtning	6	4
Väntar på plats i särskilt boende	4	3
Annan anledning	0	
	159	100

Totalt var det 170 personer, varav 130 var män. För 11 personer uppgavs inte orsaken till korttidsvården (se tabell 6).

Korttidsvård av annan orsak

Den minsta kategorin, 53 personer, (11 %), var de som kom till korttidsboende direkt hemifrån av någon annan orsak. Den vanligaste orsaken var otrygghet i hemmet (se tabell 9). Inflyttning i en akut situation kunde äga rum alla tider på dygnet. En liten andel saknade fast bostad⁴ eller fick palliativ vård.

⁴ Det förekom att bostadslösa personer fick korttidsvård.

Tabell 9. Orsak till korttidsvård för dem som kommit dit av "annan orsak". n=53

Annan orsak än efter sjukhus eller växelvård:	Antal	Andel
I väntan på bostadsanpassning	1	2
I väntan på plats i särskilt boende	0	
Otrygghet i hemmet	23	45
Personen saknar bostad	4	8
Palliativ vård	4	2
Annan anledning*.	9	18
Ingen uppgift	13	25
	54	100

*Hotfull hemma, make/maka sjuk, demenssjukdom, utredning, kom från annat korttidsboende

De som kom till korttidsboende hemifrån hade enligt sjuksköterskorna ofta kognitiva problem eller psykisk sjukdom. De var i dåligt skick och många behövde läkarvård. Deras tillstånd vittnade ibland om att de under en längre tid inte hade ätit eller druckit tillräckligt och kunde på grund av det ha ramlat. De var ibland nattvandrare, som inte visste var de bodde. De första dygnet kunde de ligga till sängs och vara helt passiva.

Det fanns också ett fåtal som saknade fast bostad och som fick korttidsvård i avvaktan på att bostadsfrågan skulle lösas. Det var inte helt ovanligt att personer som bodde i otillgängliga bostäder i glesbygd till slut inte klarade sig längre. Det förekom också personer med missbruksproblem eller andra sociala problem. En vanlig bedömning var att personer som hade sociala problem förekom kontinuerligt och att antalet inte hade förändrats. Flera hade dock noterat en ny grupp; 40-talister med missbruksproblem.

Det hände också att personer som vårdades av sin make/maka kom till korttidsboendet om den närstående blev sjuk. Ett annat inte helt ovanligt scenario var att en anhörigvårdare till slut inte orkade med sin situation. Ett exempel gällde en demenssjuk kvinna som nyligen hade kommit till ett korttidsboende i sällskap av sin man, som hade vårdat henne under en lång tid. Tidigare på dagen hade han tagit med sig frun till vårdcentralen och sagt till sin läkare att han inte orkade vårda henne längre. Läkaren hade då kontaktat kommunen och kvinnan hade omgående beviljats korttidsvård. Sjuksköterskan berättade att när paret kom hade maken varit så trött att han somnade i en fåtölj. *Han var helt slut. Vi tar ju över. Vi är ju vårdpersonal.* Hon hade flera gånger förstått vilken lättnad det blev för anhöriga att lämna sin närstående i korttidsboendet.

De intervjuade ansåg att många av dem som kom till korttidsboendet från hemmet i en akut situation, hade behövt en plats i ett särskilt boende. De hade ofta haft en ohållbar hemsituation. *Det är inte lika många som kommer med frakturer eller andra sjukdomar, utan de är väldigt dåliga i sin demens. Det är absolut en ohållbar hemsituation. De kanske går och ringer på grannarnas dörrar eller är ute och går och inte hittar tillbaka. [...] Vi har haft många nu den senaste veckan då partnern har varit slutkörd. Det har varit många akuta placeringar.*

Hälsotillstånd och funktionsförmåga

I enkätfrågorna som gällde hälsotillståndet kunde flera alternativ anges. I genomsnitt angavs fem olika funktionsnedsättningar per person. Tabell 10 visar att de vanligaste var kognitiv nedsättning eller demensdiagnos. Andelen var något högre i gruppen som kom hemifrån av annan orsak. Oro och ängslan var näst vanligaste. Även här var andelen högst i gruppen, *annan orsak*. Inkontinens var också vanligt förekommande i samtliga grupper, men vanligast i gruppen som fick växelvård. Omkring en fjärdedel hade syn- eller hörselnedsättning.

Tabell 10. Vård- och omsorgsstatus den 29 november 2017 i de korttidsboenden som besvarade enkäten. n=415.

Vård- och omsorgsstatus	Från sjukhus	%	Växelv/ avlösning	%	Annan orsak	%	Summa	%
Synnedsättning	59	29	44	28	12	24	115	28
Hörselnedsättning	47	23	47	30	14	28	108	26
Urininkontinens	99	48	91	57	20	39	210	51
Avföringsinkontinens	59	29	48	30	13	26	120	29
Har KAD	24	12	19	12	3	6	46	11
Oro och ängslan	115	56	75	47	35	69	225	54
Nedstämdhet	95	46	63	40	21	41	179	43
Kognitiv nedsättning	131	64	112	70	39	77	282	68
Demensdiagnos	59	29	73	46	26	51	158	38
Beteendestörningar	35	17	32	20	14	27	81	20
Nedsatt allmäntillstånd	92	45	46	29	16	31	154	37
Hjärtsvikt	66	32	27	17	8	16	101	24
Smärta	86	42	41	26	15	29	142	34
Yrsel	64	31	34	21	9	18	107	26
Andningssvårigheter	26	13	8	5	4	8	38	9
Trycksår	22	11	9	6	2	4	33	8
Kroniska/svårläkta sår	10	5	12	8	0		22	5

Av tabell 10 framgår också att nästan hälften av de som kommit direkt från sjukhus hade nedsatt allmäntillstånd. I den gruppen var det också vanligare med hjärtsvikt, smärta, yrsel och andningssvårigheter.

Av dem som hade växelboende var andelen med kognitiv nedsättning, demensdiagnos och urininkontinens högst. Uppgifterna visar att det var vanligt att de som vårdades av en anhörig hade ett omfattande vård- och omsorgsbehov.

I gruppen som kom direkt hemifrån fanns den högsta andelen oroliga och ängsliga och de som hade beteendestörningar.

Funktionsförmågan hos dem som fick korttidsvård

I enkätundersökningen ställdes också frågor om funktionsförmågan hos dem som fick korttidsvård den 29 november 2017.

Tabell 11. ADL-förmåga 2017-11-29. n=415

	Från sjukhus	%	Växelv/ Avlösning	%	Annan orsak	%	Summa	%
Bad och dusch								
Oberoende	9	4	7	4	6	12	22	5
Delvis beroende	72	35	50	31	22	43	144	38
Beroende	121	59	101	64	23	45	245	59
Inget svar	3	1	1	1			4	1
Antal	205	100	159	100	51	100	415	100
Av/påklädning								
Oberoende	21	10	24	15	14	28	59	14
Delvis beroende	79	39	58	36	21	41	158	38
Beroende	102	50	76	48	16	31	194	47
Inget svar	3	1	1	1			4	1
Antal	205	100	159	100	51	100	415	100
Toalettbesök								
Oberoende	38	19	38	24	22	43	98	24
Delvis beroende	66	32	45	28	12	24	123	30
Beroende	96	47	75	47	16	31	187	45
Inget svar	5	2	1	1			6	1
Antal	205	100	159	100	51	100	415	100
Förflyttning								
Oberoende	56	27	61	38	27	52	144	34
Delvis beroende	58	28	33	21	11	22	102	25
Beroende	88	43	64	40	13	26	165	40
Inget svar	3	2	1	1			4	1
Antal	205	100	159	100	51	100	415	100
Födointag								
Oberoende	102	50	87	55	28	55	217	52
Delvis beroende	61	30	49	31	17	33	127	31
Beroende	37	18	19	12	6	12	64	15
Inget svar	5	2	4	2			7	2
Antal	205	100	159	100	51	100	415	100

De funktioner som ingick var bad och dusch, av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag. Svarsalternativen var oberoende av hjälp, delvis beroende och beroende. Tabell 11 visar att alla som fick korttidsvård i hög utsträckning var beroende av hjälp i alla eller i flertalet av de olika funktionerna. Mest beroende var de som fick korttidsvård efter vård på sjukhus och de som hade växelvård. De som kom direkt hemifrån var de som klarade sig bäst

Funktionen som de flesta behövde hjälp med var dusch och bad. Omkring fem procent klarade det utan hjälp. När det gällde av- och påklädning klarade 15 procent det på egen hand. Omkring var femte person behövde hjälp med toalettbesök. Inom de tre kategorierna varierade förhållandena.

