



# KORTTIDSPLATS

## - vårdform som söker sitt innehåll

Bettina Meinow  
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:6 ISSN 1401-5129

# FÖRORD

Denna rapport har en lång historia. Det började 2006 när dåvarande Maria-Gamla stans stadsdelsnämnd beslöt att en ansökan skulle göras om statliga stimulansmedel med syfte att *”förstärka insatserna för äldre som vid utskrivning från akutsjukhuset har behov av en kortare tids återhämtning/rehabilitering innan återkomsten till hemmet. Det finns behov av någon form av mellanvård där de mest sjuka äldre kan vara några veckor.”* Stadsdelsförvaltningen kontaktade Äldrecentrum, som såg förutsättningar för att studera ett område där det dittills fanns mycket lite kunskap.

Äldrecentrum tog underhandskontakt med Socialstyrelsen, som var intresserad av att få en bredare belysning av alla som skrivs ut från slutenvård. Detta kom att bli en del av studien. En annan del blev en randomiserad studie, dvs. en studie med en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Denna delstudie bedömde Institutet för metodutveckling i socialt arbete, IMS, vid Socialstyrelsen så intressant att IMS sköt till ytterligare medel för att på sikt få vetenskaplig publicering av resultaten.

En tredje ingång till den nu färdiga rapporten är ett uppdrag från Stockholms stads Äldreförvaltning att göra en kunskapsöversikt över korttidsvården.

Arbetet med den randomiserade studien blev mer komplicerad än vad som kunde anas när den planerades tillsammans med Södermalms stadsdelsförvaltning. Alla äldre Södermalmsbor som under sjukhusvistelse ansökte om korttidsvård skulle vara *”studiepopulationen”*. Problemet var att antalet som ansökte om korttidsvård minskade dramatiskt. Trots att undersökningsperioden förlängdes med ett halvår blev studiepopulationen långt mindre än planerat.

Arbetet tyngdes också av att projektledaren, docenten Kristina Larsson, drabbades av sjukdom, och avled innan resultaten hade färdiganalyserats. Utredaren fil. dr Bettina Meinow har fullföljt studien. Bettina Meinow har tillsammans med utredaren med. dr Lars Sonde gjort en begränsad överblick över internationella studier, och undertecknad svarar för den svenska kunskapsöversikten. Vetenskaplig rådgivare har för Södermalmsstudien varit professor Mats Thorslund, och för denna rapport docent Lennarth Johansson.

Det är vår förhoppning att denna studie ska vara en del i kunskapsuppbyggnaden av hur korttidsvården kan organiseras och struktureras. Korttidsvården har en stor potential, både som en kraftsamlingsplats efter sjukhusvistelse inför hemgång och som ett stöd för anhöriga som vårdar en närstående.

Stockholm 2011-03-03

Sven Erik Wånell

Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SAMMANFATTNING .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>INLEDNING .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>BAKGRUND .....</b>   | <b>5</b>  |
| FLER ÄLDRE, FÄRRE SLUTENVÅRDSPLATSER .....  | 5         |
| <i>Sverige i förhållande till Europa.....</i>   | 6         |
| <i>Färre får sin äldreomsorg i särskilt boende .....</i>  | 7         |
| VAD ÄR KORTTIDSPLATS? .....   | 9         |
| STOCKHOLMS STADS RIKTLINJER FÖR KORTTIDSVÅRD.....   | 10        |
| ÄDELREFORMEN.....   | 10        |
| STATLIGA UTREDNINGAR UNDER 1990- OCH 2000-TALEN .....   | 11        |
| <i>Bo tryggt – betala rätt .....</i>  | 11        |
| <i>Äldreboendedelegationen .....</i>  | 12        |
| <b>SYFTEN.....</b>  | <b>13</b> |
| STUDIE 1, KUNSKAPSÖVERSIKT OM OLIKA FORMER AV KORTTIDSPLATS I SVERIGE .....   | 13        |
| STUDIE 2, OMSORGSBEHOV HOS PATIENTER INOM SÖDERMALMS STADSDELSFÖRVALTNING SOM SKRIVS UT FRÅN SJUKHUS EFTER VÅRDPLANERING..... | 14        |
| STUDIE 3, UTVÄRDERING AV ÖKADE MÖJLIGHETER ATT FÅ KOMMUNAL KORTTIDSPLATS.....   | 14        |
| <b>MATERIAL OCH METOD .....</b>   | <b>15</b> |
| STUDIE 1, KUNSKAPSÖVERSIKT .....  | 15        |
| STUDIE 2: OMSORGSBEHOV HOS PATIENTER SOM SKRIVS UT FRÅN SJUKHUS EFTER VÅRDPLANERING .....                                     | 15        |
| <i>Studiepopulation .....</i>   | 15        |
| <i>Datainsamling och mätinstrument.....</i>   | 16        |
| STUDIE 3. UTVÄRDERING AV ÖKADE MÖJLIGHETER ATT FÅ KOMMUNAL KORTTIDSPLATS.....   | 18        |
| <i>Randomiserad kontrollerad studie .....</i>   | 18        |
| <i>Studiepopulation .....</i>   | 18        |
| <i>Datainsamling .....</i>  | 18        |
| <i>Mätinstrument .....</i>  | 21        |
| <b>OMFATTNING, INNEHÅLL OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN .....</b>   | <b>22</b> |
| UTVECKLINGEN AV ANTALET KORTTIDSPLATSER .....   | 22        |
| <i>Utvecklingen i Stockholms stadsdelar .....</i>   | 25        |
| <i>Korttidsplatser har minskat mest för äldre kvinnor.....</i>  | 26        |
| <i>Funktionsnedsättning bland personer med korttidsplats .....</i>  | 28        |
| ERFARENHETER FRÅN ANDRA STUDIER .....   | 30        |
| <i>Korttidsvårdens uppdrag .....</i>  | 30        |
| <i>Vilka får korttidsplats? .....</i>   | 31        |
| <i>Hur många platser behövs?.....</i>   | 32        |
| <i>Vardagen på korttidsboendet.....</i>   | 33        |
| <i>Korttidsplatsens roll som anhörigstöd.....</i>   | 34        |
| <i>Äldreomsorgsinspektörernas granskning hösten 2010 .....</i>  | 34        |
| <i>Hälsa- och sjukvård i gränslandet mellan kommun och landsting .....</i>  | 36        |
| <i>Exempel på strukturerade uppdrag .....</i>   | 40        |
| <i>Kostnadseffektivt? .....</i>   | 42        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>OMSORGSBEHOV HOS PATIENTER SOM ERBJUDS VÅRDPLANERING .....</b>                                     | <b>44</b> |
| <i>Registerstudien: Ålder, kön, inskrivningsorsak, vårdtid och omsorgsbehov vid utskrivning .....</i> | 44        |
| <i>Intervjuer på sjukhus av utskrivningsklara patienter.....</i>                                      | 45        |
| <i>Uppföljning i hemmet.....</i>  | 46        |
| <i>Vad hände med dem som önskade en längre vårdtid? .....</i>   | 48        |
| <b>EFFEKTEN AV ÖKADE MÖJLIGHETER ATT FÅ KORTTIDSPLATS .....</b>                                       | <b>52</b> |
| <i>Beskrivning av studiepopulationen vid utskrivning från sjukhus.....</i>                            | 52        |
| <i>Uppföljning i hemmet.....</i>  | 54        |
| <i>Vårdkonsumtion under ett år efter utskrivning.....</i>   | 59        |
| <b>DISKUSSION .....</b>   | <b>64</b> |
| <b>REFERENSER.....</b>  | <b>71</b> |
| <b>BILAGOR .....</b>  | <b>74</b> |
| BILAGA 1. LIVSKVALITETSINSTRUMENTET EQ-5D .....   | 74        |
| BILAGA 2. STATISTIK FRÅN STOCKHOLMS STAD .....  | 76        |
| BILAGA 3. SÖDERMALM DELSTUDIE I.....  | 78        |
| BILAGA 4. SÖDERMALM DELSTUDIE II.....   | 80        |

# SAMMANFATTNING

Denna rapport har kommit till på uppdrag dels från Södermalms stadsdelsförvaltning, dels Äldreförvaltningen i Stockholms stad. Bakgrunden är önskemålet från såväl Södermalms stadsdelsnämnd som stadens äldrenämnd att se vilken roll korttidsvården har och kan ha, och om de prioriteringar som skett under 2000-talet gagnar de äldre. Korttidsplats, som är det begrepp Socialstyrelsen rekommenderar, har olika funktioner, och inkluderar korttidsvård efter sjukhusvistelse, växelvård, avlastning av anhörig och vård i livets slutskede.

På uppdrag av Södermalms stadsdelsförvaltning har en randomiserad studie genomförts där de som ansökte om korttidsplats men fick avslag lottades så att hälften, interventionsgruppen, fick korttidsplats medan kontrollgruppen gick direkt hem med de insatser stadsdelsförvaltningen beviljat. Denna studie utökades med ett uppdrag från Socialstyrelsen att studera alla som skrivs ut från slutenvården under en månad till hemmet på Södermalm. På uppdrag av Äldreförvaltningen har dessa båda studier kompletterats med en genomgång av artiklar och rapporter om korttidsvård samt analys av data avseende stadens korttidsvård.

De som kommer till ett korttidsboende befinner sig i en mycket skör situation i livet. Korttidsplats för återhämtning, mobilisering och fortsatt rehabilitering efter sjukhusvård utvecklades i hela landet efter Äldreförvaltningen, och har fortsatt att sedan dess öka i många kommuner. Bidragande orsak har varit allt färre vårdplatser och kortare vårdtider i den somatiska vården samt att fler har hemtjänst och färre bor i särskilt boende.

Andelen äldre som erhåller korttidsplats varierar mellan landets kommuner, liksom mellan Stockholms stadsdelar. I Göteborg hade 2008 1,4 procent av de som är 65 år och äldre korttidsplats, i Stockholm var andelen 0,25 procent.

I Stockholms stad har antalet som beviljas korttidsplats minskat sedan 2001. Det är främst korttidsvård efter sjukhusvistelse som minskat, medan korttidsvård som anhörigstöd endast minskat marginellt. Minskningen är tydligast för de äldre kvinnorna, under en fyraårsperiod 2007-2010 minskade antalet kvinnor 85 år och äldre som fick korttidsplats från 186 till 82, för männen var minskningen från 116 till 88 personer.

Några skäl till att korttidsplats numera sällan erbjuds efter sjukhusvistelse är att inte förlänga vårdkedjan och att staden inte erbjuder rehabilitering inom korttidsvården eftersom rehabilitering i ordinärt boende är ett landstingsansvar. Effekten kan dock bli att den äldre inte får tillräcklig tid för att hämta krafter och träna så att hon kan klara sin vardag bättre själv. Mycket talar för att en ytterligare tids vård för vissa

äldre kan vara kostnadseffektiv för samhället och innebära ökad trygghet för den äldre. Resultaten från den randomiserade studien på Södermalm tyder bl.a. på

Interventionsgruppen förbättrade sin rörelseförmåga i genomsnitt 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 gäller oro/nedstämdhet samt förmågan att klara huvudsakliga aktiviteter bland de äldre som fick korttidsplats.

Inga skillnader i kostnad för äldreomsorg (korttidsplatsen inräknad!).

Tydlig tendens till att äldre som hade fått korttidsvård blev inlagda på sjukhus i mindre utsträckning under ett år efter utskrivning jämfört med de äldre som skrevs direkt ut till hemmet.

Tydlig tendens till en lägre dödsrisk under ett års tid efter utskrivning bland äldre som hade fått korttidsvård.

Det blev således inte dyrare för interventionsgruppen, som fick korttidsplats, än för gruppen som inte lottades att få den insatsen, däremot blev det bättre för interventionsgruppen i flera avseenden.

En form som nästan försvunnit i Stockholms stad är korttidsplats i väntan på plats i vård- och omsorgsboende. Detta skäl till att bevilja korttidsplats har kritiserats bl.a. av Socialstyrelsen.

Korttidsvården har en viktig roll genom att ge anhöriga avlastning. En förutsättning för att korttidsvården ska vara en fungerande avlastning för den anhörige är att den har ett socialt innehåll i vardagen och att den anhörige också uppmärksammas. Pensionat Hornskroken och Kinesen i Stockholm är goda exempel. Korttidsboende med denna inriktning måste fokusera både på den som vistas på korttidsplatsen och den anhörige.

Korttidsvård kan också användas som sviktplats. Det saknas statistik för denna vårdform, varför det är svårt att bedöma i vilken utsträckning den utnyttjas så. I Stockholms län finns möjlighet till direktinlägg på geriatrisk klinik. Det kan finnas skäl att följa upp om korttidsplats skulle kunna användas när behovet främst är att få vila upp, äta och återhämta kraft genom god omvårdnad och den geriatriska platsen när det krävs mer av medicinsk behandling och/eller rehabilitering.

Vård i livets slutskede är i Stockholms stad ovanligt i korttidsvården. Staden saknar korttidsenheter med palliativ inriktning. I stället erbjuds plats på vård- och omsorgsboende, vilket inte är helt adekvat i den livsfasen.

Beskrivningarna av vardagen på korttidsboendet andas ofta innehållslöshet, torftighet både i det sociala innehållet och i boendemiljöerna. Det saknas alltför ofta tydliga beställningar från biståndshandläggaren vad som är syftet med vistelsen, och genomförandeplaner som visar vad korttidsvården ska kunna ge. För att korttidsvården ska kunna utvecklas och få den roll den kan ha behövs tydlighet i beställningen till korttidsvården, tydlighet i biståndsbeslutet och tydliga genomförandeplaner hos utföraren.

För att detta ska bli möjligt måste korttidsvården få mer renodlade uppdrag, med inriktning på t.ex. svikt, rehabilitering, avlösning och vård i livets slutskede. Det krävs mer specialisering, inte att allt blandas på samma enhet. Viktigt är också att inte blanda personer med demenssjukdom med dem som är kognitivt klara.



# INLEDNING

Denna rapport har kommit till på uppdrag dels från Södermalms stadsdelsförvaltning, dels Äldreförvaltningen i Stockholms stad. Bakgrunden är önskemålet från såväl Södermalms stadsdelsnämnd som stadens äldrenämnd att se vilken roll korttidsvården har och kan ha, och om de prioriteringar som skett under 2000-talet gagnar de äldre. I denna rapport används, i enlighet med Socialstyrelsens termbank, begreppet korttidsplats. Korttidsvård används ibland synonymt för att beteckna innehållet och korttidsboende för att beteckna enheterna där vården och omsorgen bedrivs.

Förutom konvalescenthemsvård ryms under rubriken korttidsplats också en mängd andra verksamheter med olika inriktning där det gemensamma endast är att den enskilde bor där under en kortare tid, exempelvis rehabiliterings-, planerings-, avlastnings-/avlösningsplatser eller platser för vård i livets slutskede. Denna rapport fokuserar på korttidsplats efter utskrivning från sjukhus men belyser också andra former av korttidsplatser.

Rapporten sammanfattar resultaten från tre delstudier som beskriver (1) vilken kunskap som finns tillgänglig om korttidsplatser; (2) vilket omsorgsbehov äldre som vid utskrivning från sjukhuset aktualiseras för vårdplanering har; (3) vilken betydelse en tids återhämtning på korttidsplats kan ha för dessa patienter innan hemkomst till den vanliga bostaden.

Kunskapsöversikten är beställd av Äldreförvaltningen i Stockholm. Kunskapsöversikten skulle belysa hur korttidsvården utvecklats i staden, om det går att uttala sig om nyttan för olika grupper och vad som med ledning av olika studier kan sägas om vad som präglar ett bra korttidsboende.