Korttidsvårdens organisation med mera

Antalet korttidsplatser i Stockholms län

Korttidsboenden visade sig vara en svårfångad verksamhet. Under perioden när undersökningen genomfördes förändrades antalet platser i flera korttidsboenden på grund av förändrad efterfrågan. Några hade utökat sin verksamhet, medan andra hade minskat den eller upphört. En del korttidsplatser gjordes om till särskilt boende. Dessutom tillkom några enheter som inte hade identifierats när enkäten skickades ut. När antalet platser med olika inriktning respektive olika driftsform skulle sammanställas uppdaterades listan och där redovisades då 786 platser, en nettoökning med drygt 40 platser. Det är orsaken till att antalet platser varierar mellan olika tabeller.

Alla utom två av länets 26 kommuner⁵ hade korttidsboenden i egen regi eller på entreprenad. Flera kommuner hade minskat antalet platser i korttidsboende under de senaste åren. Samtidigt hade flera privata vårdbolag startat korttidsboenden i egen regi. Stiftelserna Stora Sköndal och Danvikshem hade också korttidsboende⁶. Tabell 15, visar fördelningen mellan olika driftsformer.

Tabell 12. Antalet platser i korttidsboenden fördelade på driftsform hösten 2017. N=786.

	Kommunala enheter			Privata	
	Egen regi	Entreprenad	Antal	enheter	Antal
Stockholms stad	69	55	124	58	182
Kranskommunerna	414	77	491	113	604
Hela länet	473	132	605	171	786

Inom Stockholms stad fanns det inte korttidsboenden i alla stadsdelar. De kommuner/stadsdelsförvaltningar som inte hade korttidsboenden köpte platser. Intervjuerna med personal i privata korttidsboenden visade att det var vanligt att

⁵ Kommuner som inte hade några korttidsboenden var Nykvarn och Danderyd.

⁶ De helt privata korttidsboendena sålde korttidsvård till länets kommuner.

de tog emot personer som bodde i kommuner i andra delen av länet. Om en person fick korttidsvård i sin hemkommun nära den ordinarie bostaden eller på annan ort påverkade möjligheterna att ha kontakt med den ordinarie husläkaren, att medverka vid bostadsanpassning och anhörigas möjligheter att hälsa på.

Beläggningen under mättdagen varierade mellan de olika enheterna. En del hade inga lediga platser medan andra endast hade några enstaka personer inskrivna. Intervjuerna visade att efterfrågan varierade över tid. Faktorer som påverkade beläggningen var tillgången till särskilt boende och antalet som skrevs ut från slutenvården. Den ojämna beläggningen påverkade ekonomin. För att underlätta att platserna skulle utnyttjas mer önskade en av de intervjuade att det fanns ett forum dit de skulle kunna anmäla lediga platser på samma sätt som de gjorde med övriga lediga platser i boendet.

Korttidsboendenas inriktning

De korttidsboenden som ingick i enkätundersökningen varierade i storlek och inriktning. Tabell 14 visar att de flesta platserna var öppna för alla oavsett behov. Det fanns också korttidsboenden som riktade sig till personer med demenssjukdomar eller för avlastning/ växelvård. En mindre enhet tog emot personer för palliativ vård.

Tabell 13. Antal och andel (%) korttidsplatser med olika inriktning i Stockholms län. N=786

Korttidsboendenas inriktning	Allmän/ somatisk	Växelvård/ Avlösning	Demens	Antal
Stockholms stad	94 (52%)	19(10%)	69 (38%)	182 (100%)
Kranskommunerna	359 (59%)	101 (17%)	144 (24%)	604 (100%)
Hela länet	435 (58%)	125 (15%)	203 (27%)	786 (100%)

De flesta var samlokaliserade med särskilda boenden och hade samma läkare. De korttidsboenden som ingick i undersökningen hade mellan tre och 40 platser. 58 procent av platserna var öppna för alla som var beviljade korttidsvård, 27 procent var inriktade på personer med en demensdiagnos och 15 procent för växelvård eller avlösning.

De små var i allmänhet insprängda lägenheter i befintliga särskilda boenden som användes för avlösning eller växelvård. De största var fristående enheter som var specialiserade på korttidsvård.

Korttidsvårdens vardag

Vardagen i korttidsvården präglades av den ständiga strömmen av personer som flyttade in och ut. Sjuksköterskorna ägnade mycket tid både åt dem som var nyanlända och dem som skulle skrivas ut.

Flera av de intervjuade berättade att de som kom till korttidsboende från sjukhus eller akut direkt från hemmet ofta inte mår bra, vare sig fysiskt eller psykiskt. En del befann sig i en krissituation. Många var oroliga och det kunde ta upp till en vecka innan de blev lugna och trygga i den nya miljön. En konstaterade att *sjukhuset är ofta en plats där de har fått tuffa besked och de befinner sig i chock. Här hinner man landa och anhöriga hinner landa*. En annan omständighet som flera tog upp var att de som fick korttidsvård hellre skulle vilja vara hemma. *Det är en svår verksamhet att driva eftersom det endast är ett fåtal som är här "frivilligt". Och eftersom de inte vet vad som väntar*. En annan sa, *vi försöker ha olika aktiviteter, men man sitter i en svår situation. Man har en fru hemma och vill hellre vara där*.

En annan svårighet var när personer med olika behov och situation var i samma enhet. Framförallt gällde det när personer som hade en demenssjukdom vistades tillsammans med dem som inte hade några kognitiva problem.

Sjuksköterskorna och cheferna betonade att det var viktigt att korttidsvården både erbjöd vård- och omsorg, trygghet och livskvalitet. *Lagad mat och sällskap är viktiga faktorer*. Andra betonade vikten av att det finns något att ägna sig åt. Flera av de intervjuade framhöll vårdpersonalens betydelse. *Personalen här är väldigt vana och kunniga. Det är en varm atmosfär. Det är en ganska fin miljö även om den inte är hemlik. Vi har en ganska meningsfull vardag, men den kan bli bättre*.

Sjuksköterskorna hade mycket kontakt med anhöriga. Det var vanligt att även de var i chock. Ofta hade det inträffat någon dramatisk förändring, exempelvis en akut sjukdom som inte gick att bota eller som förde med sig en allvarligt försämrad funktionsförmåga. En av de intervjuade sa, *det är tufft att möta anhöriga [...] vi får så att säga ta de första smällarna. Anhöriga är chockade, frustrerade, ledsna. [...] Många har det kämpigt när de kommer hit. Det kräver en del av oss*. I ett korttidsboende kunde de erbjuda kontakt med anhörigstödjare och även andra kompetenser.

Bemanningen i korttidsboende

Vård- och omsorgspersonalen arbetade på schema dygnet runt. De var både undersköterskor och vårdbiträden. Alla hade inte utbildning.

De flesta korttidsboenden var, med några undantag, bemannade med sjuksköterska under kontorstid. Antalet patienter som sjuksköterskorna var ansvariga för varierade mellan ett tiotal till ca 25. Sjuksköterskorna i en del korttidsboenden hade en hög arbetsbelastning, vilket var en anledning till att de inte hade besvarat enkäten. Vissa korttidsboenden hade en hög omsättning av sjuksköterskor och det var svårt att rekrytera nya.

Efter kontorstid ansvarade sjuksköterskor i ambulerande team. De utförde främst schemalagda vård- och omsorgsinsatser, men var också tillgängliga per telefon och skulle rycka ut akut vid behov. Den avtalade inställetiden för sjuksköterskor var 30 minuter.

Konsekvenserna av att det inte fanns någon sjuksköterska på plats under obekvämtid var att de ibland behövde skicka in personer till akutvården. Det var något som de intervjuade ansåg var både onödigt och plågsamt för de drabbade. En av de intervjuade sa, *vi skulle kunna göra mer om vi hade mer sjuksköterskeresurser skulle jag vilja påstå. [...] Nu hamnar många patienter i en gråzon mellan stolarna. Det är inte ekonomiskt försvarbart tycker jag att skicka personer fram och tillbaka.*

Läkarnas arbete var organiserat på ett liknande sätt. De kom på besök en bestämd tid varje vecka. Då hade läkaren en sitttrond tillsammans med en sjuksköterska. De gick tillsammans igenom tillståndet för patienterna. Läkaren träffade också vissa patienter för individuella konsultationer och skrev in nyinflyttade. Under kontorstid var de tillgängliga per telefon och gjorde då också akuta besök. Helger, kvällar och nätter hade läkarorganisationerna en läkare i jour.

Eftersom det kom nya personer från slutenvården alla veckans dagar, kunde det dröja en vecka innan en ny person skrevs in av läkaren. För de personer som endast stannade en kort tid innebar det att deras kontakter med läkaren var mycket begränsade.

Bemanningen med fysioterapeut och arbetsterapeut varierade. En del hade dagligen tillgång till dessa professioner. På andra ställen betecknades de som konsulter som kom på besök en eller flera gånger i veckan.

Hälso- och sjukvården i korttidsboende

Sjuksköterskorna är navet i hälso- och sjukvården i korttidsboenden och de hade samma ansvar för alla som vistades där. De boende som kom från sjukhus blev patienter hos korttidsboendets läkare och de övriga skulle ha kontakt med sin ordinarie husläkare.