Den fördjupade studien på Södermalm är initierad av dåvarande Maria-Gamla Stans stadsdelsnämnd. Nämnden hade under en längre tid uppmärksammat att de allt kortare vårdtiderna på sjukhus gjort att många äldre skrevs ut med stora kvarstående rehabiliterings- och omvårdnadsbehov. Samtidigt hade stadsdelsförvaltningens möjligheter att erbjuda återhämtning på kommunens korttidsplatser minskat genom allt snävare budgetramar. Nämndens syfte var att förstärka insatserna för äldre som vid utskrivning från akutsjukhuset har behov av en kortare tids återhämtning/rehabilitering innan återkomsten till hemmet.

Det saknades kunskap om funktionsförmåga och omsorgsbehov i den potentiella grupp som kan tänkas bli aktuell för att få korttidsplats, dvs. personer som skrivs ut från sjukhus och där patientansvarig läkare bedömer att de behöver hjälp från äldreomsorgen och därför kallar till

samordnad vårdplanering. Äldrecentrum började därför uppdraget med en inventering av personer 65 år och äldre bosatta på Södermalm som under oktober 2007 aktualiserades för samordnad vårdplanering. Genom att komplettera uppgifter om antalet vårdplaneringar med register- och intervjudata avsåg inventeringen att beskriva flödet från sjukvården, hur stor del av de utskrivna som blir föremål för vårdplanering, deras funktionsförmåga och omsorgsbehov samt hur de hade klarat sig i hemmet en tid efter utskrivningen.

Den andra studien utformades som en randomiserad studie där hälften av de äldre som ansökte om men ej beviljades korttidsplats fick korttidsplats inom ramen för studien, och den andra hälften fick de insatser som beviljats i biståndsbeslutet, vanligen hemtjänst.

Båda studierna, ”omsorgsbehov hos patienter inom Södermalms stadsdelsförvaltning som skrivs ut efter vårdplanering”, samt ”utvärdering av ökade möjligheter att få kommunal korttidsplats” är granskade av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm; 2007/5:7.

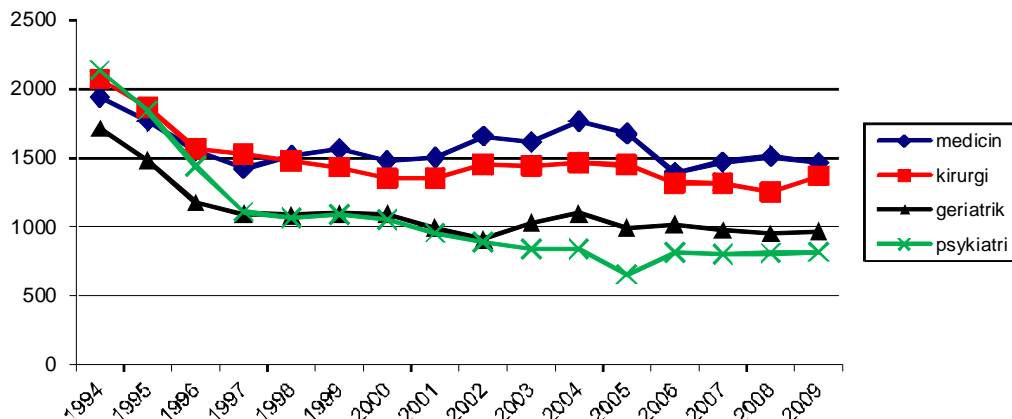
## BAKGRUND

### Fler äldre, färre slutenvårdsplatser

Sedan kommunerna efter Ädelreformen 1992 tog över betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter har stora förändringar skett inom vård och omsorg för äldre. Medan andelen i befolkningen som är 80 år och äldre ökade med 22 procent under åren 1992-2006 nästan halverades vårdplatserna inom hela akutsjukvården (Socialstyrelsen, 2008). En sammanställning gjord av SKL visar att vårdplatserna minskade i samtliga vårdgrenar (SKL 2010). Den största minskningen finns inom den geriatriska vården där 64 procent av vårdplatserna har försvunnit sedan 1994. Vårdplatserna inom kirurgin minskade med 40 procent och inom medicinsk korttidsplats med 26 procent under samma tid.

Utvecklingen är, som framgår av figur 1, likartad i Stockholms län. Minskningen av platser inom geriatriken skedde främst under 1990-talet, från 1 714 platser 1994 till 1 095 platser 1999, och 970 platser 2009, en minskning med 43 procent. Totalt har antalet platser i slutet sjukhusvård minskat med 41 procent mellan 1994 och 2009. Samtidigt har befolkningen i Stockholms län som är 75 år och äldre ökat med 12 procent under denna tidsperiod. Befolkningen 85 år och äldre har ökat med 52 procent.

**Figur I: Antal vårdplatser inom slutenvård i Stockholms län**



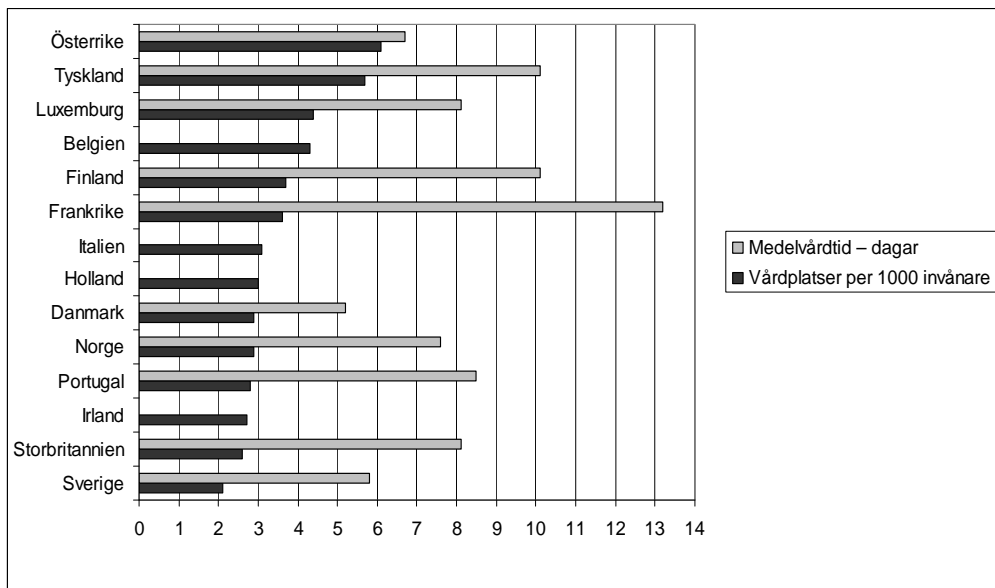
Källa: Sjukvårdsdata i fokus (SKL); <http://sjvdata.skl.se/sif/start/>

Även medelvårdtiden på sjukhus för äldre personer har successivt sjunkit. Mellan åren 1996 och 2007 minskade medelvårdtiden i Stockholms län i åldersgruppen 75-84 från 8 till 5,9 dagar och i åldersgruppen 85 år och äldre från 9 till 6,4 dagar (SKL, sjukvårdsdata i fokus). Vårdtiderna inom geriatriken minskade mellan åren 1998 till 2009 från för hela landet 19,3 dagar till 13,4 dagar (källa: SKL) I Stockholms läns landsting var medelvårdtiden i geriatriken 2010 10,9 dagar (årsrapport geriatrik).

## Sverige i förhållande till Europa

Enligt OECD statistik från år 2007 har Sverige i jämförelse med 13 andra europeiska länder lägst antal vårdplatser per 1000 invånare och även medelvårdtiden är bland de kortaste – detta trots att Sverige har den äldsta befolkningen mätt i andelen 80 år och äldre (5,3 procent). Svenska sjukhus erbjuder 2,1 vårdplatser per 1000 invånare och medelvårdtiden är 5,8 dagar. Länderna med flest vårdplatser (Österrike, 6,1 vårdplatser och Tyskland, 5,8 vårdplatser) hade nästan tre gånger så många platser per 1000 invånare.

**Figur 2: Vårdplatser och medelvårdtid i Europa 2007<sup>1)</sup>**



<sup>1)</sup> Medelvårdtid för Irland, Italien och Belgien avser år 2006

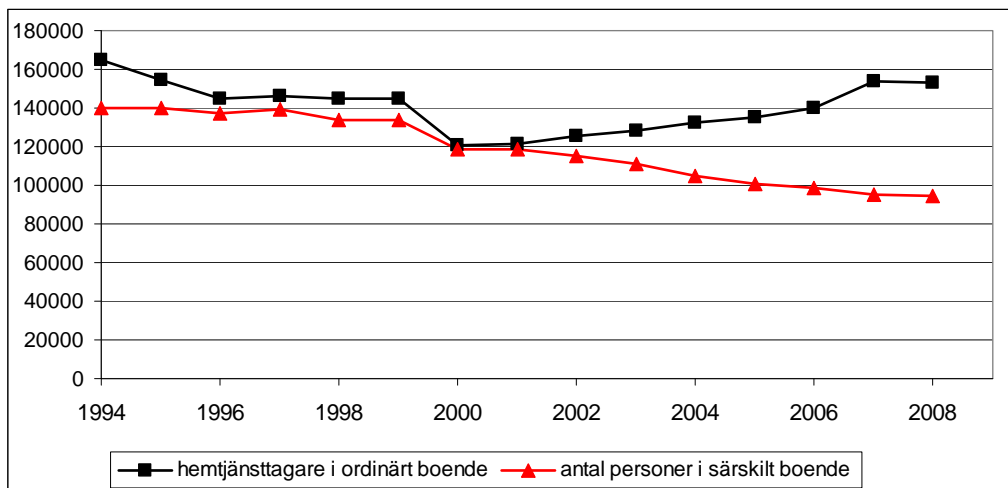
Källa: Sjukvårdsdata i fokus (SKL); <http://sjvdata.skl.se/sif/start/>

Minskningen av vårdplatser och vårdtider på 2000-talet beror till viss del på att sjukvården har infört nya behandlingsmetoder som gör att patienterna kan skrivas ut efter kortare vårdtid, men också på besparingar.

## Färre får sin äldreomsorg i särskilt boende

Samtidigt har det, som framgår av Figur 3 skett en förskjutning från särskilt boende till hemtjänst i ordinärt boende inom den kommunala äldreomsorgen (Socialstyrelsen, 2009a). Medan andelen 80 år och äldre som bodde i särskilt boende minskade från 20 procent till 15 procent mellan åren 2000 och 2008 ökade andelen med hemtjänst från 18 till 22 procent under samma tidsperiod (Socialstyrelsen, 2009b).

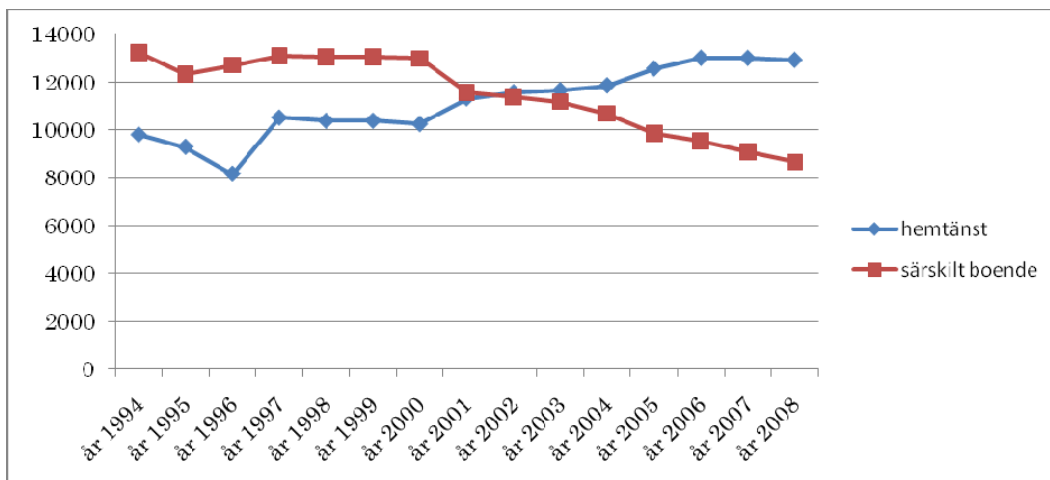
**Figur 3: Utvecklingen av antalet hemtjänsttagare i ordinärt boende och antal personer i särskilt boende, hela landet**



Källa: Socialtjänststatistiken (Socialstyrelsen) för respektive år

Motsvarande utveckling kan vi se för Stockholms stad (Figur 4).

**Figur 4. Utvecklingen av antalet hemtjänsttagare i ordinärt boende och antal personer i särskilt boende, Stockholms stad**



Källa: Socialtjänststatistiken (Socialstyrelsen) för respektive år

Den totala effekten av förkortade vårdtider inom slutenvård och minskat antal platser inom särskilt boende har lett till att allt fler äldre personer med stora omvårdnadsbehov skrivs ut från sjukhus för att få fortsatt vård och omsorg i det ordinära bostadsbeståndet – av den kommunala äldreomsorgen och av primärvården.

Tidigare studier har visat stora brister när det gäller samordning av vård och omsorg för äldre personer i ordinärt boende (Gurner, Norén, Bowin, &

Brinne, 2010; Gurner & Thorslund, 2003). Samtidigt saknades aktuella studier av hur stora omsorgsbehov de utskrivningsklara patienterna har och hur de klarar sig efter utskrivningen. De senaste uppföljningarna hade genomförts kring mitten av 1990-talet (Gurner & Thorslund, 1998; Socialstyrelsen, 1995, 2002).

## Vad är korttidsplats?

Med korttidsplats avses enligt Socialstyrelsens termbank ”bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt”. Av Socialstyrelsens termbank framgår vidare att *Tillgång till korttidsplats ges som bistånd. Korttidsplatser används för bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av närstående*.

I denna rapport används därför vanligen det nationellt fastställda begreppet korttidsplats. Begreppet korttidsboende används för att beskriva enheten (”huset”), och korttidsvård innehållet. När data redovisas från Stockholms stad används begreppen korttidsvård, växelvård och avlastning för de tre insatsformer staden skiljer mellan. Kategorin korttidsvård står då för olika former av korttidsplats som inte är växelvård eller avlastning.

Korttidsplats har av tradition ansetts ingå i begreppet särskild boendeform. Det är inget entydigt begrepp, tvärtom inbegriper det många olika verksamheter. Med variationer över tid och mellan kommuner kan korttidsplats vara:

### Rehabiliteringsplatser

- ”sviktplatser” efter slutenvård eller när hälsan sviktar för en hemmaboende
- ”planeringsboende” när det finns osäkerhet om en person kan bo kvar hemma eller behöver flytta till särskilt boende
- ”väntboende” i avvaktan permanent plats på ett äldreboende, att åtgärder ska hinna vidtas i ens ordinära hem eller liknande
- växelvård för personer som med jämna mellanrum erbjuds att komma in på en korttidsplats för att kunna förlänga kvarboende hemma
- avlösningsplats, där huvudsyftet med vistelsen är att anhörig som vårdar närstående<sup>1</sup> skall få vila.
- vård i livets slutskede

---

<sup>1</sup> I denna rapport används begreppet anhörig för den som vårdar och närstående för den som får anhörigvården

## Stockholms stads riktlinjer för korttidsvård

Korttidsvård utgör enligt Stockholms stads riktlinjer<sup>2</sup> en viktig stödinsats för äldre i ordinärt boende, antingen vid enstaka tillfällen eller i form av växelvård. Korttidsvård är en mycket strategisk insats i takt med att fler äldre bor kvar hemma. En väl fungerande korttidsvård kan medföra att behovet av permanent plats i vård- och omsorgsboende minskar. För många av dem som vårdar en närstående kan möjligheten till korttidsvård vara en förutsättning för kvarboende. Korttidsvård kan också vara aktuellt under tiden en utredning pågår av den enskildes framtida omvårdnadsbehov och omvårdnadsform. Korttidsvård vid vård- och omsorgsboende kan ges till den som uppfyller något av nedanstående kriterier.