De som får korttidsvård får vård från olika huvudmän. Vid in- och utskrivningen tar korttidsboendenas personal emot information om patienterna och skickar den vidare vid utskrivningen. De flesta läkarorganisationerna använde dokumentationssystemet TakeCare. I de fall där både sjukhuset och korttidsboendets läkare använde TakeCare fungerade informationsöverföringen i allmänhet enkelt och smidigt. En del läkarorganisationer försåg sjuksköterskorna med en tittfunktion i TakeCare för att de skulle ha tillgång till läkarnas journaler. De övriga gav ofta, men inte alltid sjuksköterskorna, papperskopior av journalerna.

Några kommuner hade tillgång till Nationell patientöversikt (NPÖ)⁷, en tjänst där behörig personal kan ta del av aktuella journalanteckningar som rör deras patienter och som finns i journalsystem som de inte hade tillgång till. Den möjligheten underlättade mycket enligt en av de intervjuade.

⁷ Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

Sjuksköterskorna använde olika dokumentationssystem. Endast i undantagsfall hade de samma dokumentationssystem som läkarna. Norrtälje var ett sådant exempel.

Hälso- och sjukvård efter vård på sjukhus

Överflyttningen från sjukhus till korttidsboende gjordes oftast på vardagar under kontorstid när det fanns en sjuksköterska på plats som kunde ta emot. Korttidsboendet hade då fått en formell beställning från en biståndshandläggare. Innan en ny person flyttade in hade en sjuksköterska oftast varit i kontakt med sjukhuset och fått en rapport om den utskrivningsklara personen.

I de fall då det fanns tveksamheter om korttidsboendet kunde ta emot en person, stämde sjuksköterskorna av med boendets läkare. I mycket sällsynta fall hände det att en läkare sa nej. Anledningen kunde vara att personen hade en pågående behandling eller bedömdes vara så instabil att det fanns behov av tillsyn dygnet runt av en sjuksköterska på ett sätt som läkaren, med hänsyn till korttidsboendets resurser, inte ansåg att de kunde klara. Flera läkare ansåg att det var en brist att beslutet om korttidsvård fattades utan medverkan av medicinsk expertis. De menade att biståndshandläggarna inte alltid förstod vilka hälso- och sjukvårdsbehov de som utskrivningsplanerades hade.

Många av dem som fick korttidsvård var i behov av att få fortsatta medicinska behandlingar. En av de intervjuade läkarna sa; *de är inte korttidspatienter utan akut sjuka patienter som skrivs ut*. De flesta hade sjukdomar som successivt förvärrades. En läkare sa; *alla dessa hjärtsvikter, njursvikter och kroniska sjukdomar. Oftast vet man över huvud taget inte vad de har för rehabiliteringspotential. De är trötta och utmattade. Orkar de komma igen? Det är väldigt mycket som hänger i luften*. Många betecknades som multisjuka, hade cancer, svåra infektioner, höftfrakturer, andra frakturer eller stroke. Bedömningen var att många befann sig i den sista fasen av sitt liv.

Flera av läkarna som hade lång erfarenhet sa att de som nu fick korttidsvård tidigare hade vårdats på sjukhus och hade fått stanna där tills de var färdigbehandlade. De sa också att det numera ofta kom personer som var i palliativt tillstånd, inte bara till korttidsboende utan även till äldreboendets permanenta platser. Det vanligaste var att de fick informationen från sjukhuset om en person behövde palliativ vård. I de fall där informationen inte fanns med och anhöriga inte kände till situationen kunde det bli svårigheter. En läkare berättade om en man som nyligen kommit till korttidsboendet från ett akutsjukhus med både lung- och hjärtsvikt. Vid ankomsten var hjärtslagen svåra att uppfatta: *Han behövde god palliativ vård, inte korttidsvård*.

Var de utskrivningsklara?

Läkarna fick frågan i vilken utsträckning de bedömde att de som fick korttidsvård var utskrivningsklara i medicinskt hänseende. Bedömningen var att alla inte var det utan hade behövt stanna kvar några dagar till för att återhämta sig ytterligare. Uppfattningen om hur stor den andelen var varierade. En del läkare sa att det var

vanligt medan andra upplevde att det mer var i undantagsfall. Läkarna berättade att det var mycket vanligt att pågående behandlingar avslutades när en patient skrevs ut till korttidsvård. Exempelvis ersattes intravenös antibiotikabehandling eller näringsdropp med tablettbehandlingar. Det var också vanligt att personer som hade infektioner där antibiotikabehandlingen ännu inte hade visat tecken på att ge någon effekt skrevs ut till korttidsboenden. Många läkare ifrågasatte om dessa personer var utskrivningsklara, inte minst med tanke på det begränsade medicinska ansvaret de hade.

En del ansåg att de flesta inte var utskrivningsklara. En av läkarna sa, *det är ganska mycket fram och tillbaka. Jag tycker synd om patienterna. Enligt mig skrivs de ut för tidigt. De klarar några dagar här och så är de tillbaka igen på sjukhuset.* Enligt en annan av läkarna var det vanligt att de som fick korttidsvård, tiden närmaste före hade vårdats på sjukhus vid upprepade tillfällen. En tredje läkare sa, *att man inte kan förvänta sig att våra äldre blir friska på fem dagar och kan återgå till hemmet.* Ett minimikrav för att kunna återgå till hemmet var enligt flera läkare, att kunna resa sig från sängen och gå till toaletten. Det kunde inte alltid de som kom till korttidsboende.

En läkare beskrev en äldre man som han hade skrivit in samma dag och som han inte ansåg var färdigbehandlad. Mannen hade haft hjärtinfarkt, influensa och hade nu lunginflammation med nedsatt allmäntillstånd. I journalen från sjukhuset framgick att han dagen innan hade varit så trött att han hade somnat mitt under ett samtal med en läkare. *Då tycker inte jag att han är färdigbehandlad,* sa läkaren.

De tidiga eller för tidiga utskrivningarna från slutenvården gjordes enligt läkarna ofta när det var brist på vårdplatser på sjukhuset. Det fanns enligt dem också krav från sjukhusens ledning att snabba på vården.

Svårt att få fram aktuella läkemedelslistor

I alla intervjuer uppmärksammades problem med att få fram en aktuell läkemedelslista för dem som kom från sjukhus. Enligt reglerna ska de ha med sig både en aktuell läkemedelslista och läkemedel fram till nästa läkarbesök. Enligt de intervjuade var det också bra om de nyanlända hade med sig recept. En av de intervjuade sa, *i alla fall hälften kommer utan en uppdaterad läkemedelslista, utan att några recept är skrivna, APO-dos är inte uppdaterad och epikrisen är heller inte med. I bästa fall har korttidsboendet fått en sjuksköterskeuppdatering.* Svårigheterna berodde bland annat på att läkarna inom primärvården och slutenvården använde olika program för läkemedelsdistribution.

Det vanligaste var att de som kom från sjukhus hade med sig läkemedel för två eller tre dagar. Under den tiden gällde det för korttidsboendets sjuksköterska och läkare att få fatt på den aktuella läkemedelslistan för att kunna skriva ut recept och hämta ut medicinerna. Intervjuerna visade att det kunde vara både svårt och tidsödande. I TakeCare fanns det exempelvis ofta flera läkemedelslistor och det gick inte att se vilken, som var den aktuella. En av sjuksköterskorna sa, *det är ingen ordning på läkemedelslistorna. Det kan finnas flera. Det kan finnas medicin som*

inte är aktuell. [...] Det är inte alltid, som de som kommer, vet vilken medicin han eller hon har. I praktiken innebar det, förutom risken att de som fick korttidsvård inte fick rätt läkemedel, också en risk att patienternas aktuella läkemedelslista inte hade använts på sjukhuset och att den risken också fanns när de skrevs ut.

När de väl hade fått fram rätt läkemedelslista återstod för sjuksköterskorna att lösa problemet att få medicinerna levererade till korttidsboendet. Här var det oklart vem som ansvarade för att hämta ut läkemedlen. Var det sjuksköterskan, någon annan av korttidsboendets personal eller anhöriga? En sjuksköterska sa; *alla äldre har inte någon som kan hjälpa dem att ta hit läkemedlen. [...] Ofta är de i behov av många läkemedel. Det är ofta det som krånglar. Det borde vara så enkelt. Det vore bra att ha ett läkemedelsförråd med blodtrycksmediciner med mera, men det får vi inte ha. Det skulle underlätta. Då skulle vi inte behöva vara så nervösa över alla läkemedel som vi inte får tag på.*

Medicinska utredningar på korttidsboendet

När en person kom till korttidsboende efter sjukhusvård överfördes ansvaret för den fortsatta medicinska vården till korttidsboendets läkare. Den bristande kunskapen om vilken vårdform ett korttidsboende var inom slutenvården menade de intervjuade läkarna bidrog till detta. En framhöll att; *korttidsboende bara ska vara en kort tid, som patienterna behöver för att återhämta sig [...]. För dem som får korttidsvård ska vi egentligen inte bedriva några utredningar. Det är inte akut.* Trots att de var listade hos sin ordinarie husläkare var det vanligt att läkarna i slutenvården skickade remisser om fortsatta medicinska uppföljningar och utredningar till korttidsboendets läkare. De kunde också få remisser om demensutredningar för personer som bedömdes behöva en plats i ett demensboende. Flera av de intervjuade läkarna uppehöll sig vid oklarheten om hur långt deras ansvar sträckte sig.