Den som vårdats på akutsjukhus och som inte utan en tids återhämtning kan återgå till sitt ordinarie boende. Syftet är att undvika permanent placering på vård- och omsorgsboende.

Den som vid vårdplanering visar osäkert framtida behov av kommande hjälpinsatser. Syftet är att ge biståndshandläggaren bättre beslutsunderlag.

Den som vårdas i ordinärt boende och som med en tillfällig vistelse på ett vård- och omsorgsboende kan bo kvar hemma.

Den som vårdas av en anhörig eller närstående där den som vårdar är i behov av avlösning.

Beslut om korttidsvård ges i form av ett individuellt behovsprövat bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.

## Ädelreformen

I olika statliga utredningar på 80-talet om den framtida äldreomsorgen fanns en mycket klar och tydlig inriktning att korttidsplats är en viktig del av äldreomsorgen. När man tittade på de lokala sjukhemmen, som då var landstingets ansvar, noterades att *där inte bara bedrevs långvård utan också något som till sitt innehåll skulle utgöra ett stöd för att kunna bo kvar i sitt ordinära boende. Sjukhemmen har successivt blivit alltmer ett stöd och därmed i minskande utsträckning ett alternativ till det ordinära boendet, skrev man i den rapport som lades 1989 (Ds 1989:27) och som blev en grund för Ädelreformen. I Ädelpropositionen sägs tydligt att i de verksamheter som fördes över från landstingen till kommunerna ingår resurser för det kortvariga stödet. Regering och riksdag menade att kommunerna med kort varsel ska kunna erbjuda vistelser för t ex*

---

<sup>2</sup> Riktlinjer för handläggning av ärenden enligt SoL och LSS inom äldreomsorgen, Dnr 105-273/2009

*rehabilitering, växelvård och avlösning som en del av det särskilda boendet.*

I Äldreberedningens slutrapport Äldreomsorg i utveckling (SOU 1987:21) står de lokala sjukhemmens vårdplatser bör enligt utredningens mening i första hand vara avsedda för personer som tillfälligt behöver omfattande tillsyn och hjälp t.ex. vid intensiva skeden av rehabilitering, för avlösning av den sociala hemtjänsten eller närstående vårdare eller vid tillfälliga försämringar av hälsotillståndet hos den som vårdas i hemmet.

Äldredelegationens rapport Ansvaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27) redovisar att sjukhemmen blir successivt alltmer ett stöd för och därmed i minskande utsträckning ett alternativ till det egna självständiga boendet.

I regeringens "Ädel-proposition" (prop. 1990/91:14) betonas vikten av att kommunerna även får över resurser för såväl långvarig vård som för kortvarigt stöd: *Dessa senare insatser är mycket viktiga för att öka flexibiliteten i kommunernas samlade äldre- och handikappomsorg. 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.*

De förhoppningar som fanns på 80-talet inför 90-talet var att antalet korttidsplatser skulle öka när det blev ett kommunalt ansvar.

## **Statliga utredningar under 1990- och 2000-talen**

Korttidsplatsens roll har diskuterats bl.a. i de statliga utredningarna Bo tryggt – betala rätt (SOU 1999:33) och Äldreboendedelegationens slutbetänkande Bo bra hela livet (SOU 2008:113).

### **Bo tryggt - betala rätt**

I betänkandet Bo tryggt – betala rätt gjordes bedömningen att utbudet av olika former av korttidsplatser ökat under 1990-talet. Ökningen berodde enligt betänkandet bl.a. på att fler äldre med stort omsorgsbehov bor kvar i ordinärt boende och kan behöva "växelvård" eller "avlösningboende". Starkt bidragande faktorer bedömdes också ha varit dels de kortare vårdtiderna inom sjukhusvården, dels konsekvenser av lagen om betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade. Det ökade trycket på kommunerna att ta hand om människor med stort omsorgsbehov gör det nödvändigt att ordna övergångsboende under den tid det kan ta för att ge såväl den enskilde själv som biståndshandläggaren möjlighet att planera och bedöma det fortsatta boendet. Korttidsboende med uttalat syfte att erbjuda rehabilitering har växt upp i kommunal regi vid sidan om och som



komplement till den rehabilitering som erbjuds inom landstingets slutna vård.

Denna utveckling svarade enligt betänkandet mot ett tydligt behov. I betänkandet pekas dock på negativa delar i utvecklingen, främst att vårdkedjan kan förlängas för den äldre. Först vistelse på akutsjukhus, därefter förflyttning till geriatrisk vård inom landstinget och sedan vidare till korttidsboende. Tidigare kunde den äldre få en sammanhållen vård på geriatrisk klinik eller motsvarande.

I betänkandet föreslogs att korttidsboendet skulle regleras som en separat insats. Det motiverade av att korttidsboende är en insats av tillfällig art som i stor utsträckning syftar till att möjliggöra att bo kvar i det ordinära boendet. Därför bedömdes det inte vara adekvat att benämna det som särskilt boende och därmed jämställa det med permanent boende.

## Äldreboendedelegationen

I äldreboendedelegationens slutbetänkande (SOU 2008:113) görs bedömningen att när platserna i särskilt boende/vård- och omsorgsboende minskar tenderar tiden för dem som får korttidsvård att förlängas eftersom en del av dem väntar på plats i särskilt boende/vård- och omsorgsboende. Andra personer i behov av eftervård eller rehabilitering efter utskrivning från sjukhus får då stå tillbaka.

I betänkandet framhålls att personer som skrivs ut från sjukhus till den ursprungliga bostaden utan att få den korttidsvård som de behöver hamnar i en mycket sårbar och otrygg situation. I dessa fall är samordningen mellan landsting och kommun av avgörande betydelse, särskilt i de fall kommunen inte har övertagit ansvaret för hemsjukvården i det ordinära boendet och den enskilde behöver både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.

Delegationen föreslår att begreppet korttidsvård bör ... användas istället för korttidsboende för att markera att det inte är frågan om någon egen boendeform.

Förslagen i de två betänkandena har inte lett fram till något förslag från regeringens sida om tydliggörande av korttidsplatsernas roll.

# SYFTEN

## Studie 1, Kunskapsöversikt om olika former av korttidsplats i Sverige

Äldrecentrums uppdrag är att göra en kunskapsöversikt utifrån de frågeställningar Äldreförvaltningen angett. Frågeställningar studien bl.a. skulle söka belysa var:

- Vilka erfarenheter finns nationellt och internationellt?
- Är uppdragen till korttidsboende i Stockholm tillräckligt tydliga?
- Vilka grupper vänder sig korttidsboendena till?
- Går det att uttala sig om för vilka grupper korttidsboende är av mest värde?
- Vilka orsaker kan spåras till minskningen av de korttidsboendeformer som inte avser växelvård och avlösning?
- Går det att uttala sig om korttidsboende kan innebära minskat hemtjänstbehov och att behov av flytt till särskilt boende kan minskas?
- Ska allt korttidsboende vara biståndsbedömd?
- Hur är ansvarsgränserna idag mellan landstinget och staden vad gäller rehabilitering, och är den ansvarsgränsen funktionell och bra för den äldre?
- Hur är det sociala innehållet i vardagen i olika former av korttidsboende?
- Korttidsboenden som fungerar väl, vad utmärker dem och vilka förutsättningar har de?

Källor som skulle användas var bl.a. tidigare svenska studier, en sökning av forskning internationellt, erfarenheter från vissa kommuner, data från Stockholms stads paraplysystem (tillhandahålls av Äldreförvaltningen), data från den longitudinella studien SNAC-K, data från den randomiserade studien om korttidsvård på Södermalm (studie 2 och 3) samt äldreomsorgsinspektörernas inspektioner av korttidsboenden hösten 2010.

## Studie 2, Omsorgsbehov hos patienter inom Södermalms stadsdelsförvaltning som skrivs ut från sjukhus efter vårdplanering

Syftet med den första delstudien i “Södermalmsstudien” var att beskriva funktionsförmåga, vård och omsorgsbehov hos patienter som anses vara utskrivningsklara, men där sjukvården bedömer att de behöver fortsatt vård av den kommunala äldreomsorgen och därför kallade till samordnad vårdplanering.

Följande frågeställningar belystes:

- Hur stor andel av de utskrivna bosatta inom Södermalms stadsdelsförvaltning blir föremål för vårdplanering och hur stor del av de vårdplanerade kommer till korttidsplats?
- Hur ser funktionsförmågan och omsorgsbehovet ut bland äldre personer bosatta inom Södermalms stadsdelsförvaltning som blev föremål för samordnad vårdplanering inför utskrivningen från sjukhus.
- Vilken var patienternas egen uppfattning om vilket hjälpbehov de hade samt hur uppfattade de att de hade klarat sig i hemmet en tid efter utskrivningen?

## Studie 3, Utvärdering av ökade möjligheter att få kommunal korttidsplats

Syftet med den andra delen av Södermalmsstudien var att utvärdera effekterna av att i större utsträckning erbjuda kommunal korttidsplats efter utskrivning från sjukhus än som vanligtvis sker.

Följande frågeställningar undersöktes:

- Hur ser funktionsförmågan och vård- och omsorgsbehoven vid utskrivning från sjukhus ut bland patienter som blivit föremål för samordnad vårdplanering och önskat en tids återhämtning på korttidsplats men som inte beviljades detta?
- Genom en randomiserad kontrollerad studie undersöks effekterna av att erbjuda kommunal korttidsplats till patienter som önskade detta efter utskrivning från sjukhus men som inte beviljats korttidsplats.
- Skiljer sig patienternas funktionsförmåga och vård- och omsorgsbehoven cirka 1,5 månad efter utskrivning från sjukhus

beroende på om de fick möjlighet till korttidsplats eller åkte hem direkt och fick de insatser som stadsdelsförvaltningen hade planerat?

- Påverkas vårdkonsumtion och mortalitet under ett års tid efter utskrivning från sjukhuset av typ av omsorg, dvs. korttidsvård eller insatser av den kommunala äldreomsorgen i hemmet?

## MATERIAL OCH METOD

### Studie 1, kunskapsöversikt

För att besvara de frågeställningar som ställts i studie 1 används alla de tre delstudierna i denna rapport. Studie 1 har använt följande metoder och källor;

- Genomgång av svenska studier om korttidsplatser, och en översiktlig sökning av internationella studier,
- Dialog med äldreomsorgsinspektörerna och genomgång av rapporter från deras granskning av korttidsvården i Stockholms stad hösten 2010,
- Intervjuer med tjänstemän inom kommun och landsting kring korttidsplatsens roll i vårdkedjan,
- Analys av statistik om antal personer som beviljas korttidsplats på nationell (Socialstyrelsen) och kommunnivå. USK AB har tagit fram data om korttidsplatser för Stockholms stad.
- Analyser av funktionsförmågan bland personer med korttidsplats är baserade på den longitudinella studien SNAC<sup>3</sup>, Kungsholmen.

### Studie 2, Omsorgsbehov hos patienter som skrivs ut från sjukhus efter vårdplanering

#### Studiepopulation

Studiepopulationen bestod av utskrivningsklara patienter som var 65 år eller äldre, bosatta i det ordinära bostadsbeståndet eller på servicehus inom Södermalms stadsdelsförvaltning och som av utskrivande läkare

---

<sup>3</sup> Swedish National Study on Ageing and Care, en longitudinell befolkningsstudie som startade 2001 och beskriver såväl hälsosituation i bred bemärkelse som vård och omsorg.

bedömdes ha behov av insatser från äldreomsorgen och därför aktualiserades för samordnad vårdplanering under oktober 2007.

## **Datainsamling och mätinstrument**

Studien gjordes dels som en registerstudie av alla patienter för vilka slutenvården kallade äldreomsorgen på Södermalm till samordnad vårdplanering, dels som en intervjustudie av dem som kunde intervjuas på sjukhuset innan utskrivning, samt en uppföljning i hemmet cirka 4-7 veckor efter utskrivning.

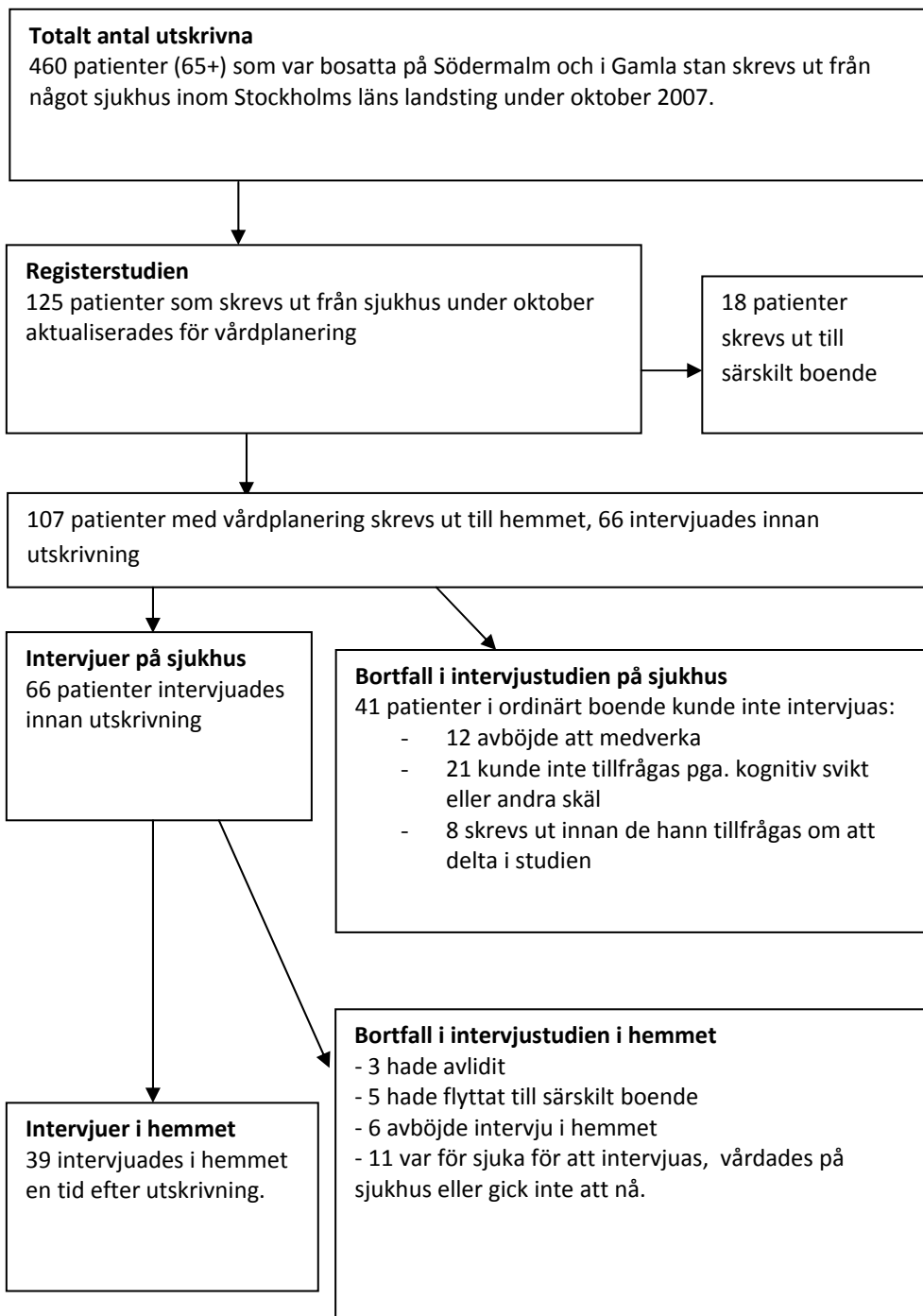
Registerdata om inskrivningsorsak och funktionsförmåga hos samtliga utskrivningsklara patienter baseras på det IT-baserade systemet WebCare för samordnad vårdplanering mellan sjukvård (slutenvård och primärvård) och länets kommuner.

Den patientansvariga sjuksköterskan på vårdavdelningen bedömde vilka patienter som skulle kunna bli intervjuade och tillfrågade dem om de ville medverka; svårt sjuka eller kognitivt sviktande äldre personer tillfrågades inte. Strukturerade intervjuer kring den äldres funktionsförmåga och hjälpbehov<sup>4</sup> gjordes huvudsakligen på Södra Stockholms geriatriska klinik (numera Capio Geriatrik, Dalens sjukhus) innan utskrivningen. Äldrecentrums intervjuare gjorde därefter en uppföljande intervju i hemmet cirka 4–7 veckor efter utskrivningen. Studiepopulationen och bortfall visas i figur 5.

---

<sup>4</sup> För en närmare beskrivning av mätinstrumenten se rapporten ”Kallelse till vårdplanering – hur gick det sedan” publicerad av Socialstyrelsen, 2008.

**Figur 5: Beskrivning av studiepopulationerna i registerstudie respektive intervjustudie**



# Studie 3, Utvärdering av ökade möjligheter att få kommunal korttidsplats

## Randomiserad kontrollerad studie

En randomiserad kontrollerad studie genomfördes där personer som ansökt om korttidsplats inför utskrivning från sjukhus, men fått avslag, erbjöds att delta i studien. Deltagarna fördelades slumpvis i två grupper. Den ena gruppen skulle få tre veckors korttidsplats (interventionsgruppen) medan den andra gruppen (kontrollgruppen) skulle åka hem och få den omsorg i hemmet som stadsdelsförvaltningen planerade. Studien var planerad att pågå under tiden september 2007 till maj 2008, men förlängdes till december 2008.

## Studiepopulation

Studiepopulationen var patienter, 65 år eller äldre, bosatta på Södermalm, som vid utskrivning var aktuell för vårdplanering enligt betalningsansvarslagen, och som hade ansökt om korttidsplats efter utskrivning från sjukhus men fått avslag på sin ansökan från kommunen.

En faktor att ta hänsyn till vid identifieringen av studiegruppen var om det förekom så kallade informella avslag på korttidsplats, det vill säga om det var vanligt att patienter önskade få komma till korttidsplats men att detta inte hanterades som en ansökan av biståndshandläggaren. I sådana fall skulle dessa patienter också ha ingått i studiegruppen. Det går dock inte att bedöma i vilken mån fler bland dem som intervjuades i Södermalmsstudie I skulle ha ansökt om korttidsplats om de haft information om den möjligheten. Därför inkluderades i delstudie II endast patienter som ansökt om korttidsplats genom stadsdelsförvaltningen och som fått avslag på sin ansökan.

Under studietiden minskade antalet personer som ansökte om att få komma till korttidsplats mer än förväntat. Detta kom att innebära att väsentligt färre inkluderades i studien, som därför förlängdes till december 2008. Trots denna förlängning kom inte så många att inkluderas i studien som stadsdelsförvaltningens ursprungliga prognoser angav. Konsekvenser för studiens slutsatser och möjliga orsaker återkommer vi till i diskussionsavsnittet.

## Datainsamling

En biståndshandläggare från Södermalms stadsdelsförvaltning kontaktade Äldrecentrum när en person sökt och fått avslag på korttidsplats. En projektanställd sjuksköterska hos Äldrecentrum åkte omgående till sjukhuset, i de flesta fall till Södra Stockholms geriatriska klinik, för att informera om studien och tillfråga den äldre om han/hon ville delta. Det

blev oftast bråttom eftersom den äldre förväntades åka hem samma dag från sjukhuset. De äldre som ville medverka i studien intervjuades av projektets sjuksköterska på sjukhuset i samband med utskrivningen.

Projektsjuksköterskan inhämtade medgivande från patienten att Äldrecentrum fick ta del av uppgifter om deras vårdkonsumtion inom äldreomsorg och sjukvård ett år efter utskrivning. Patienterna fick också information om att de när som helst kunde dra sig ur studien utan att det skulle få konsekvenser för deras fortsatta vård.

Efter intervjun lottades deltagarna till en av två grupper, en som skulle få tre veckors korttidsplats (interventionsgrupp) och en som skulle åka hem och få de insatser som stadsdelsnämnden hade beslutat om (kontrollgrupp). Personer från båda grupperna intervjuades sedan i hemmet ca 1,5 månad efter utskrivning från sjukhuset.

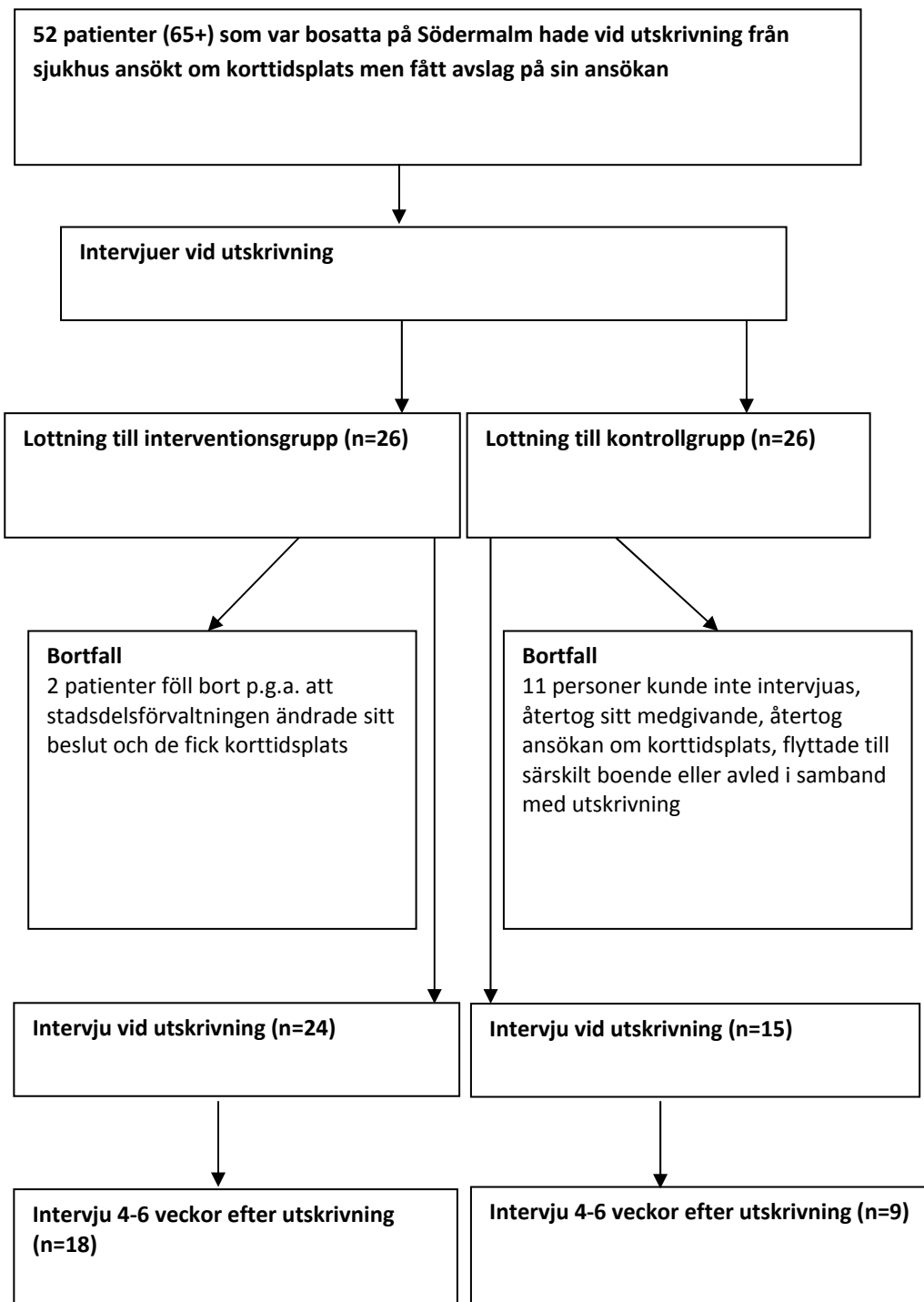
Eftersom lottningen på grund av tidsbrist gjordes direkt efter den första intervjun kom detta att påverka antalet personer i kontrollgruppen. I några fall blev patienten, eller deras anhöriga, upprörda för att ha lottats till kontrollgruppen och meddelade att de inte längre ville delta. Detta gjorde att interventionsgrupp respektive kontrollgrupp blev olika stora; totalt kom interventionsgruppen att bestå av 24 personer och kontrollgruppen av 15. Två personer föll bort från interventionsgruppen eftersom Södermalms stadsdelsförvaltning ändrade sitt avslagsbeslut och beviljade dem korttidsplats. Elva personer föll bort ur kontrollgruppen, bl.a. på grund av att de återtog sitt medgivande, återtog ansökan om korttidsplats, flyttade till särskilt boende eller avled i samband med utskrivning. För en beskrivning av studiepopulationen se figur 6.

Ett år efter att den sista patienten inkluderats i studien beställde Äldrecentrum uppgifter från Södermalms Stadsdelsförvaltning respektive landstinget om eventuell äldreomsorg samt öppen- och slutenvård inom sjukvården under ett år efter utskrivning.

Kostnader för vårdkonsumtionen beräknades med hjälp av genomsnittliga kostnader för beställaren under 2008.



Figur 6: Beskrivning av studiepopulationen i den randomiserade kontrollerade studien



## Mätinstrument

Uppgifter avseende funktionsförmåga, vård- och omsorgsbehov samt hälsorelaterad livskvalitet baseras på strukturerade intervjuer med den äldre vid utskrivning samt vid en uppföljning 4-6 veckor efter utskrivning. Uppgifterna har kompletterats med en genomgång av journalhandlingar och omsorgsbeslut. Följande mätinstrument användes för skattning av den äldres funktionsförmåga, vård- och omsorgsbehov samt hälsorelaterad livskvalitet.

### *Intervjuarens bedömning av den äldres funktionsförmåga*

Vårdberoende skattades med hjälp av KATZ ADL-index (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) som är en skala i sju steg där A betyder oberoende vid samtliga sex namngivna aktiviteter; bad/dusch, på-avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag och G betyder beroende vid samtliga sex aktiviteter.

Mobilitet skattades utifrån en femgradig skala: går helt själv, går med käpp eller bock, går med rollator, går med stöd av annan person, rullstolsburen.

Kognitiv förmåga skattades enligt Berger skalan (Berger, 1980) med alternativen: ingen kognitiv nedsättning, vissa minnessvårigheter, ibland något oklar/förvirrad (Berger 1), påtagliga minnessvårigheter, ofta oklar/förvirrad (Berger 2-4), helt glömsk, ständig mycket oklar och förvirrad (Berger 5-6).

### *Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D)*

Mätinstrumentet EQ-5D används för skattningen av den hälsorelaterade livskvaliteten. Instrumentet används bl.a. för att mäta hälsans fördelning i olika grupper och för att följa upp hälso- och sjukvården, exempelvis vid utvärderingar av interventioner (Krabbe & Wejnen, 2003).

En del av mätinstrumentet består av ett frågeformulär där individen klassificerar sin hälsa i fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor, samt oro och nedstämdhet) i tre allvarlighetsgrader (inga problem, måttliga respektive svåra problem). Individens svar på dessa frågor bildar dennes hälsostatus. Totalt ges därmed 243 möjliga olika kombinationer av hälsotillstånd, så kallade "hälsoprofiler". Varje beskriven hälsoprofil har tilldelats ett viktat indexvärde (= livskvalitetsvikt) mellan 0 (sämsta tänkbara hälsotillstånd) och 1 (bästa tänkbara hälsotillstånd). Dessa indexvärden har bestämts genom att man har låtit den allmänna befolkningen värdera de olika "hypotetiska" hälsoprofilerna (se bilaga 1 för en utförligare beskrivning av EQ-5D instrumentet).

En annan del av mätinstrument EQ 5-D representerar den termometerliknande VAS skalan där individen markerar sitt nuvarande hälso-

tillstånd. Skalan går från 0 (sämsta tänkbara hälsotillstånd) till 100 (bästa tänkbara hälsotillstånd). Värdena divideras sedan med 100

Medan EQ-5D indexvärden alltså baseras på att allmänheten har värderat hypotetiska hälsotillstånd speglar VAS skalan individens egen sammantagna bedömning av sitt hälsotillstånd.

### *Vårdutnyttjande under året efter utskrivning från sjukhus*

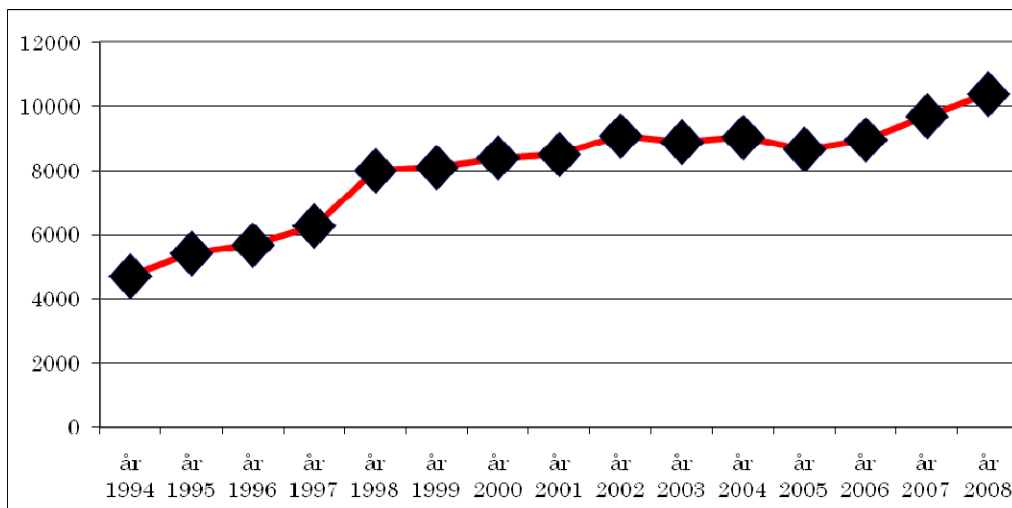
Uppgifter om eventuell äldreomsorg samt slutenvård inom sjukvården under ett år efter utskrivning baseras på register från Södermalms Stadsdelsförvaltning och landstinget.

## OMFATTNING, INNEHÅLL OCH FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

### Utvecklingen av antalet korttidsplatser

Antalet korttidsplatser ökade under 1990-talet, så som intentionerna var från riksdagen. Statistiken är dock något osäker. År 1994 frågade Socialstyrelsen i sin nationella statistik för första gången efter ”växelvårds- och avlösningsplatser”. I en undersökning några år senare konstaterade Socialstyrelsen att kommunerna räknat in alla möjliga vårdformer i sin statistik. I huvudsak torde allt korttidsboende ha räknats in i den nationella statistiken. Från 1998 använde Socialstyrelsen begreppet korttidsvård/korttidsboende, som definierades med tillfälligt boende i särskilda boendeformer förenad med behandling, rehabilitering och/eller omvårdnad för bl.a. avlösning, växelvård och eftervård. Data före 1998 är således något osäkra. Trenden, med en klar ökning från under 5 000 personer till 9 695 personer år 2007 torde vara säker (figur 7). Efter 2007 är uppgifterna ånyo osäkra, varför uppgiften totalt 10 747 personer den 31/12 2008 får tas med viss försiktighet. För 2009 har Socialstyrelsen valt att inte redovisa några data.