Ett annat dilemma kunde uppstå om en läkare hade påbörjat en utredning och patienten flyttade från korttidsboendet innan den var avslutad. Flera läkare ansåg att det kunde vara ett problem att de inte kunde påverka vårdtiden. De ansåg också att det kunde vara svårt att ta ställning till medicinering, när de inte visste om de skulle kunna följa upp en ordination. *Man rapporterar till nästa läkare, men det är ovisst när uppföljningen görs.* Några berättade att de vid enstaka tillfällen, med tanke på en patients hälsotillstånd, hade kontaktat en biståndsbedömare för att skjuta upp en utskrivning. Det var inte alltid de hade lyckats.

Samarbete mellan läkare och sjuksköterskor

Samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor fungerade i allmänhet bra. Läkarna kände stort förtroende för sjuksköterskorna. Flera betonade dock vikten av god kontinuitet bland sjuksköterskorna. De ansåg att korttidsboenden med en stabil sjuksköterskegrupp fungerade mycket bättre och att det var avgörande för tryggheten för de boende, kvaliteten på vården och omsorgen och den medicinska säkerheten.

Både läkare och sjuksköterskor hade tankar om förläggningen av sjuksköterskornas arbetstider. En vanlig uppfattning bland sjuksköterskorna var att det bidrog till god kontinuitet att de arbetade kontorstid. De tyckte att samarbetet med de

ambulerande teamen fungerade bra i och med att de planerade och förberedde deras insatser.

Enligt intervjuerna med läkarna var det en högre medicinsk säkerhet när det fanns sjuksköterska på plats dygnet runt. Flera av läkarna hade erfarenhet av att tidigare ha arbetat på äldreboenden bemannade med sjuksköterska dygnet runt. En såg framförallt ett behov av att ha sjuksköterskor på plats fram till klockan 22.00. På natten var situationen enligt henne oftast lugnare. En annan läkare som föredrog bemanning med sjuksköterska dygnet runt sa att i vanliga särskilda boenden kunde bemanningen med sjuksköterska dagtid fungera: *Men inte om det finns svårt sjuka med instabila tillstånd som snabbt kan förändras eller döende.* Så var det i allmänhet enligt henne på ett korttidsboende.

Bemanningen med sjuksköterska påverkade också vilka som kunde få korttidsvård. En av de intervjuade sa; *kommunen ska erbjuda vård- och omsorg efter individuella behov men nu är det mer som om vården erbjuds efter personalens arbetstider.* Den intervjuade kände till att tiderna för exempelvis injektioner hade anpassats efter sjuksköterskornas arbetstider.

De tider på dygnet när det inte fanns en sjuksköterska på plats innebar enligt flera av de intervjuade läkarna att de inte fullt ut kunde göra medicinska bedömningar. Erfarenheten var att de ambulerande sjuksköterskorna inte alltid kom ut när personal ringde. De kunde vara upptagna i något annat av de särskilda boenden som de ansvarade för. Läkarna framhöll vikten av att i en akut situation kunna ta del av den aktuella omvårdnadsjournalen. Den hade bara sjuksköterskorna tillgång till. Ytterligare svårigheter var att all vård- och omsorgspersonal inte alltid behärskade svenska språket. Något som kunde försvåra för dem att i telefon beskriva en situation för en jourhavande sjuksköterska eller läkare. En annan risk med att sjuksköterskor inte var på plats var enligt en av läkarna att användningen av *vidbehovsmediciner* inte alltid gjordes på rätt indikationer.

Sjuksköterskorna ansåg att kontakterna med läkarna fungerade bra. Det var lätt att få kontakt med dem per telefon.

Korttidsvårdens uppdrag inte känt i omvärlden

Läkarna och sjuksköterskorna, hade i de flesta avseenden en gemensam uppfattning om korttidsboendets uppdrag. Flera liknade funktionen vid en *mellanlandning* under en period när en äldre person inte klarade att bo hemma. Det som varierade var i första hand i vilken utsträckning och på vilket sätt rehabilitering ingick.

Inställningen hos både sjuksköterskorna och läkarna var att det var viktigt att korttidsboenden kunde ta emot nya personer med kort varsel. En förutsättning för att vårdkedjan ska fungera var enligt dem att det fanns tillgängliga slutenvårdsplatser för akut sjuka personer. I Norrtälje hade cheferna för geriatriken och kommunens olika boendeformer ett kontinuerligt samarbete med målsättning att i så hög utsträckning som möjligt använda alla platser.

Flera av läkarna upplevde däremot att kunskapen, framförallt inom slutenvården, om vilken vårdform korttidsvård är, var bristfällig. Det gällde både vilken vård- och omsorg de kunde ge och vilka resurser som fanns där i form av bemanning med medicinsk personal, möjligheter att få rehabilitering med mera. Det framkom enligt dem, av de remisser som ofta följde med patienterna från slutenvården och som innehöll önskemål om fortsatta medicinska utredningar och uppföljningar. De geriatriska klinikerna upplevdes dock ha större kännedom om korttidsvården än den övriga akutsjukvården.

Intervjuerna visade också att det var vanligt att anhöriga ofta hade förväntningar som korttidsboendena hade svårt att infria. Det gällde framförallt möjligheterna att få rehabilitering, där informationen som de hade fått vid utskrivningen från sjukhuset inte alltid visade sig stämma.

Vilka sjukvårdsinsatser görs?

De som kom från sjukhus fick mest sjukvårdsinsatser och de som hade växelvård/-avlösning fick minst. Tabell 12 visar att nästan alla som fick korttidsvård hade någon form av läkemedelsbehandling. Behandling av smärta var vanligt.

Tabell 14. Vilka sjukvårdsinsatser fick de som fick korttidsvård den 29 november 2017. Flera alternativ kunde anges. n=415.

Sjukvårdsinsatser:	Från sjukhus	%	Växelv/ Avlösning	%	Annan orsak	%	Summa
Behandling av sår	38	19	16	10	4	8	58
Läkemedelsbehandling	199	97	147	93	46	90	392
Rehabinsatser av fysioterapeut/ arbetsterapeut	115	56	25	16	10	20	150
Rehab på delegation	108	53	50	31	17	33	175
Smärtbehandling	120	59	50	31	13	26	183
Injektioner	38	19	19	12	3	6	60
Näring intravenöst	1	1	1	1	0		2
Dialysbehandling	2	1	0		0		2
Blodtransfusioner	2	1	0		0		2
Annan sjukvårdsinsats*	6	3	3	2	1	2	9

*Tät tillsyn pga. nytt läkemedel, KAD, Waranbehandling, kompressionslindning, sondmatning, njursten.

Intervjuerna visade att möjligheterna att ge olika medicinska behandlingar var relativt likartade. Det framkom också att sjuksköterskor och läkare ansåg att det med tanke på patienternas situation var viktigt att de kunde ge de boende olika medicinska behandlingar på plats för att om möjligt undvika slutenvård. De behandlingar som förekom var alla typer av intravenösa behandlingar, olika infusioner, sårvård, behandling av kol, andningsproblem, hjärtsvikt, smärta, sömnbesvär, urinvägsinfektioner och blodtransfusioner. Bemanningen med sjuksköterskor begränsade när under dygnet olika behandlingar kunde ges och därmed också vilka personer som kunde få korttidsvård.

Omfattningen av läkarinsatserna

En av läkarna ansåg att behoven av läkarvård hos dem som fick korttidsvård var dubbelt så stora som hos dem som bodde permanent i särskilt boende. Enkäten visade (tabell 15) att läkarna hade ändrat ordinationerna för ungefär hälften (47%) av dem som fick korttidsvård efter en sjukhusvistelse. Av tabellen framgår att de som kom hemifrån också hade fått ändrade läkarinsatser men undersökningen ger inget svar på av vilken läkare.

Tabell 15. I vilken utsträckning läkarna ändrade patienternas ordinationer eller remitterade patienter som fick korttidsvård till slutenvården.

Läkarinsatser	Från sjukhus	%	Växelvård/ avlösning	%	Annan orsak	%	Summa	%
Ändrade insatser	96	47	14	9	17	33	127	30
Remiss till slutenvård	32	16	7	4	3	6	42	10

Enkäten visade också att läkarna remitterade omkring 15 procent av patienterna till slutenvården. Ofta gällde det konsultationer av en specialist. Även i intervjuerna framkom att personer remitterades tillbaka slutenvården. Läkarna och sjuksköterskorna var eniga om att det inte var bra för sköra äldre. Framförallt inte för personer med kognitiv svikt eller demenssjukdomar. Intrycket var att antalet personer som skickades tillbaka varierade mellan olika korttidsboenden.

Orsaken till att någon skickades tillbaka till slutenvården var att hälsotillståndet hade försämrats. Uppfattningen var att de som skickades tillbaka, oftare kom från akutsjukvården än från geriatriken. En läkare sa att *nyligen hade vi en jättesjuk patient som kom från sjukhus. Hennes tillstånd försämrades. Hon behövde blodtransfusion, hon hade anemi, smärtor med mera. Hon skickades tillbaka till sjukhuset och kom sedan tillbaka för palliativ vård.*

Det hände också enligt en av de intervjuade läkarna att anhöriga krävde att deras närstående skulle skickas tillbaka till sjukhuset. Orsaken kunde exempelvis vara missnöje med de resurser som fanns på korttidsboendet. Ofta saknade de möjligheter att få rehabilitering. *De flesta patienter tror att de kommer till ett ställe där de kan få samma typ av insatser som på geriatriken med fortsatta utredningar och fortsatt rehabilitering.*

En del av läkarnas arbete var att ha kontakt med anhöriga. En berättade att anhöriga ofta kontaktade honom för att få information om den närståendes hälsotillstånd redan första eller andra dagen. Ibland innan han hade hunnit träffa patienten. Anledningen var att anhöriga inte riktigt hade förstått eller tagit in den information som de hade fått på sjukhuset. En av de intervjuade upplevde också att de som fick korttidsvård inte alltid hade fått svar från läkarna på sjukhuset på de frågor de hade om sin hälsa, något som kunde bidra till oro.

Medicinsk utrustning

Korttidsboendenas läkare hade tillgång till en mycket begränsad teknisk utrustning. Det som alltid fanns var stetoskop och blodtrycksmätare. De hade också möjligheter att ta olika prover, men kunde oftast inte få dem snabbt analyserade, vilket begränsade möjligheterna att ställa en snabb diagnos.

Några hade en CRP- mätare⁸ för att säkrare kunna ställa diagnos på infektioner. De som inte hade någon ville gärna att det skulle finnas. Nästan alla önskade att de hade tillgång till en bladderscan⁹. Det skulle innebära snabbare och behagligare undersökningar av urinblåsan och även bidra till färre besök inom slutenvården. En läkare sa, *ibland måste vi skicka in en patient för urinstämna. [...] Hur klokt är det. [...] Jag menar att det är svårt med en dement person som är orolig. Det skulle kunna fungera, hur enkelt som helst, med en bladderscan*. Syrgas fanns inte på plats men kunde beställas individuellt. Flera korttidsboenden hade ett litet buffertförråd med läkemedel som de kunde använda akut. Andra saknade tillgång till preparat som det var vanligt att de som fick korttidsvård var ordinerade.

Rehabilitering

Tabell 14 (sid 28) visar att en tredjedel av samtliga fick rehabilitering av en fysioterapeut¹⁰ eller arbetsterapeut och drygt 40 procent fick rehabilitering på delegation¹¹ av vård- och omsorgspersonal. De som fick mest rehabilitering, drygt hälften, var de som fick korttidsvård efter slutenvård.

Intervjuerna visade att resurserna för rehabilitering varierade. Även hur de beskrev på vilket sätt de boende kunde få rehabilitering varierade. Det var fysioterapeuter och arbetsterapeuter som utformade individuella arbetsplaner, men det varierade i vilken utsträckning de medverkade i träningen eller om de delegerade de uppgifter till vård- och omsorgspersonalen. En läkare sa att, *de har inte de resurserna att de kan träna dagligen*. En annan av de intervjuade sa att den tidigare inriktningen på rehabilitering hade försvunnit. *Förr var det mer att man kom hit och tränade*. Målsättningen för rehabiliteringen varierade också. Vardagsrehabilitering¹² och mobilisering var begrepp som användes i flera korttidsboenden. Det vanligaste var att träningen var en del av den dagliga omvårdnaden och att den utfördes av vård- och omsorgspersonalen.

Flera läkare ansåg att rehabiliteringen var otillräcklig. De som fick korttidsvård efter en stroke kunde ha behov av avancerad rehabilitering, men det ingick inte i

⁸ En CRP-mätare kan bland annat användas för att undersöka om någon har en infektion eller en inflammation i kroppen.

⁹ En bladderscan är en portabel och användarvänlig ultraljudsmätare som snabbt mäter volymen i urinblåsan.

¹⁰ Fysioterapeut är en ny titel för sjukgymnaster

¹¹ Fysioterapeuter och arbetsterapeuter utformar individuella behandlingsprogram som de delegerar till vårdpersonal att genomföra.

¹² Med vardagsrehabilitering menas insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (SOSFS 2007:10).

uppgdraget. En läkare ansåg att det var en *mager rehabilitering*, som de erbjöd och önskade att de skulle kunna ge patienterna möjlighet att bygga upp sin muskulatur ytterligare för att bland annat förebygga fall. *De som har haft frakturer, de skulle kunna bli återställda om de fick träning*. När det gällde möjligheten att få rehabilitering kunde det enligt några av de intervjuade vara en fördel att bo hemma och få hjälp av landstingets hemrehabiliteringsteam istället för att vara i ett korttidsboende.

Hälso- och sjukvården för dem som kom hemifrån

Det nuvarande avtalet för läkarinsatser innebar att förutsättningarna för att få hälso- och sjukvård för dem som kom till ett korttidsboende från sjukhus var annorlunda än för dem som kom direkt hemifrån.

Intervjuerna med läkare och sjuksköterskor visade att det i princip alltid var svårt för sjuksköterskorna att få tag på de ordinarie husläkarna. Det var heller inte ovanligt att de som kom till korttidsboende direkt hemifrån inte hade någon aktuell läkarkontakt eller inte hade valt husläkare. Det medförde att dessa personer hamnade i ett ingenmansland, när det gällde möjligheten att få kontakt med en läkare. Speciellt problematiskt var det när det behövdes akuta insatser. Sjuksköterskorna var då hänvisade till den ordinarie sjukvården. En av läkarna ansåg att det skulle vara säkrare om sjuksköterskorna hade ett direktnummer till jourhavande läkare. En av sjuksköterskorna sa, att bestämmelserna är sådana att vi ska skicka sjuka personer till akuten.

Men om någon är extra orolig. Hur ska man få tag på vid behovsmedicin¹³. [...] Det är hemskt egentligen. Att vi behöver skicka en person en fredagskväll, om någon är extra orolig eller utåtagerande. [...] En person, som inte går att lugna ner. Om vi skickar till akuten får personen sitta och vänta i timmar det är förskräckligt.

För dem som hade växelvård eller avlösning fungerade i allmänhet hälso- och sjukvården bättre, men även här fanns exempel där både läkare och sjuksköterskor från korttidsboenden fick ägna mycket tid åt att få kontakt med personal på vårdcentraler. Det var också vanligt att de som växelvårdades ville ha hjälp med olika hälso- och sjukvårdsinsatser när de var i korttidsboendet. Exempelvis att byta eller spola katetrar. En av de intervjuade sa:

Vi är ju här och det blir smidigt. [...] Vi har ju en läkare här varje vecka. Vi har sjuksköterska här hela dagarna. Vi kan göra sådana utredande saker, som man inte gör lika lätt på en vårdcentral eller i hemmet. Ur den synvinkeln är det bra. Men det ingår inte i uppgdraget. För oss är det svårt att dra en gräns. Vi vill ju hjälpa. Det är ofta vi går in och gör saker som inte ingår i uppgdraget.

¹³ Läkare kan ordinera läkemedel, som en sjuksköterska får avgöra när en patient behöver ta.

Läkarnas begränsade ansvar i avtalet ifrågasattes

Korttidsboendenas läkare och sjuksköterskor hade synpunkter på att läkarna enbart hade det medicinska ansvaret för dem som fick korttidsvård efter att ha vårdats på sjukhus. Det var ett förhållande som de tyckte var problematiskt och innebar medicinska risker för de som kom till korttidsboendet hemifrån. Tidigare hade läkarna ansvaret för alla som fick korttidsvård, men uppdraget hade ändrats i samband med att avtalen om läkarvård förnyades. Förändringen hade motiverats med att det skulle bli större kontinuitet om den ordinarie husläkaren behöll ansvaret. En sjuksköterska sa att *tidigare hade vi kontroll över alla boendes hälsotillstånd, [...] nu är det inte så och det är en nackdel*. Hon ville byta tillbaka för att det var säkrare för patienterna.