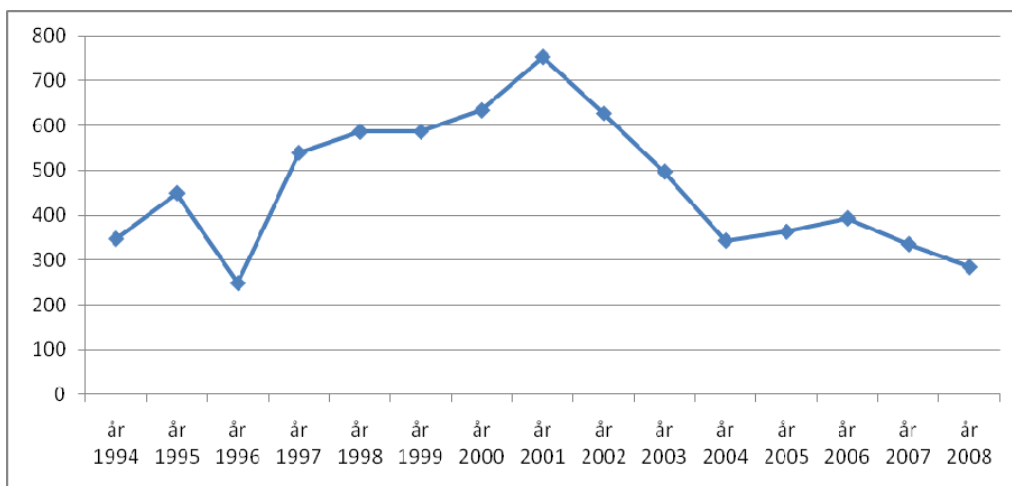
**Figur 7, Antalet som haft korttidsboende viss dag åren 1994-2008, hela landet; enligt Socialtjänststatistiken.**



Källa: Socialtjänststatistiken för respektive år; avseende 31/12 för åren 1994-1997, 1/10 avseende 1999-2007 och 31/12 avseende 2008

Utvecklingen i Stockholms stad liknar den nationella fram till år 2000. Därefter minskar antalet personer med korttidsboende (figur 8).

**Figur 8, Antal personer i korttidsboende i Stockholms stad viss dag åren 1994-2008 enligt Socialtjänststatistiken**

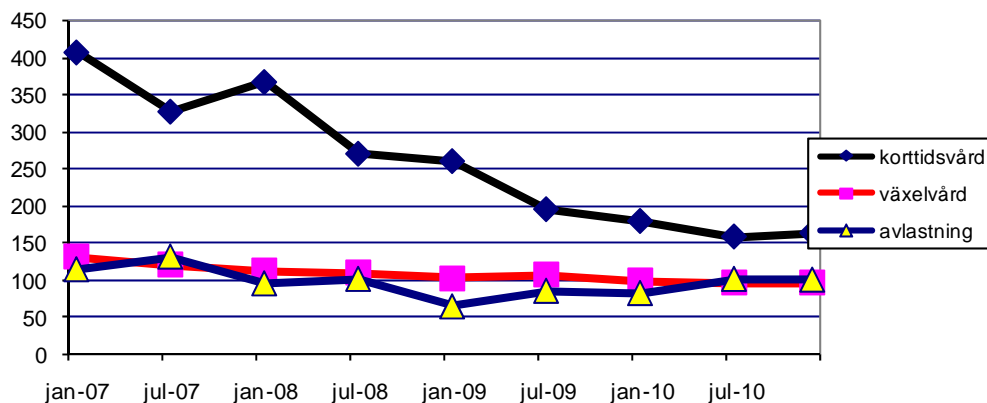


Källa: Socialtjänststatistiken för respektive år; för åren 1994-1997 avseende 31/12, 1999-2007 1/10 och 2008 ånyo 31/12

Från Stockholms datasystem ("Paraplyet") finns jämförbara uppgifter från 2007 och framåt. Staden gör en uppdelning mellan korttidsplats för växelvård, för avlastning och för annan korttidsvård. Från januari 2007 till december 2010 har antalet personer som beviljats växelvård minskat från

130 personer under en månad till 95 personer, medan personer som beviljats korttidsplats för att avlasta anhörig minskade i mitten av mätperioden för att återgå till nästan samma nivå som januari 2007. Antalet personer som beviljats korttidsplats av andra skäl (nedan benämnt korttidsvård) har minskat kraftigt, från 407 till 163 personer under en månad (figur 9).

**Figur 9, Antal personer som under en månad beviljats korttidsplats, efter insatsform<sup>5</sup>, januari 2007-december 2010, Stockholms stad**



Källa: Egen bearbetning av data framtagen av USK AB från stadens Paraplysystem.

Två faktorer har kommit fram i studien som kan förklara förändringarna för insatsformen korttidsvård. Den ena är att korttidsplats nästan inte alls längre används som "väntplats". Det var tidigare vanligt att en person som behövde plats på ett av stadens vård- och omsorgsboenden väntade på korttidsplats till dess platsen blev ledig på det valda särskilda boendet. Efter införandet av valfrihet av vård- och omsorgsboende får den äldre, om det inte finns plats på det särskilda boende hon/han valt, övergångsvis flytta till annan permanent plats som finns tillgänglig på annat boende.

Det andra skälet är att korttidsplatsen – till skillnad mot synen på 1990-talet – inte anses ha en funktion i en vårdkedja ut från slutet vård. Denna förändrade syn på korttidsvård torde förklara det trendbrott som syns efter 2001 i den nationella statistiken för Stockholms stad (figur 8). En bidragande faktor till att rehabilitering inte längre blev ett uppdrag för korttidsvården var det samverkansavtal som tecknades mellan staden och Stockholms läns landsting 2002, där det framhålls att rehabilitering

<sup>5</sup> Staden skiljer mellan tre insatsformer, där korttidsvård avser det som ej är växelvård (regelbundet återkommande, t.ex. för avlastning av anhörig) eller avlastning (den del av avlastning på korttidsplats som inte är regelbundet återkommande).

för personer i ordinärt boende är ett landstingsansvar (se vidare avsnittet korttidsboende i gränslandet mellan kommun och landsting).

Stadens ambition har varit att ge individuellt anpassat stöd för anhöriga som vårdar närstående. Avlastningsplats är en väletablerad insatsform inom anhörigstödet. Det är därför överraskande med den minskning av denna insatsform som skedde under främst andra hälften av 2008 och under 2009. Sett genomsnittligt för hela året var det 108 personer per månad som hade denna insats 2007, under 2009 var det 79 personer medan antalet 2010 var det samma som för 2007.

## Utvecklingen i Stockholms stadsdelar

Andelen av befolkningen 65+ som haft insatsen korttidsplats har varierat mellan Stockholms stadsdelar. Det finns också skillnader i utvecklingen mellan 2007-2010 (tabell 1).

**Tabell 1, andel av den äldre befolkningen (65+) som beviljats korttidsplats, stadsdelsvis 2007 och 2010 (%)**

| Stadsdel              | år 2007 | år 2010 |
|-----------------------|---------|---------|
| Skarpnäck             | 0,91    | 0,42    |
| Kungsholmen           | 0,78    | 0,34    |
| Hägersten-Liljeholmen | 0,75    | 0,58    |
| Hässelby-Vällingby    | 0,64    | 0,30    |
| Farsta                | 0,56    | 0,34    |
| Skärholmen            | 0,52    | 0,32    |
| Älvsjö                | 0,49    | 0,26    |
| Spånga-Tensta         | 0,45    | 0,24    |
| Östermalm             | 0,42    | 0,28    |
| Norrmalm              | 0,35    | 0,30    |
| Södermalm             | 0,34    | 0,29    |
| Rinkeby-Kista         | 0,32    | 0,32    |
| Bromma                | 0,29    | 0,22    |
| Enskede-Årsta-Vantör  | 0,28    | 0,17    |

Källa: egen bearbetning av data från USK AB, befolkningsstatistik samt data framtaget för denna studie om korttidsplatser

År 2007 var det stora skillnader i hur vanlig insatsen korttidsplats var mellan stadsdelarna. Liknande skillnader redovisades i en studie 2002 av Äldrecentrum (Wånell 2002). Skillnaderna mellan stadsdelarna har minskat 2010, de stadsdelar där insatsformen var vanlig har närmat sig

de stadsdelar där en lägre andel av den äldre befolkningen hade denna insats 2007.

Utvecklingen för de tre olika insatsformerna skiljer sig mellan stadsdelarna (tabell 1-2 i bilaga 2). Skillnaderna är mest tydliga för insatsen korttidsvård (tabell 2).

**Tabell 2 Minskning av antalet personer som beviljats insatsen korttidsvård mellan 2007 och 2010, stadsdelsvis (%)**

| Stadsdel              | Minskning (%)  |
|-----------------------|--|
| Hässelby-Vällingby    | 89   |
| Kungsholmen           | 76   |
| Östermalm             | 72   |
| Skarpnäck             | 70   |
| Älvsjö                | 59   |
| Bromma                | 52   |
| Hägersten-Liljeholmen | 45   |
| Farsta                | 43   |
| Skärholmen            | 32   |
| Enskede-Årsta-Vantör  | 20   |
| Norrmalm              | 14   |
| Södermalm             | 13   |
| Rinkeby-Kista         | ökning med 167 %<br>Har ej några personer registrerade |
| Spånga-Tensta         | för denna vårdform                                     |

Källa: Egen bearbetning av data framtagen av USK AB från stadens Paraplysystem.

För växelvård är bilden mer splittrad. I vissa stadsdelar har insatsformen ökat, i andra har den minskat. Det är ett mindre antal som svarar för den totala minskningen i staden mellan åren. Tydligast är utvecklingen i Enskede-Årsta-Vantör där ingen person registrerats med denna insatsform under 2010 (tabell 1 i bilaga 2).

Även utvecklingen av avlastningsplats skiljer sig mellan stadsdelarna. De stadsdelar som låg över stadens snitt sett till andelen äldre med avlastningsplats har minskat, de stadsdelar som låg under snittet har ökat sina platser, så att skillnaderna mellan stadsdelarna är betydligt mindre 2010 än 2007.

## Korttidsplatser har minskat mest för äldre kvinnor

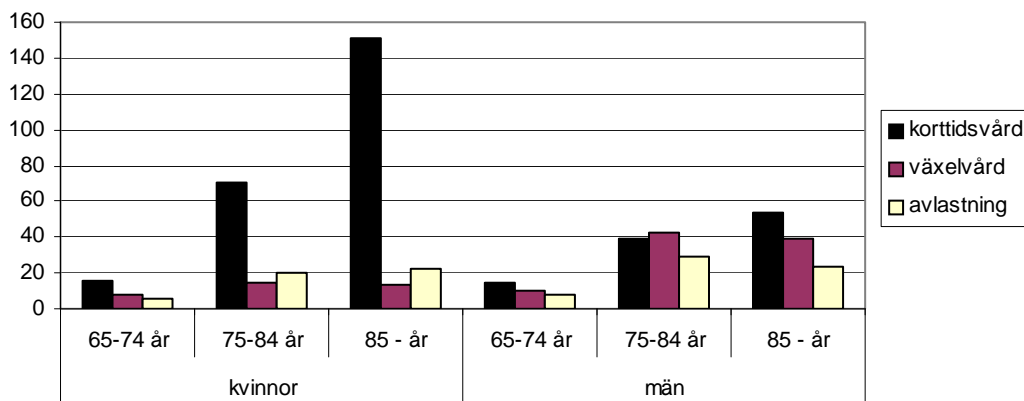
Insatsen korttidsplats är vanligast i åldersgruppen 85 år och uppåt. Skillnaderna mellan åldersgrupperna är tydligast för korttidsvård och minst märkbar för avlastning. Korttidsvården domineras av kvinnorna, vilket är

i linje med övrig äldreomsorg. Kvinnorna lever längre och är i högre grad än männen ensamboende under sina sista år.

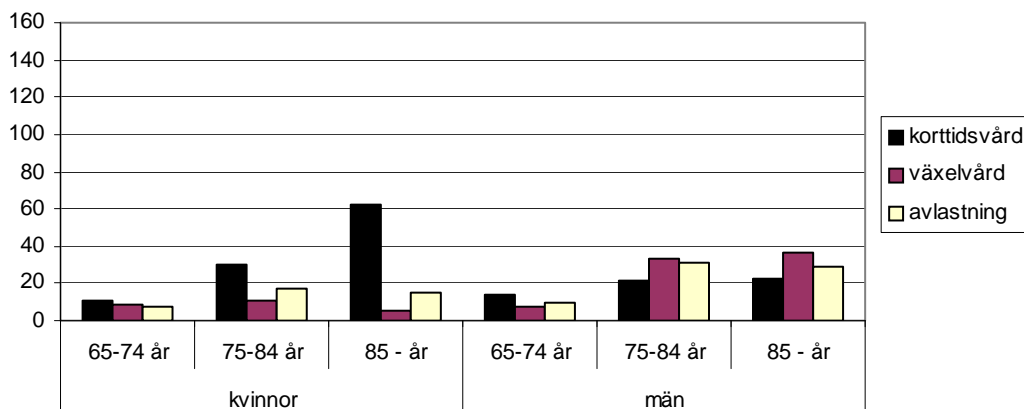
Som en återspeglning av det är det männen som dominerar på avlastningsplatserna. Kvinnorna lever i genomsnitt längre än sina män, och vårdar således oftare sin make, varför det kan ses som naturligt att männen 2010 hade 64 procent av avlastningsplatserna. Att männen utgör cirka tre fjärdedelar av dem som beviljas växelvård antyder att den insatsen också används som avlastning.

Utvecklingen mellan åren är att männen stärkt sin andel av platserna inom alla de tre vårdformerna. Den äldsta åldersgruppen har minskat sin andel, medan åldersgruppen 65-74 år 2010 har en högre andel av platserna än 2007, särskilt vad gäller avlastning (tabell 4 i bilaga 2).

**Figur 10, antal personer med korttidsplats under en månad (snitt för 2007) efter kön, ålder och insatsform**



**Figur 11, antal personer med korttidsplats under en månad (snitt för 2010) efter kön, ålder och insatsform**

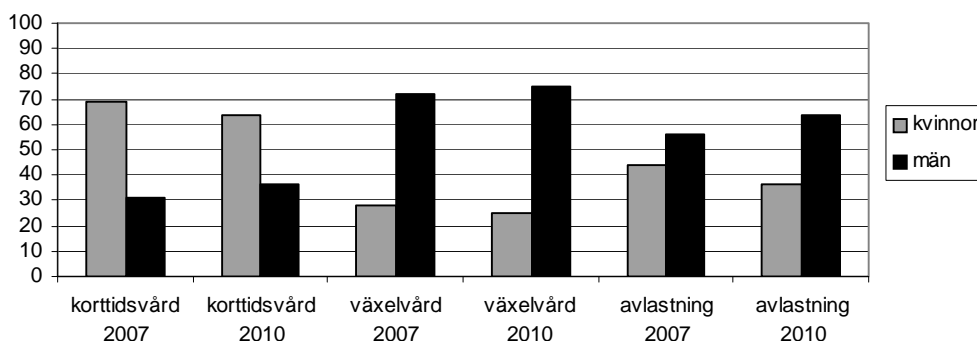




Källa: Egen bearbetning av data framtagen av USK AB från stadens Paraplysystem.

Förändringarna mellan åren är särskilt tydliga för kvinnor 85 år och äldre. Under en månad hade i snitt 151 kvinnor i den åldern korttidsvård under 2007, år 2010 hade antalet minskat till 54 (figur 10-11 och tabell 3 i bilaga 2).