Det begränsade läkaruppdraget, kunde också vara frustrerande för läkarna när de såg att en boende inte mår bra och var i behov av läkarvård. Ett exempel gällde en person som kom till ett korttidsboende hemifrån och var i ett palliativt tillstånd. Den ansvariga läkaren från vårdcentralen besökte inte personen och ordinerade inte heller de nödvändiga läkemedlen trots påstötningar från korttidsboendet. Följden blev att personen fick åka in till akuten, men blev inte inlagd där trots sitt dåliga hälsotillstånd. Dagen efter avled personen.

Flera av de intervjuade läkarna valde därför att informellt ta det medicinska ansvaret även för dem som kom direkt från hemmet. Det innebar bland annat att de undersökte alla nyinflyttade. De tyckte att det underlättade att de kände till dem om de skulle behöva göra någon akut insats, exempelvis att ordinera ett läkemedel. De praktiska svårigheterna för korttidsboendenas sjuksköterskor att ha kontakt med de ordinarie husläkarna bidrog också till att en del läkare tog på sig detta ansvar. Läkarna berättade att deras chefer inte ville att de skulle engagera sig i de personer som inte omfattades av deras avtal.

Vårdtiden i korttidsboende

Kommunernas och stadsdelsförvaltningarnas inställning till korttidsvård varierade. Det visade sig i hur långa vårdtider som de beviljade. En del kommuner/stadsdelsförvaltningar var mer generösa med att bevilja korttidsvård och under längre perioder medan andra hade en uttalad restriktiv policy. Det framgår av enkäten. De kortaste var några enstaka dagar och den längsta betydligt längre. Av tabell 17, framgår att de flesta som hade kommit till korttidsboende från sjukhus hade varit där en dryg månad (35 dagar). Vårdtiden för dem som fick korttidsvård av *annan orsak* var betydligt kortare; 15 dagar. Tabellen visar också att de som växelbodde vanligtvis stannade två veckor åt gången.

Tabell 16. Vårdtiden för dem som fick korttidsboende den 2017-11-29. n=415.

	Efter sjukhusvård	Växelvård/ Avlastning	Annan anledning
Mediantid	34	48	28
Faktisk tid*	35	14	15

* där både start och stoppdatum angavs

För korta och för långa vårdtider

Flera av de intervjuade hade synpunkter och tankar om vårdtidens längd. Det fanns erfarenheter både av för korta och för långa vårdtider.

I de fall där en person stannade två veckor kunde det vara svårt att hinna utreda hjälpbehoven och anpassa bostaden. En läkare berättade om en kvinna som skulle flytta hem följande dag. Hon hade haft en fraktur och fick under de kommande fem sex veckorna inte lyfta på fötterna. Arbetet med att ta bort trösklar i lägenheten var inte klart. Hennes möjlighet att följa den ordinationen var enligt läkaren därmed liten. Den omständigheten hade inte ändrat beslutet att hon skulle skrivas ut.

En annan situation där vårdtiderna upplevdes som korta gällde personer med kognitiv svikt eller en icke utredd demenssjukdom. De var ofta i dåligt skick när de kom till korttidsboendet. De klarade sig enligt läkaren inte med hemtjänst eftersom de var helt passiva och saknade förmåga att ta egna initiativ. De intervjuade ansåg att en relativt stor grupp av dem som kom till korttidsboende hade så stora omvårdnadsbehov att de inte kunde klara sig hemma och behövde få komma till ett särskilt boende.

En av de intervjuade ansåg att vårdtiden inte bör vara längre än 3 månader med tanke på risken att bli hospitaliserad. En annan sa,

Det viktigaste för oss är att man inte är här längre än man behöver. Det är inte bra att bli kvar för att kommunen inte har några platser i särskilt boende eller för att man inte har en vårdplanering i tid. Då har vi inte lyckats.

Ofta var det väntan på bostadsanpassning eller särskilt boende som bidrog till att förlänga vistelserna. En annan faktor som bidrog till långa vårdtider, var att kommunerna inte hade någon aktiv uppföljning av dem som fick korttidsvård. En orsak var att biståndshandläggarna hade mycket att göra och att korttidsvård då kunde bli en tillfällig lösning i en akut situation.

I två av de undersökta kommunerna pågick ansträngningar för att korta ner vårdtiderna. Målet var att förbättra tillgången på korttidsplatser. I de båda kommunerna hade personalen i korttidsboendet och biståndshandläggarna börjat samarbeta för att snabbare skriva ut boende. I en av kommunerna var det några biståndshandläggare som enbart arbetade med dem som fick korttidsvård.

Vad skulle hända efter korttidsvården?

Intervjuerna visade att den kanske viktigaste uppgiften för korttidsvården var att utreda vilka insatser de som fick korttidsvård skulle behöva i framtiden. Det fanns i allmänhet riktlinjer för korttidsvården, som bland annat föreskrev att de boende skulle ha en genomförandeplan. Innehållet i den grundades ofta på bedömningar av de boendes funktionsförmåga där fysioterapeut och arbetsterapeuter hade en central roll. Bedömningarna kunde användas i planeringen av framtida hjälpinsatser och vid vårdplaneringar i samband med utskrivning. En sjuksköterska sa att, *tanken med korttids är att vi ska hjälpa till att göra alla bedömningar så att*

biståndshandläggaren med lätthet ska kunna välja vilken sorts boende personen borde få eller klarar av. Så vi gör alla bedömningar som finns, gångbedömning, funktionsbedömning, fallrisk. Även risk för undernäring.

Av tabell 16, framgår att de flesta, knappt hälften, av dem som fick korttidsvård den 29 november skulle återvända hem. En dryg tredjedel väntade på att flytta till ett särskilt boende.

Tabell 17. Planerna för vad som skulle hända efter korttidsvården för dem som var där 2017-11-29. N=

Efter korttidsvården	Från sjukhus	%	Växel-vård	%	Annan orsak	%	Summa	%
Åter till hemmet	57	28	137	86	5	10	198	48
Skulle flytta till särskilt boende	102	50	16	10	31	61	150	36
Ej bestämt	24	12	2	1	9	18	35	8
Vet ej	22	11	2	1	6	12	32	8
Saknas uppgift			2	1				
Summa	205	100	159	100	51	100	415	100

Inom de tre kategorierna varierade förhållandena. Bland dem som hade vårdats på sjukhus skulle hälften flytta till särskilt boende och drygt en fjärdedel flytta hem. För de övriga fanns det ännu inte någon plan.

Nästan alla som fick växelvård eller avlastning skulle åka hem igen. För de övriga, ca tio procent som kom direkt från hemmet, skulle hälften tillbaka till sin bostad och en dryg tredjedel flytta till ett särskilt boende.

Majoriteten av de intervjuade ansåg att många av dem som fick korttidsvård var personer som inte längre klarade av att bo i ordinärt boende på grund av kognitiva funktionsnedsättningar eller en demenssjukdom och kände ibland oro för att de som flyttade hem skulle fara illa. En sjuksköterska sa, *så sitter biståndshandläggarna och lovar olika saker, men det finns ingen realism i det hela. De måste se verkligheten. De måste förstå att det inte alltid går att hjälpa med hemtjänst.*

DISKUSSION

Varje år får omkring 12 000 personer i Stockholms län korttidsvård. Cirka hälften av dem kommer direkt från slutenvården och motsvarar bara några få procentandelar av dem som skrivs ut från sjukhus efter en vårdplanering.

Majoriteten har hög ålder och omfattande vård- och omsorgsbehov. Att äldre personer som har vårdats på sjukhus kan ha behov av en tids återhämtning är inget nytt.

Vården och omsorgen om äldre förutsätter att kommunerna och landstingen samarbetar. Deras ansvarsområden kompletterar varandra och tanken är att äldre ska ha tillgång till den service, vård och omsorg som de behöver. Kommunerna och landstinget i Stockholms län har ett gemensamt intresse av att ha tillgång till korttidsvård. Den fungerar som en buffert och kan med kort varsel ta emot personer som skrivs ut från slutenvården som av någon anledning inte klarar av att bo hemma.

Med den här studien ville hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting få mer kunskap om behoven av läkarvård och hur den fungerar i de korttidsboenden som finns i Stockholms län. Frågan är svår att besvara utan att också belysa andra förhållanden som på ett avgörande sätt påverkar korttidsvården.

Vad är egentligen ett korttidsboende?

Under de dryga 25 år som det har funnits korttidsboenden har innehållet förändrats och framstår idag som oklart. Eftersom det inte finns några lagar som specifikt reglerar korttidsvården, varierade innehållet. Kommunerna använde också korttidsvård i olika utsträckning. Det var hela åtta gånger vanligare i den kommunen som använde vårdformen mest än den som använde den minst. En del kommuner hade relativt många platser i egen regi, medan andra inte hade några alls. De kommunerna köpte istället korttidsvård av privata utförare. Kommunerna hade också olika policy för hur länge de beviljade korttidsvård. Perioderna kunde variera från enstaka veckor till ett halvår eller längre.