**Figur 12, Andel som har korttidsplats 2007 och 2010 efter insatsform och kön (%)**



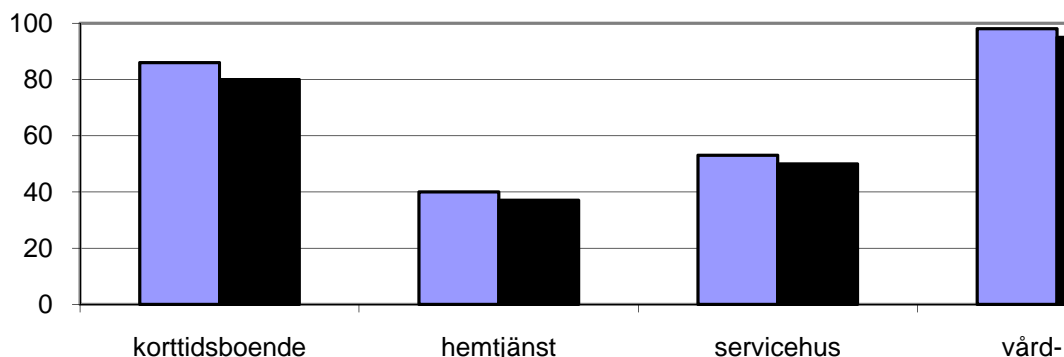
Källa: Egen bearbetning av data framtagen av USK AB från stadens Paraplysystem.

Som framgår av figur 12 minskar kvinnornas andel av korttidsplatserna i alla tre insatsformerna mellan 2007 och 2010. Minskningen är störst för avlastning, där kvinnornas andel minskar från 44 procent till 36 procent. Under fyraårsperioden 2007-2010 minskade antalet kvinnor 85 år och äldre som fick korttidsplats från 186 till 82, för männen var minskningen från 116 till 88 personer.

## Funktionsnedsättningar bland personer med korttidsplats

I en studie 2002 i en stadsdel framkom att de som fick korttidsplats var mycket sköra människor med sinsemellan mycket olika behov. Ungefär lika många kom från hemmet som från slutenvården (Wånell 2002). Den bilden bekräftas av Södermalmsstudien som redovisas i de två följande kapitlen, liksom av den longitudinella befolkningsstudien SNAC. Som framgår av figur 13 har de som beviljats korttidsboende nästan samma behov av hjälp med alla vardagliga aktiviteter i hemmet (städning, dagligvaruinköp, matlagning mm) som de som bor i vård- och omsorgsboende.

**Figur 13, Andel helt eller delvis i behov av hjälp med alla "IADL"-aktiviteter (städning, matinköp, matlagning, kommunikation, tvätt), efter insatsform**

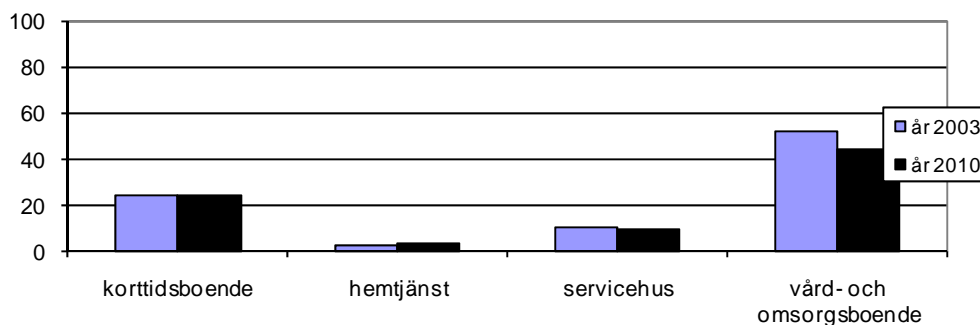


Källa: SNAC-Kungsholmen

Omsorgsbehovet med de praktiska bestyren i hemmet är således betydligt högre för de korttidsboende än för dem som har hemtjänst i ordinärt boende eller i servicehus. I alla insatsformerna har det skett en viss minskning av andelen som är helt beroende av hjälp med dessa vardagliga aktiviteter mellan 2003 och 2010. (figur 13)

Omsorgsbehovet vad gäller den personliga omsorgen är också högre för de korttidsboende än för de som har hemtjänst, men lägre än för de som bor i särskilt boende med heldygnsoomsorg (figur 14).

**Figur 14, Andel med behov av hjälp helt eller delvis med personlig omsorg (klä sig, förflytta sig, toalett, hjälp med att äta), efter insatsform**

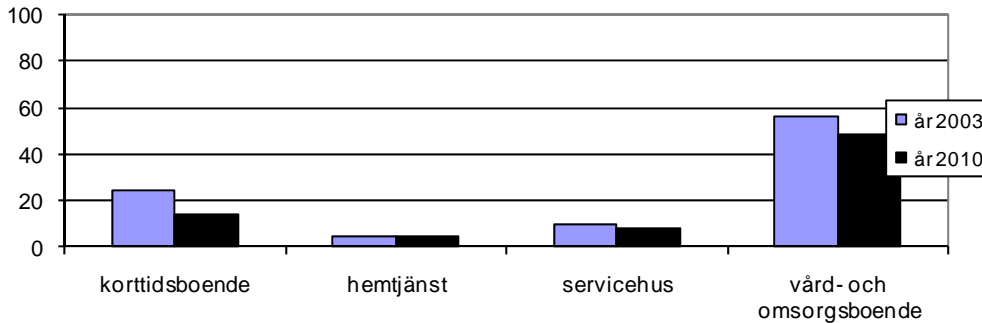


Källa: SNAC-Kungsholmen

Var fjärde som beviljas korttidsplats, oförändrat mellan 2003 och 2010, är beroende av hjälp med all personlig omvårdnad. Endast ett par procent av alla hemtjänsttagare har så stort omvårdnadsbehov, var tionde av dem som bor i servicehus och cirka hälften i vård- och omsorgsboende. I vård- och omsorgsboendet har andelen med detta stora behov minskat mellan 2003 och 2010.

Även den kognitiva förmågan är mer nedsatt hos dem som beviljats korttidsboende än hos dem som har hemtjänst men bättre än de som bor permanent i vård- och omsorgsboende. Andelen med svår eller mycket nedsatt kognitiv förmåga har minskat betydligt mellan 2003 och 2010 för personer med korttidsplats.

**Figur 15, Andel med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, efter insatsform**



Källa: SNAC-Kungsholmen

## Erfarenheter från andra studier

### Korttidsvårdens uppdrag

Uppdraget till korttidsvården beskrivs i många studier som oklar. I en nationell undersökning i England (Martin et al 2006) konstateras att korttidsvården är svår att definiera eftersom den utformas olika lokalt, mycket därför att den är ett komplement till andra vårdformer som inte fungerar bra. I en annan engelsk rapport förordas att korttidsvården bör utvecklas som en bro mellan sjukhus och hemmet, och inte som en ersättning för sjukhusvård. Utformningen av och uppdraget till korttidsvården ska inte grundas på brister i andra vårdformer eller i vårdsystemet framhålls i studien (Steiner et al 1997).

Dessa iakttagelser från England stämmer väl överens med flera svenska studier.

Forskaren Peter Westlund har valt namnet *Kort-tids-boende, en kameleont i äldreomsorgen* som namn på en rapport från en av de få studier som genomförts i Sverige om korttidsplatser (Westlund 2009). Studien genomfördes i Kalmar län februari-maj 2007 och var en kartläggning av alla insatser i länet, med syfte att följa flödena mellan olika insatsformer. Westlund konstaterar att korttidsplatsen har många och skiftande funktioner och kan se ut lite hur som helst. Uppdraget till korttidsvården är diffus i de studerade kommunerna, och beskrivs av en del kommunrepresentanter som en svårstyrd verksamhet. Korttidsplatserna används inte för de syften kommunerna tänkt sig. Ett skäl var att kort-

tidsboendeplatser i alltför hög grad kom att användas som "väntplatser" på plats i särskilt boende.

Korttidsplatsernas roll beskrivs av Westlund som att i huvudsak vara till för att stödja andra erbjudanden och insatser. Växelvård och avlösning ges mer för den anhöriges än den närståendes skull. Ibland beviljas korttidsplats för biståndshandläggarens skull, att hon eller han ska få tid att göra en tillräckligt säker utredning och bedömning. Korttidsboendet kan vara den plats där den äldre – eller anhöriga – bestämmer att en flytt till vård- och omsorgsboende är nödvändig. Korttidsplatsen kan också vara till för att kommunen ska kunna "ta hem" en person som är utskrivningsklar, men inte färdig att komma hem. Endast korttidsplatsen för vård i livets slutskede urskiljer Westlund som en insats med en mer självständig funktion.

Westlund för i sin rapport en diskussion om i vilken mån korttidsvården skulle kunna få en tydlig roll för att stärka den enskildes möjlighet att hantera sin situation. För att kunna få en sådan roll behöver enligt Westlund korttidsvården få ett tydligt uppdrag, något som inte var fallet när studien genomfördes.

Stockholms stad har som redovisats ovan lagt fast korttidsvårdens roll i stadens utbud av äldreomsorg. Av bl.a. äldreomsorgsinspektörernas granskning 2010 (se nedan) framkommer att det inte finns några kompletterande preciseringar i stadsdelarnas uppdrag till utförarna av korttidsvård. Det saknas vanligen också tydliga beställningar som beskriver vad biståndshandläggaren förväntar sig att korttidsboendet ska uppnå i det individuella fallet.

I en PM från Göteborgs stad (Gunnarsson 2008) påpekas att korttidsboende är ett begrepp som tolkas olika av huvudmännen och därför bör definieras.

Det är svårt att finna internationella studier som beforskat verksamheter jämförbara med svenska korttidsplatser. En genomgång av artiklar som behandlar korttidsvård visar att denna bedrivs i två huvudformer. Den ena i mer institutionell form, liknande svensk korttidsvård. Den andra, som synes vanligast, består av olika modeller för ett strukturerat omhändertagande i hemmet efter en sjukhusvistelse. Uppdraget synes genomgående vara att korttidsvården ska vara en länk mellan slutenvården och att klara sig hemma.

## **Vilka får korttidsplats?**

Tillgången till korttidsboende spelar på många håll fortfarande en avgörande roll i samspelet med slutenvården, konstaterade Socialstyrelsen i en med SKL gemensam inventering av utskrivningsklara patienter 2007 (Socialstyrelsen 2008a). Nästan varannan utskrivningsklar

patient planerades att få fortsatta insatser i den typen av verksamhet. Frågan är, skriver Socialstyrelsen, vilken typ av verksamhet ett korttidsboende egentligen är. Är det en tillfällig boendeform eller en verksamhet för eftervård efter sjukhusvistelser?

Westlund skiljer på två grupper som kommer till korttidsplats, de som kommer från sjukhus och de som kommer från hemmet. I det förra fallet dominerar behovet av tid för återhämtning och att ge träning/rehabilitering och/eller tid för att kunna ta ställning till om man kan flytta hem igen eller behöver plats på vård- och omsorgsboende. I det andra fallet dominerar funktionerna avlösning och växelboende. Inte oväntat utmärks de som kommer från sjukhusvård av en högre grad av sjuklighet och fler funktionsnedsättningar än de som har avlösning/växelvård. Betydligt fler är ensamboende (2/3 mot 1/3 för dem som kom från hemmet). Vistelsetiden för de som kom från sjukhus var längre än för de som kom från hemmet, och fler i den gruppen flyttade till vård- och omsorgsboende från korttidsboendet än bland dem som kom från hemmet (Westlund 2009).

Under hösten 2010 har Äldrecentrum intervjuat företrädare för äldreomsorgen i två av Stockholms stads stadsdelsförvaltningar och en länskommun. En tämligen enhetlig uppfattning är att korttidsboendet är ett boende för sköra äldre som under en period behöver få hjälp med t.ex. regelbundna måltider, dusch och hygien eller andra omsorgsaktiviteter. Den andra målgruppen är äldre som får vård av anhörig i hemmet och fungerar då som avlastning när den anhöriga behöver vila från sitt omhändertagande (Weurlander och Wånell 2011).

Hos intervjuade i en stadsdel i Stockholm fanns det delade meningar om hur avlastningen/växelvården fungerade. Den kritik som framfördes generellt av de anhöriga var att det på korttidsboendena vistades personer i varierande åldrar mellan 65 och över 100 år, med olika diagnoser – både somatiskt sjuka och personer med demenssjukdom. Att blanda somatiskt sjuka och demenssjuka var en stor miss, ansåg de anhöriga. De menade att dessa båda grupper hade så olika behov av vård (Norman 2009).

## Hur många platser behövs?

Som framgick ovan har det varit stor skillnad mellan stadsdelarna i Stockholms stad i hur många av stadsdelens äldre som beviljats korttidsplats. Det finns däremot inget som tyder på att andelen avslag skulle variera mellan stadsdelarna. Detta kan dock inte tolkas som att varje stadsdel funnit den optimala nivån. Snarare, vilket också framgår av Södermalmsstudien nedan, att även om man vill ha mer tid innan man går hem så ansöker man inte om korttidsplats. Det är därför svårt att bedöma vad som är ”rätt” antal platser.

I en PM från Västra Götalandsregionen beskrivs vårdformen korttidsvård i Göteborgs kommun (Gunnarsson 2008). Bakgrunden till studien var att stadsrevisionen i Göteborg i en granskning 2002 noterat att andelen vårdtagare som skrevs ut till korttidsboende var lägre i Göteborg jämfört med andra kommuner. Samtidigt var andelen som skrevs ut till eget boende inte högre trots längre vårdtider på SU. I vissa kommuner fanns, påpekade revisorerna, särskilda avdelningar inom sjukhus för korttidsvård. Stadsrevisionen ifrågasatte därför om det rådde brist på korttidsboende- eller rehabiliteringsplatser i Göteborg och hur kommunen säkerställde att resurserna för korttidsboende används på bästa sätt.

Göteborg hörde 2002 till de kommuner som hade lägst andel korttidsplatser i förhållande till sin äldrebefolkning (Wånell 2002). År 2008 hade Göteborg intagit en av tätplatserna, 1,4 % av Göteborgs innevånare hade korttidsplats vid Socialstyrelsens mättag vid årsskiftet 2008/2009. Detta kan jämföras med 0,9 procent i två kommuner som medvetet satsat på korttidsvård, Borås (se nedan) och Täby. Samma andel hade Malmö, medan andelen i Stockholm var 0,25 procent av stadens innevånare 65 år och äldre.

Det är med ledning av den kunskap som nu finns inte möjligt att svara på frågan i rubriken, hur många platser som är optimalt för att tillgodose de äldres och deras anhörigas behov.

## Vardagen på korttidsboendet

I samtliga granskade studier om korttidsvården framkommer att vardagen ofta är torftig, händelselös. Detta framkommer också tydligt i äldreomsorgsinspektörernas granskning av Stockholms stads korttidsboenden hösten 2010 (se nedan).

I en studie i en av Stockholms stadsdelar pekade anhöriga som intervjuades på behovet av meningsfull sysselsättning under vistelsen på korttidsboendet vilket de generellt inte tyckte att personalen gav deras närstående. Enligt de anhöriga blev dagarna på korttidsboendet innehållslösa för de närstående. Inga meningsfulla aktiviteter erbjöds. Teven stod på men ingen tittade på den. De äldre satt och hängde i sina stolar. Boendemiljöerna gav ofta ett trist och tråkigt intryck som kändes deprimerande. Några av de anhöriga efterlyste mindre enheter med färre boende än de som fanns att tillgå i dagsläget. De anhöriga poängterade vikten av att ha tillräckligt med personal med kompetens att kunna vårda så svårt sjuka personer som vistades på korttidsboendena. Ingen av de anhöriga uttryckte att de tyckte att bemanningen var god (Norman 2009).

I studien från Kalmar län görs bedömningen att korttidsvården vanligen inte får detta tydliga uppdrag. Risken är då att vistelsen i korttidsboendet leder till missnöje, sysslolöshet och uteblivna funktionsförbättringar. Korttidsvården tenderar ofta att bli mer produktions- än brukarorienterat

enligt Westlund. Det finns mycket lite av skräddarsydd individanpassning konstaterar han och tillägger att det däremot finns en myckenhet av standardisering och ett institutionaliserat arbetssätt (Westlund 2009).

En bidragande faktor till den ofta torftiga vardagen och miljön i korttidsboendet torde vara bristen på tydligt uppdrag till korttidsvården och avsaknad av individuella mål. Antagandet stöds av att de goda exempel som redovisas nedan alla präglas av tydliga uppdrag och medvetet arbete. En jämförelse kan också göras med dagverksamhet, som vanligen på ett helt annat sätt än korttidsvården lyckas med uppdraget att ge innehåll i vardagen.

## Korttidsplatsens roll som anhörigstöd

Korttidsvård är en etablerad form av anhörigstöd. I en studie i Stockholm 2009 berättade anhöriga som intervjuats och vars närstående hade beviljats växelvård/avlösningsplats att de veckor som deras närstående var hemma innebar en ständig tillsyn och handräckning. En av de anhöriga berättade om hur hon minutiöst förberedde makens hemkomst från växelvården där han vistades med två veckors intervall. Hon såg till att allt fanns hemma så att hon bara behövde gå utanför dörren vid ett enda tillfälle under två veckor för att handla färskvaror (Norman 2009).

I den ovan refererade studien i Kalmar län redovisas att insatserna i högre grad bör rikta sig inte bara till den närstående som får korttidsvården, utan också den anhörige som vårdar (Westlund 2009).

Flera av de närstående uttryckte efter vistelsen till sina anhöriga att ”aldrig mer”, inte dit”. Under intervjuerna berättade flera anhöriga hur deras närstående blivit sämre vid vistelsen under avlastningsveckorna. Av de nio anhöriga vars närstående vistats på detta korttidsboende sa alla utom två att de inte ville att deras närstående skulle komma tillbaka dit (Norman 2009).

## Äldreomsorgsinspektörernas granskning hösten 2010

Under hösten 2010 har Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer granskat de enheter som på stadens uppdrag bedriver korttidsvård. Granskningens fokus har varit på miljön, bemötandet, måltidssituationen, innehållet i dagen och kvaliteten i den sociala dokumentationen.

*Inspektörerna konstaterar att stadsdelsnämnderna hanterar och organiserar insatsen korttidsvård på olika sätt. Vi tror oss också ha uppfattat att det finns skillnader i möjligheten att överhuvudtaget bli beviljad korttidsvård beroende på vilken stadsdel man bor i. En tydlig tendens är att en del stadsdelar numera i vissa situationer inte alls beviljar korttidsvård, ibland med motiveringen att ”vi har inte korttidsvård”. En utgångspunkt som torde resultera i att det inte blir*

*någon formell ansökan som utreds och mynnar ut i ett beslut; bifall eller avslag* (Gens och Lindgren 2010).

Några generella iakttagelser som framgår tydligt vid en läsning av äldreomsorgsinspektörernas granskning är:

- Ingen av stadsdelarna har egna riktlinjer för när korttidsvård ska beviljas.
- Det är sällsynt med tydliga beslut och beställningar till korttidsvården gällande vad som förväntas med insatsen för den enskilda personen.
- Det är ovanligt med tydliga genomförandeplaner från utföraren.
- Korttidsplats beviljas nästan aldrig i väntan på permanent plats i särskilt boende – begreppet ”väntplats” är inte längre aktuellt i Stockholms stad. Den äldre hänvisas att inom kundvalets ram välja ledig plats i vård- och omsorgsboende, och där vänta på ledig plats i eventuellt annat önskat boende.
- Stadsdelarna anser sig vara ”generösa” med att bevilja korttidsplats för växelvård och avlösning av anhöriga.
- Stadsdelarna har blivit restriktiva med att erbjuda korttidsplats efter sjukhusvård, bl.a. för att undvika en ”mellanlandning” innan personen ska hem. Tiden på korttidsboendet kan vara passiv och ”hospitaliserande”, och det kan vara negativt för den äldre att behöva flytta flera gånger, kanske från somatisk akutsjukvård via geriatrik, korttidsvård och sedan hem, enligt handläggarna och deras chefer. Även budgetsäl har anförts som motiv för neddragningen.
- Stadsdelarna beviljar inte korttidsplats för rehabilitering, men ser det som svårt att dra gränsen mellan rehabilitering och det riktlinjerna för staden talar om – ”återhämtning”.
- Det är sällsynt att stadsdelarna beviljar korttidsplats i livets slut. Den äldre erbjuds även då permanent plats på vård- och omsorgsboende, något som flera av de intervjuade biståndshandläggarna bedömt som oetiskt.
- Det finns kritik hos beställarenheterna mot hur många korttidsvårdsenheter fungerar. Där blandas äldre med och utan demenssjukdom. Det saknas ofta mål med vistelsen, som tenderar att bli ren förvaring.
- Önskemålen från beställarenheterna är enheter som renodlat är inriktade mot korttidsvård, med personal som har kunskap om och erfarenhet av t.ex. rehabilitering, träning, utredning och ADL-



bedömning. Då finns förutsättningar för ett professionellt förhållningssätt där personalen från dag ett gör en genomförandeplan och påbörjar ett arbete för att uppnå målet med den beviljade korttidsvården. Handläggarna säger att det då också skulle kännas meningsfullt att göra en tydlig beställning om vad man förväntar sig av vistelsen. Man ska inte blanda personer med och utan demenssjukdom. Beställarna önskar också kommunala hospice för vård i livets slut.

- Beställarna tycker också att staden i sina upphandlingar tydligare bör precisera vad korttidsvård ska innehålla, vad man kan förvänta sig.
- Flertalet av de granskade korttidsenheterna präglas av rutinbetonat arbetssätt och bristande socialt innehåll. Två exempel från granskningskommentarerna: Få eller inga individuella aktiviteter genomfördes på korttidsvårdsenheten ... flera av de äldre som vistades på enheten upplevde att dagarna var långa. Under dagen satt de äldre i stort sett sysslolösa i det gemensamma köket/allrummet.
- Pensionat Hornskroken och Kinesen är exempel på väl fungerande korttidsvård för avlösning av anhöriga.

## Hälso- och sjukvård i gränlandet mellan kommun och landsting

### *Samspelet med husläkare och sjukhus*

Vid en granskning Socialstyrelsen gjorde 2007 i Stockholms län framkom oklarheter i ansvarsfördelning mellan läkare vid korttidsboendet och den äldres patientansvarige läkare vid husläkarmottagningen, liksom brister i kommunikationen mellan korttidsboendet och husläkarmottagningen kring t.ex. ordinationer och läkemedelslistor. Vid åtta av de tolv korttidsboenden Socialstyrelsen granskade saknades rutiner för informationsöverföringen när den äldre kom till boendet från hemmet. Hälften av verksamheterna uppgav att de hade svårigheter att få tillgång till den äldres aktuella läkemedelslista och var tredje hade svårigheter att nå den äldres distriktssköterska och husläkare. Vid några verksamheter fanns det oklarheter om vem som var den ansvarige läkaren, eller fanns risker för otydlighet avseende läkaransvaret (Socialstyrelsen 2007).

I granskningsrapporten pekar Socialstyrelsens tillsynsenhet på flera områden där verksamheten kunde förbättras:

- Endast ett fåtal av vårdgivarna hade upprättat mål för hälso- och sjukvården, och flertalet verksamheter saknade mål för hälso- och sjukvården som var anpassade till den enskilda verksamheten.

- Fullständiga ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet saknades i de granskade verksamheterna.
- Personal från boendet deltog aldrig i den samordnade vårdplaneringen vid utskrivning från sjukhus. Hälften av verksamheterna uppgav dock att samverkan med slutenvården fungerade bra tack vare det kontaktnät sjuksköterskorna vid boendet utvecklade med sjukhusen.

I en studie om gränssytor mellan vårdgivare redovisar en läkare i ett korttidsboende allvarliga brister för patientsäkerheten vid utskrivning från slutenvård. Läkaren menar att det inte rör sig om felbedömningar, utan om att patienten inte är färdigutredd på sjukhuset. Eftersom läkare och sjuksköterska vid korttidsboendet inte involveras i den samordnade vårdplaneringen på sjukhuset, och inte heller har tillgång till det gemensamma informationssystemet WebCare så upptäcktes detta först när den äldre kommer till korttidsboendet (Weurlander och Wånell 2011).

I en studie om läkare i särskilt boende, redovisas att flera av de intervjuade läkarna saknade att de inte blev konsulterade av biståndsbedömarna innan dessa fattade beslut om att bevilja personer med mer omfattande behov av hälso- och sjukvård en korttidsplats. En av de intervjuade läkarna ansåg att det också borde göras en medicinsk bedömning för att komplettera biståndshandläggarnas utredningar. Han ansåg att biståndshandläggarna många gånger beviljade platser i korttidsboende innan patienterna var medicinskt färdigbehandlade på de kliniker som de kom från. Det hände därför enligt läkarens bedömning att det kom personer till korttidsboenden där det inte fanns tillräckliga resurser för att tillgodose patientens vård och omsorgsbehov (Hjalmanson och Österman 2010).

De läkare i särskilt boende som intervjuades i den studien var eniga om att de största behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser hade de som var på korttidsboenden. Det som kännetecknade dem var att deras hälsotillstånd ofta var instabilt. Tidigare fick de ligga kvar inom geriatriken. *När de skrivs ut kan de ha instabil diabetes, hjärtsvikt som behöver behandlas med Furix och inställningar av läkemedel.* Även de som vistas i korttidsboende för en tids avlastning eller växelvård har en bräcklig hälsa. Det höga antalet in- och utskrivningar på korttidsboenden tar mycket läkartid, mer än vad som täcks av ersättningen från Stockholms läns landsting för läkare i korttidsvård (Hjalmanson och Österman 2010).

### *Rehabilitering och vardagssträning*

I ett samverkansavtal som tecknades 2002 mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting angavs avseende rehabilitering och korttidsboende: *För personer i ordinärt boende har landstinget ansvaret*

*för rehabiliteringen. Kommunens ansvar att ge korttidsboende (som är en särskild boendeform) inträder när anhöriga som vårdar personer i ordinärt boende behöver avlösning. Rehabiliteringsbehov skall inte utgöra skäl för att få korttidsboende.*

*I det samverkansavtal som gäller från 2010 är formuleringarna snarlika: För personer i ordinärt boende har landstinget ansvaret för rehabiliteringen. Kommunens ansvar att bevilja bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) för korttidsvård inträder när anhöriga, som vårdar personer i ordinärt boende, behöver avlastning. Den enskildes rehabiliteringsbehov ska inte utgöra skäl för att bevilja bistånd enligt SoL för korttidsvård.*

I intervjuer Äldrecentrum genomfört i några studier hösten 2010 framkommer att stadsdelarna utifrån denna gränsdragning begränsar vad korttidsvården ska innehålla. Korttidsboendet ska inte erbjuda rehabilitering. Det finns dock en problematisk gråzon som kan innebära att den äldre inte får den rehabilitering hon behöver (Weurlander och Wånell 2011). Det finns mellan olika professioner och mellan huvudmännen olika syn på vad som är rehabilitering, "mobilisering" respektive "vardagsträning" och vem som ansvarar för vad.

Från kommunhåll påtalas att sjukhusen gärna vill använda korttidsplatser, om de finns, för att kunna skriva ut patienter tidigare. I några intervjuer med företrädare i två av stadsdelarna och en kommun i länet framkom att sjukhusen anmäler vissa patienter som utskrivningsklara därför att de inte har den rehabiliteringspotential som krävs för att bli en geriatrisk patient, men väl var i behov av "mobilisering" (Weurlander och Wånell 2011). Denna bild bekräftas av företrädare för geriatriken. Geriatrikens målgrupp är i första hand patienter med en tydlig rehabiliteringspotential.

Fram till 1994 svarade landstinget för konvalescentvård efter sjukhusvistelse, en verksamhet landstinget behöll ansvaret för vid Ädelreformen. När landstinget upphörde med konvalescentvård fick den korttidsvård kommunerna tagit över vid Ädelreformen delvis ta sig an den uppgift landstinget lämnade. Som vi sett är detta i linje med riksdagens intentioner med Ädelreformen.

I Stockholms stad har dock uppdraget snävats in, vilket inneburit att äldre personer med behov av en kombination av återhämtning och vardagsträning inte riktigt passar in i dagens vårdutbud. De ingår inte i uppdraget till geriatriken, inte heller till korttidsvården. Det finns kommuner i länet som gör en annan bedömning.

Alla är dock överens om att det behövs en mellanform, givet att den inte förlänger vårdkedjan. I en fokusrapport till Stockholms läns landsting

konstateras att hemgång inte alltid upplevdes som det bästa men alternativ saknades (Rydeman och Törnkvist 2006).

En slutsats som kan dras är att korttidsplatsernas potential att genom rehabilitering och träning höja den äldres funktionsförmåga inte tas till vara.

Ingen stadsdel har någon överenskommelse med landstinget om gemensam finansiering av korttidsrehabilitering. Sådan överenskommelse har funnits mellan Skarpnäcks stadsdelsförvaltning och landstinget.

I dåvarande Nordvästra sjukvårdsområdet fanns under andra hälften av 1990-talet och i början av 2000-talet en gemensamt finansierad samverkan mellan korttidsvård, landstingets och kommunens primärvård och kommunens hemtjänst för rehabilitering. Samrehabiliteringsenheterna hade i respektive kommun ansvaret för såväl korttidsvården som dagvård och hemrehabilitering. Vi är vårdkedjan som en sjukgymnast formulerade det (Weurlander och Wånell 1997). Denna modell lyftes fram som ett föredöme såväl i länet som nationellt. Det är därför anmärkningsvärt att det idag inte ens finns rester kvar av den.

### *Sviktplats*

Ett annat gränslandskap, där det ännu inte finns tillräckligt med kunskap, är när det sviktat i hemmet, och där det inte räcker med förstärkta insatser från hemsjukvård och hemtjänst. I en del fall kan direktintag på geriatrik klinisk vara adekvat. Det är en insats som stimuleras från beställaren, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Plats på geriatriken kan dock vara övervård om det räcker med en tid för återhämtning, att få äta och få god omvårdnad. Då kan korttidsplatsen vara en bättre och mer hemlik vårdform. Här behövs mer kunskap för att i vårt län använda resurserna på bästa sätt både för den äldre och ur ekonomisk synvinkel. Eftersom de båda insatserna ägs av varsin huvudman krävs en samsyn.

### *Palliativ vård*

Vård i livets slut kan ske på hospice och är då ett landstingsansvar. Vanligen – om döden inte inträffar på sjukhus – så sker den i hemmet eller i ett vård- och omsorgsboende. Det är inte ovanligt att en äldre som behöver mer insatser i livets slut får biståndsbeslut vård- och omsorgsboende. Det skulle då vara mer adekvat med specialiserade korttidsplatser med palliativ inriktning. Dessa bör vara hemlika och ha god läkar- sjuksköterske- och undersköterskebemanning. Eftersom hälso- och sjukvårdsansvaret är delat behövs det också här en samsyn mellan landstinget och länets kommuner.

## Exempel på strukturerade uppdrag

Det finns goda exempel på bra korttidsvård. Närliggande i Stockholms stad är de två ”*pensionaten*”, Hornskroken på Södermalm och Kinesen i Bromma. Borås är exempel på en kommun med ett tydligt uppdrag till sin korttidsvård. Få verksamheter är dock utvärderade, en av de få behandlar två korttidsboenden i Linköping.

### *Pensionat Hornskroken ett gott exempel*

Pensionat Hornskroken på Södermalm, har möjlighet att ge avlösning utifrån den enskildes behov, omgående om så krävs, och flexibelt vad gäller tid. Pensionat Hornskroken startade i januari 2000 som ett projekt med medel från ”*Anhörig 300*” och permanentades tre år senare. Pensionat Hornskroken är en stadsövergripande verksamhet som vänder sig till personer bosatta i hela Stockholms stad. Här finns fyra lägenheter med möjlighet till dygnetruntplats. Pensionatet tar också emot daggäster och det finns möjlighet för närstående att vistas där även kvällstid om anhöriga vill gå på något kvällsarrangemang. Närstående har möjlighet att vistas vid återkommande tillfällen under året.