Även när det gällde nivån på hälso- och sjukvården och i vilken utsträckning rehabilitering ingick framkom skillnader hur de olika vårdgivarna såg på korttidsvården. Nivån avspeglade sig i bemanningen med sjuksköterskor och paramedicinsk personal.

Korttidsboendets läkare och sjuksköterskor uppfattade att det fanns en okunskap om nivån på korttidsvårdens hälso- och sjukvård inom slutenvården. Innehållet i remisserna från sjukhusen visade att läkarna förutsatte att möjligheterna att ge medicinsk vård var betydligt större än vad de är. Även kommunernas biståndshandläggare tycktes ibland sakna tillräckliga kunskaper om vilken vård och omsorg som korttidsvården kan ge och om vilka behov av medicinsk vård utskrivningsklara personer kan ha.

Förutsättningarna för hälso- och sjukvården

I alla särskilda boenden inklusive korttidsboenden har läkare och sjuksköterskor ett nära och konkret samarbete angående enskilda patienter. För att det delade ansvaret för hälso- och sjukvården ska fungera krävs tydliga uppdrag om vad som ska uppnås, tydliga roller och gränser för vem som gör vad.

Drygt hälften av dem som får korttidsvård kommer från sjukhus och blir patienter hos korttidsboendets läkare. Intrycket var att läkarvården för dem fungerade bra utifrån de förutsättningar som fanns. Det framkom dock förhållanden som på olika sätt försvårade arbetet både för läkarna och sjuksköterskorna och bidrog till att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet hade brister.

Den andra hälften av de korttidsvårdade kom hemifrån och för dem behöll husläkarna det medicinska ansvaret. Eftersom husläkarna inte alltid engagerade sig i de patienter som fick korttidsvård, fungerade inte läkarvården tillfredställande för dem. Det förekom också att de som kom akut hemifrån hade levt isolerade utan några vårdkontakter och det fanns därför ingen husläkare att kontakta. Tanken med det nuvarande läkaravtalet, att korttidsvård inte ska bryta kontinuiteten i en pågående läkarkontakt är helt logisk men konsekvenserna för de enskilda personerna, när sjuksköterskan på korttidsboendet inte fick tag på de ansvariga läkarna eller när de var förhindrade att hjälpa till, var förödande. Att exempelvis bli inskickad till akuten istället för att få hjälp av korttidsboendets läkare innebar att de som kom hemifrån respektive från sjukhus hade tillgång till läkarvård av helt olika kvalitet. Det är svårt att se några fördelar vare sig ur ett vårdetiskt eller ett ekonomiskt perspektiv. Istället leder det uppdelade ansvaret för läkarvården till medicinska risker och en ojämlig vård.

I praktiken innebar korttidsvården ofta en fortsättning på sjukhusvården. När det saknades platser inom slutenvården skrevs patienter ut trots att de inte hade hunnit återhämta sig tillräckligt för att kunna klara sig på egen hand. Följden blev att de som fick korttidsvård hade större medicinska behov än vad korttidsboendena hade resurser för att klara av.

Bemanningen med sjuksköterskor påverkar säkerheten

Med tanke på att personer som inte är medicinskt stabila ofta får korttidsvård är frågan om bemanningen med sjuksköterskor av stor betydelse. En viktig uppgift för dem är att se till att läkarnas ordinationer genomförs. De är också arbetsledare för vårdpersonalen i omvårdnadsarbetet och ansvariga för att de som utför medicinska arbetsuppgifter har de delegationer som krävs.

I de korttidsboenden där sjuksköterskorna arbetar kontorstid, fem dagar i veckan motsvarar tiden som de finns på plats cirka 25 procent av ett veckoschema. Istället finns sjuksköterskor tillgängliga i mobila team. De perioder när någon sjuksköterska inte är på plats är möjligheterna att ge behandlingar som kräver övervakning av medicinsk personal mycket begränsade och läkare kan inte göra några ordinationer. En annan konsekvens är att det är undersköterskor och

vårdbiträden som bedömer när en sjuksköterska eller en läkare ska tillkallas. En uppgift som de yrkesgrupperna inte har tillräcklig kompetens för.

Personalen har då heller inte tillgång till någon arbetsledning på plats. Det är en prioritering som är svår att förstå med tanke på de utmaningar som det kan innebära att ta hand om personer som beväras av smärta, är otrygga eller vårdas i livets slutskede. Sjuksköterskans yrkesroll är förutom deras faktiska kompetens också i hög utsträckning förknippad med trygghet och är därför så viktig, både för de som vårdas och för personalen.

Andra brister i säkerheten

Även antalet patienter som sjuksköterskorna ansvarade för varierade och det var vanligt att de arbetade under tidspress. En stor del av deras arbete gällde de ständiga in- och utflyttningarna som krävde mycket av sjuksköterskornas arbetstid. En del korttidsboenden beskrev svårigheter med att behålla sina sjuksköterskor, vilket påverkade både vårdkvaliteten, tryggheten och säkerheten. I det perspektivet framstår det tidsödande arbetet att få kontakt med olika husläkare för dem som kom hemifrån, som ett allvarligt slöseri med den viktiga resurs som sjuksköterskorna är. När de ansvariga husläkarna dessutom inte alltid var tillgängliga trots att de hade ansvar för patienterna hamnade sjuksköterskorna i svåra dilemman om hur de skulle agera.

Viktigt att ha rätt läkemedelslista

Svårigheterna att få fram rätt läkemedelslista när en person kom från slutenvården innebar en uppenbar risk för felmedicinering. Problemet fanns inte bara när en person kom till ett korttidsboende utan också när de skrevs ut därifrån och även vid andra vårdövergångar. I huvudsak berodde det på att läkare i slutenvården inte använde de rekommenderade elektroniska ordinationsverktygen. En ny lag om en gemensam läkemedelslista, som träder i kraft den 1 juli 2018, kommer förhoppningsvis förbättra situationen. Men även när den nya läkemedelslistan används är det angeläget att riskerna för felmedicinering kontinuerligt följs upp.

De ovanstående exemplen visar hur viktigt det är för den medicinska säkerheten att olika vårdgivare följer de avtal och regler som finns. Att de inblandade vårdgivarna dessutom ofta använde olika dokumentationssystem, som inte var kompatibla bidrog till ytterligare svårigheter vid vårdövergångar. Det fanns också ett behov att förbättra informationsöverföringen mellan korttidsboendenas sjuksköterskor och läkare. De hade med få undantag inte tillgång till varandras journaler, något som inte heller bidrog till en säker vård.

Medicinteknisk utrustning

Tillgången till medicinsk utrustning var också mycket begränsad. Det som fanns överallt var stetoskop och blodtrycksmätare. Med tillgång till ytterligare utrustning skulle fler medicinska insatser kunna göras på korttidsboendet och därmed minska behovet av återremisser till slutenvården. Med den utrustningen på plats snart skulle patienterna slippa att åka till sjukhus för att undersökas och snabbare

kunna få nödvändig behandling på korttidsboendet. Kostnaderna för den utrustningen som läkarna ville ha, en bladderscan och en CPR-mätare ter sig rimliga. Investeringen skulle kunna innebära en samhällsekonomisk besparing men det förutsätter att huvudmännen kommer överens om hur kostnaderna ska fördelas.

Korttidsvårdens roll och funktion

Det är uppenbart att de som fick korttidsvård var i behov av hälso- och sjukvård, omfattande omvårdnadsinsatser, rehabilitering, mat, trygghet och sociala kontakter. Ofta befann de sig i någon form av krissituation där det var osäkert hur tillvaron skulle bli framöver. Förutom vård- och omsorg hade många behov av personligt stöd. I intervjuerna framkom en bild av att de var en hårt prövad grupp äldre som fick korttidsvård. Inte bara de som kom till korttidsboendet från slutenvården utan också de som kom direkt från hemmet. De hade ofta en långt framskriden demenssjukdom och en vanlig uppfattning bland personalen var att de sedan länge hade behövt ha en plats i ett särskilt boende.

Mycket talar för att korttidsvård både var en viktig och adekvat vårdform för de allra flesta med möjligheter till återhämtning för att kunna återvända hem igen. I övrigt hade de olika behov. Det var något som en del korttidsboenden hade tagit fasta på och specialiserat verksamheten. Det fanns korttidsboenden för dem som främst hade fysiska funktionsnedsättningar, för personer med en demensdiagnos och för dem som fick växelvård. Det finns också ett mindre korttidsboende för palliativ vård. Specialiseringen var angelägen och underlättade både för de boende och för personalen. I korttidsboenden med en blandning av boende med olika slags vård- och omsorgsbehov kunde det däremot uppstå olika problem som bidrog till minskad trivsel och sämre vårdkvalitet.

Korttidsboende är också en viktig resurs för de familjer där en make vårdar den andre. Enkätundersökningen visade att de som växelvårdades hade ett omfattande omvårdnadsbehov. Det innebär en risk för att de som vårdade en närstående hade en svår livssituation och behov av återhämtning, som korttidsvård i form av växelvård eller avlösning kan ge.

Nackdelar med korttidsvård?

Vistelsen i ett korttidsboende bör inte vara för lång. Tre månader var en tidsgräns som nämndes men alltför korta vårdtider var heller inte bra framförallt om korttidsvården avslutades innan en person hade hunnit återhämta sig tillräckligt. Långa vistelser var oftast en nödlösning och innebar en risk för hospitalisering, vilket ytterligare kan försvåra möjligheterna återvända hem. För att förhindra att personer *blev kvar* hade två kommuner tillsatt speciella biståndshandläggare som enbart arbetade med dem som fick korttidsvård. Ett annat motiv för det var att förbättra tillgängligheten till korttidsplatserna.

För de som kom från sjukhus blev korttidsvården ytterligare en länk i en kedja av olika vårdformer något som inte var bra framförallt för personer med demenssjukdomar.

Rehabilitering eller inte det är frågan....

På samma sätt som att alla som får korttidsvård inte har tillgång till korttidsboendets läkare är regeln att det är primärvården som ansvarar för rehabiliteringen och att den ska göras i öppenvården inte något som gynnar dem som får korttidsvård.

Att inte ge dem möjligheten att träna fullt ut för att återfå sin funktionsförmåga i så hög grad som möjligt är svårt att förstå med tanke på att rehabilitering kan bidra både till bättre psykiskt och fysiskt välbefinnande och förebygga framtida fallolyckor. Kommunerna och landstinget har mycket att vinna på att erbjuda dem som får korttidsvård, rehabilitering för att de ska ha bästa möjliga förutsättningar för att kunna klara sig i hemmet. Studien på Södermalm i Stockholm (Meinow & Wånell 2011) visade att korttidsvård bidrog till förbättrad rörelseförmåga och livskvalitet, minskat vårdberoende och utan ökade kostnader i jämförelse med dem som inte fick korttidsvård.

Korttidsvården behöver utvecklas

Bristen på ett tydligt rehabiliteringsuppdrag, den låga bemanningen med sjuksköterskor, att alla inte fick vård av korttidsboendets läkare, gav intrycket av att både landstinget och kommunerna hade en ambivalent inställning till korttidsvården och till de resurser som behövdes. Ett exempel var personer som skickades in till akutsjukvården från korttidsboenden för åtgärder som om resurserna hade funnits skulle kunna ha behandlats på plats. På så sätt skulle korttidsboende kunna bidra till ett minskat behov av slutenvård. Med en mer utvecklad rehabilitering skulle dessutom fler kunna återvända hem igen istället för att behöva en plats i särskilt boende.

Ett gemensamt och tydligt uppdrag till länets kommuner angående nivån på vården och omsorgen skulle kunna bidra till att korttidsvården blev en ännu viktigare resurs. Utgångspunkten bör vara behoven hos de som får korttidsvård och att det ska finnas tillräckliga resurser för att ge dem den vård och omsorg som de behöver. Om inte kvarstår svårigheterna att bedriva hälso- och sjukvård som lever upp till de krav på kvalitet och säkerhet som ställs.

Därför är det angeläget att det finns sjuksköterskor på plats även icke kontorstid. Det förbättrar förutsättningarna för läkarnas arbete och bidrar till ökad säkerhet. Av det skälet är det också angeläget att korttidsboendens läkare får ansvar för alla som får korttidsvård och att uppdraget utökas något och anpassas till behoven.

Platsbristen på akutsjukhusen kommer att medföra att äldre skrivs ut ännu snabbare än idag. Fler sjuka och hjälpbehövande äldre bor hemma vilket ökar trycket på anhöriga och därmed behovet av växelvård och avlösningssurserna. Det innebär att både Stockholms läns landsting och länets kommuner behöver utveckla och komplettera vårdformer för äldre som behöver fortsatt vård- och omsorg efter en sjukhusvistelse.

Korttidsvårdens roll, funktion och därmed potential i dagens vård och omsorg om äldre är oklar. I det perspektivet är det angeläget att förutsättningarna för en säker vård och omsorg förbättras. För det behövs främst en högre sjuksköterskebemannning, en gemensam läkare och ett tydligt ansvar för rehabilitering.

Den öppna hälso- och sjukvården fungerar inte optimalt för dem som har stora vård- och omsorgsbehov, funktionsnedsättningar och svårt att själva ta sig till vårdcentraler och sjukhus. Därför är det en viktig fråga hur vården och omsorgen ska utformas för dem som skrivs ut från korttidsvården och för sköra äldre som bor hemma. Utgångspunkterna bör vara ett nära samarbete mellan en väl fungerande primärvård och hemtjänst, anpassade efter de äldres behov.

REFERENSER

- Gens, K., Lindgren, E. (2010). *Granskning av korttidsvård för äldre. Västerort Dnr 113-295/2010 Söderort Dnr 113-297/2010, Innerstaden Dnr 113-018/2011 S Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Stockholm. Sydvästra stadsdelarna Dnr 113-005/2011. Stockholm.*
- Inspektionen för vård och omsorg (2017). *Att skapa goda förutsättningar. Tillsyn av samverkan och kompetens på korttidsboenden.* Stockholm.
- Hjalmarson, I. (2010). *Anhörigstöd en livlina. Utvärdering av Sundbybergs stads stöd till anhöriga som vårdar närstående.* Rapport 2010:1: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Stockholm.
- Hjalmarson, I. Österman, J. (2010) *Doktorn kommer men vad kan hon göra?* Rapport 2010:12.
- Meinow, B., Wånell, SE. (2011). *Korttidsplats – en vårdform som söker sitt innehåll.* Rapport 2011:6: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stockholm.
- Norman, E (2009). *Ingenting är omöjligt.* Rapport 2009:1 Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stockholm.
- Regeringen (2018). *Nationell läkemedelslista* Lagrådsremiss.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet. Stockholm.
- SFS 1990:1404. *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.* Socialdepartementet. Stockholm.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlagen- Socialdepartementet. Stockholm.
- SFS 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.*
- Socialstyrelsen (2008). *Kallelse till samordnad vårdplanering – hur gick det sedan?* Socialstyrelsen. Stockholm.
- Socialstyrelsen och SKL (2008). *Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007.* Stockholm.
- Socialstyrelsen (2013). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg.* Rapport. Socialstyrelsen. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2018). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2018.* Socialstyrelsen. Stockholm.
- Sonde, L. (2018). *Äldres resa till, genom och ut från sjukhus i Stockholms län. En lägesbeskrivning inför lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.* Rapport 2018:1: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stockholm.
- Svenska kommunförbundet och Vårdförbundet (2000) *Utveckling av kommunal hälso- och sjukvård.* Stockholm

Weurlander, I., Wånell, SE (2011). *Sköra länkar i vårdkedjan*, Rapport 2011:02
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stockholm.

Övriga källor

Stockholms stad, Dnr: 3.1-517/2017. *Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg. Handläggning av bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS till personer 65 år och äldre.*

Stockholms läns landsting. *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, (2017) Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval; Läkarsatser i särskilt boende för äldre.*

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre samt personer med fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller autismspektrumstillstånd samt för personer med förvärvad hjärnskada eller annan kognitiv svikt 2009.

Korttidsboende är en form av särskilt boende som i Stockholms län bedrivs av både kommuner, privata företag och stiftelser. I korttidsboendet ansvarar kommunen för hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå och landstinget för läkarvård och rehabilitering. Vanliga skäl till korttidsvård är behov av återhämtning efter sjukhusvistelse, väntan på plats i särskilt boende, utredning av framtida behov och växelvård/avlösning.

Äldrecentrum genomförde år 2017 en enkätundersökning. Av 59 tillfrågade korttidsboenden med 741 platser besvarades enkäten av 52 korttidsboenden med 591 platser. Enkäten kompletterades med 26 intervjuer med läkare och sjuksköterskor vid korttidsboenden samt chefer, biståndshandläggare och andra tjänstemän.

Resultaten av studien visade på stora vård- och omsorgsbehov och omfattande fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar hos dem som fick korttidsvård. Dessa hade inte kunnat klara sig i hemmet ens med omfattande hemtjänst. Störst behov av vård och omsorg fanns hos dem som kom från sjukhus eller hade växelvård.

Undersökningen visar också på stora skillnader mellan olika kommuners användning av korttidsvård, där bland annat tillgången på lediga platser i särskilt boende och på sjukhus hade betydelse.

Korttidsvården anses betydelsefull, men dess roll och uppdrag i vården och omsorgen om äldre framstår som oklar. I det perspektivet är det angeläget att förutsättningarna för korttidsvården förbättras. Det som främst behövs är en högre sjuksköterskebemanning, en gemensam läkare och ett tydligt ansvar för rehabilitering.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg.