Fram till årsskiftet 2008 behövdes inget biståndsbeslut för att närstående skulle få vistas där. I september 2008 tog äldrenämnden beslut om att biståndsbeslut krävs för att verksamheten ska tillämpa gällande regelverk i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen och därmed tydliggör ansvarsfrågan.

Anhöriga med erfarenhet av Hornskroken har berättat att de uppskattade att de själva kunde ringa och boka tid när behov av avlastning uppkom. Det gick så smidigt att få komma till Hornskroken. Det var inte någon ansökan och utredning eller väntetid – det var bara att komma och det var precis vad vi behövde då. De uppskattade personalens trevliga bemötande, den goda maten och fiket och den lugna som var där. Småskaligheten, med endast fyra lägenheter och någon daggäst som vistades där gjorde att det kändes ”*tryggt och familjärt*”, berättade de anhöriga. En av de anhöriga menade att bara vetskapen om att hon kunde ringa dit om hon skulle behöva avlastning gjorde att hon kände sig lugn. En annan av de anhöriga berättade att stödet från Pensionat Hornskroken betytt väldigt mycket för henne och hon beklagade att hon inte hade fått vetskap om verksamheten tidigare då hon vårdade sin närstående under flera år utan möjlighet till avlastning (Norman 2009).

### *Linköping*

Tre forskare i Linköping har studerat de första årens verksamhet för två korttidsboendeenheter vid Garnisonens vårdboende i Linköping (Cedersund et al 2009). Korttidsplatserna drevs med gemensam finansiering av Linköpings kommun och landstinget. Satsningen skulle enligt

kommunen innebära en förstärkning när det gäller rehabilitering av äldre i Linköpings kommun – något som man räknar med kommer att löna sig på kort och på lång sikt, såväl mänskligt som ekonomiskt.

Den ena enheten skulle ha inriktning mot rehabilitering, ha en god boendemiljö och kunna erbjuda upp till sex veckors korttidsboende för utskrivningsklara personer 65 år och äldre i behov av funktionshöjande träning. Den andra enheten skulle ha fokus på personer i behov av återhämtning efter sjukhusvård och före hemgång. Vistelsetiderna där skulle begränsas till högst 14 dagar.

I intervjuerna med personer som fått korttidsplats på Garnisonen nämner flera att det egentligen inte hade gått att åka från Universitetssjukhuset och direkt hem – det var egentligen inte tänkbart. En av de intervjuade säger med uppskattning att det är som ”ett slags träningshem”, och att det får gå i hennes takt, till skillnad mot på sjukhuset.

De tre forskarna lyfter fram några viktiga delar i den modell huvudmännen prövade på Garnisonens vårdboende. Ett var att korttidsplatsen erhöles efter bedömning av hemrehab och gjordes på Universitetssjukhuset, inte via sedvanligt biståndsbeslut. En annan att sjukgymnast och arbetsterapeut kunde samla sina insatser till Garnisonens lokaler. En tredje är att de båda korttidsenheterna hade ett tydligt uppdrag.

Flera av de äldre som intervjuades uttryckte oro inför framtiden, hur skulle livet gestalta sig hemma med hemtjänst som man tidigare inte haft behov av? Att från en orolig sjukhusmiljö komma till ett stort, eget rum beskrevs av gästerna som underbart. Forskarna konstaterar att Garnisonen blev en lugn miljö både rumsligt och själsligt att landa i innan man ska hem. Det blev en slags vändpunkt för den äldre, då hon lämnade akutsjukvården efter ett mer eller mindre allvarligt sjukdomstillstånd för att nu återhämta sig för att så småningom återgå till vardagen konstaterar de. Det är ett bra tillfrisknandeställe beskrev en av de intervjuade det. Forskarna konstaterar att det är viktigt att skapa ett ”rum” för de existentiella frågorna i omsorgens vardag.

### *Borås*

Borås stad har lagt fast tydliga riktlinjer för sina korttidsplatser. De inbegriper inriktning och vilken kompetens som ska finnas. De inriktningar som anges är:

- Somatiska platser vänder sig till personer med tillfälligt behov av vård och omsorg som inte kan tillgodoses i eget boende. Platserna skall vara särskilt avsedda för korttidsvistelse och kräver tillgång till träningsmöjligheter.

- Demenskorttidsplatser vänder sig till personer som har en demensdiagnos eller har påbörjat en demensutredning. Platserna skall vara särskilt avsedda för korttidsvistelse.
- Psykiatrikorttidsplatser vänder sig till personer med en psykisk sjukdom eller ett psykiskt funktionshinder. Platserna kan finnas på särskilda enheter eller i anslutning till särskilda boendeplatser.
- Växelvårdsplatser och avlösningsplatser vänder sig till samtliga tre sjukdomsgrupper. Det kan vara personer som är i behov av rehabilitering och/eller social stimulans för att förlänga boendet hemma. En avlösningsplats har som huvudsyfte att avlasta anhöriga som vårdar i hemmet.

Av riktlinjerna framgår vidare att ett akut behov av korttidsplats ska kunna ordnas inom ett dygn. En arbetsplan skall upprättas för alla som får ett beslut om korttidsplats. Om det finns behov av hälso- och sjukvårdsinsatser skall även en omvårdnads/rehabiliteringsplan upprättas. En kontaktperson ska vara utsedd vid vistelsens start med särskilt ansvar för kontakt med anhöriga. I kontaktpersonens ansvar ingår även att tillsammans med HSL-personal se till att upprättad rehabiliteringsplan/arbetsplan efterföljs.

### *Göteborg*

Kommunfullmäktige i Göteborg beslöt 2006 att beslut om korttidsvistelse skall vara tidsbestämt. Målet för vistelsen skall vara klart definierat och beskrivet. Ett uppdrag bör formuleras till den enhet som tillhandahåller korttidsvistelsen. Fullmäktige beskrev fyra olika typer av korttidsplatser: för träning och/eller bedömning; för tillfälliga behov av stöd eller avlösning; vänteplatser; växelvårdsplatser (Gunnarsson 2008).

### **Kostnadseffektivt?**

I den översiktliga sökning som gjorts av internationella studier fann vi ingen som visar på om korttidsvård kan vara kostnadseffektiv. Det framkommer dock tydligt i flera studier att om den äldre får ett strukturerat omhändertagande av olika professioner efter en sjukhusvistelse så ger det goda resultat för den äldre, mätt exempelvis genom återvunnen funktionsförmåga. Liknande resultat redovisas oavsett om insatserna getts institutionellt i någon form av korttidsvård, eller av ett team i hemmet. Av den genomgång Äldrecentrum kunnat göra i denna studie går det dock inte att bedöma om patientgrupperna varit lika, eller om det finns vissa som behöver korttidsplats medan andra mer skulle gynnas av en sammanhållen och teambaserad vård och omsorg in hemmet.

Liknande studier har inte gjorts i Sverige. I Stockholms län finns (ännu) ingen motsvarighet till den form av "short term care" eller "intermediate

care” som i flera andra länder kan erhållas i hemmet. Den mer institutionella korttidsvård som redovisas i vissa forskningsartiklar synes vara en kombination av geriatrisk klinik och korttidsplats. Det är dock, som nämnts, svårt att finna bra jämförelser i andra länder.

Ett exempel på strukturerade insatser i hemmet är de äldreteam som finns i projektform i Stockholms län i Huddinge, Nynäshamn, Haninge/Tyresö och Solna/Sundbyberg. Dessa är kostnadseffektiva genom att de både ger en ökad trygghet för de äldre som får sin hemsjukvård via dessa team, och lägre kostnader för kommun och landsting (Hjalmarson 2011).

I en doktorsavhandling från universitetet i Trondheim redovisar Helge Garåsen en randomiserad studie i Trondheim. Av 142 patienter inlagda på S:t Olavs hospital fick hälften fortsatt vård på sjukhuset och hälften på korttidsplatser på ett sjukhem. Slutsatsen blev att de som fått korttidsplats hade färre återinläggningar på sjukhus och fler klarade sig utan kommunala omsorgstjänster. De hade lägre dödlighet både efter sex och 12 månaders uppföljning. Garåsen gör därför bedömningen att denna vårdform är kostnadseffektiv. Garåsens bedömning kan jämföras med liknande erfarenheter i studie 3 nedan.

I den ovan refererade studien i Kalmar län redovisas att för de som fick korttidsplats efter sjukhusvistelse förbättrades ADL-förmåga och omvårdnadsstatus, men någon jämförelse med en kontrollgrupp har inte gjorts (Westlund 2009).



# OMSORGSBEHOV HOS PATIENTER SOM ERBJUDS VÅRDPLANERING

Syftet med denna delstudie i Södermalmsstudien var att beskriva äldre patienter som blev föremål för samordnad vårdplanering inför utskrivningen från sjukhus enligt betalningsansvarslagen. Det gällde bland annat funktionsförmåga och omsorgsbehov vid utskrivningen, deras egen uppfattning om vilket hjälpbehov de hade samt hur de uppfattade att de hade klarat sig i hemmet en tid efter utskrivningen.

Här sammanfattas de viktigaste resultaten. En utförlig redovisning av studien finns i rapporten "Samordnad vårdplanering – vad hände sedan?" utgiven av Socialstyrelsen (2008). Studien gjordes under oktober 2007 och avgränsades till patienter som var 65 år eller äldre, som bodde i det ordinära bostadsbeståndet på Södermalm eller i Gamla stan i Stockholm och som Södermalms stadsdelsförvaltning bedömde skulle kunna återvända hem efter sjukhusvistelsen.

## **Registerstudien: Ålder, kön, inskrivningsorsak, vårdtid och omsorgsbehov vid utskrivning**

Registerstudien visade att en fjärdedel (125 av 460) av samtliga patienter 65 år och äldre och boende på Södermalm som skrevs ut från något sjukhus inom Stockholms läns landsting aktualiserades för vårdplanering med äldreomsorgen.

Två tredjedelar var kvinnor och hälften var 85 år eller äldre. Majoriteten av de äldre, 86 procent, skrevs ut till en bostad i det ordinära bostadsbeståndet.

I genomsnitt (median) hade patienterna vårdats under elva dagar i slutenvården med en variation mellan 3 och 35 dagar. Det fanns inga köns- eller åldersskillnader i vårdtid.

Den vanligaste orsaken till sjukhusvård var sjukdomar i muskler och skelett som frakturer, höft- och knäledsoperationer samt värk i rygg och ben. Därefter var nedsatt allmäntillstånd, förvirring och diffusa smärtor vanliga orsaker till sjukhusvård. En tredje inskrivningsorsak var infektioner som exempelvis lunginflammation, urinvägsinfektion och sårinfektioner.

Patienterna hade omfattande funktionsnedsättningar vid utskrivningen. Katz ADL-index ger en uppfattning om hur beroende den äldre är av hjälp från andra för att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). I genomsnitt hade männen behov av hjälp med 3,5 ADL-aktiviteter och kvinnorna med 2,9 aktiviteter.

För en fjärdedel av patienterna gjorde sjukgymnast eller arbetsterapeut på sjukhuset en bostadsbedömning innan utskrivningen och vid var femte utskrivning var bostadsanpassning ännu inte gjord.

## **Intervjuer på sjukhus av utskrivningsklara patienter**

Totalt kunde 66 patienter på Södra Stockholms geriatriska klinik intervjuas inför utskrivning, vilket motsvarar 62 procent av samtliga utskrivningsklara patienter som skrevs ut till hemmet under oktober 2007 (se figur 5 i kapitel Metod för olika typer av bortfall).

### *Ålder, kön och hushållssammansättning*

De intervjuades ålder varierade från 67 till 98 år, genomsnittsåldern bland kvinnorna var 85 år och bland männen 82 år. De intervjuade skilde sig inte i ålder från samtliga som skrevs ut under oktober och som hade blivit aktuella för vårdplanering. Däremot var kvinnorna något underrepresenterade i intervjustudien (61 %) jämfört med samtliga som registrerades i WebCare (67 %). Tre fjärdedelar av de intervjuade bodde ensamma. Bland kvinnorna var nästan alla ensamboende, bland männen drygt hälften.

### *Förhållanden innan den aktuella vårdepisoden*

Intervjuerna på sjukhuset visade att majoriteten av patienterna hade rörelseproblem redan innan den aktuella vårdepisoden. Tre patienter var rullstolsburna. Den största patientgruppen, 52 personer, var beroende av hjälpmedel som käpp, bock eller rollator för att kunna förflytta sig redan innan den aktuella vårdepisoden. En femtedel av dessa bodde i lägenheter som var belägna en eller flera trappor upp i huset utan tillgång till hiss.

Nio av tio uppgav att de behövde hjälp med praktiska uppgifter i hemmen som att städa, tvätta, bädda, handla och så vidare. Var femte man och varannan kvinna behövde också hjälp med personlig omsorg.

### *Förhållanden vid utskrivning från sjukhuset*

De flesta patienter hade stora rörelsehinder vid utskrivning. Närmare 60 procent (39 personer) gick med rollator och 17 procent (11 personer) var rullstolsburna eller kunde ta enstaka steg med gåbord och stöd av en eller två personer. Funktionsförmåga, vårdberoende, samt förekomst av besvär och oro vid utskrivning redovisas utförlig i tabell 1 i bilaga 2.

Endast sex personer låg enligt intervjuarens bedömning i ADL-grad A, alltså var inte beroende av hjälp med någon av de aktiviteter som ingår i indexet (badning, på och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag). Drygt var fjärde person bedömde intervjuaren ligga på Katzskalans grad E eller F, dvs. de var beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och minst en aktivitet till.

De allra flesta äldre uppgav att de fortfarande hade smärtor eller besvär vid utskrivningen; 30 procent av kvinnorna och 12 procent av männen rapporterade svåra besvär. Drygt hälften av de äldre (58 %) uppgav att de var oroliga eller nedstämda, en lika stor andel bland männen som bland kvinnorna.

De allra flesta äldre ansåg att de behövde hjälp från hemtjänsten efter utskrivningen; nio av tio behövde hjälp med serviceuppgifter och hälften med personlig omsorg. Nio av tio patienter bedömde att de även behövde hjälp från primärvården.

## Uppföljning i hemmet

Alla 66 patienter som blev intervjuade på Södra Stockholms geriatriska klinik bodde i det ordinära bostadsbeståndet, och äldreomsorgens biståndsbedömare bedömde att de kunde flytta hem efter utskrivningen. Hembesöken skedde 4-7 veckor efter utskrivning från sjukhuset. Det visade sig dock att endast 39 personer kunde bli intervjuade i hemmet om förhållandena efter utskrivningen. Tre personer hade avlidit, fem hade flyttat till särskilt boende och övriga var åter inlagda på sjukhus, alltför sjuka för att bli intervjuade, eller så kunde intervjuaren inte nå dem (se ovan figur 4 i kapitel metod). Intervjuerna gjordes mellan november 2007 och början av januari 2008.

### *Förbättring av funktionsförmågan och minskning av vårdberoendet för de flesta intervjuade*

För de flesta patienterna hade rörelseförmågan blivit betydligt bättre. Elva personer kunde gå utan hjälpmedel vid det uppföljande hembesöket jämfört med två vid utskrivningen. Två personer hade sämre mobilitet jämfört med föregående intervju.

De flesta hade också minskat sitt vårdberoende mätt i Katz ADL-index. Fjorton personer (38 %) var inte beroende av hjälp med någon av dessa aktiviteter att jämföra med sex personer vid utskrivning. Sex personer (16 %) var beroende av hjälp vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och minst en aktivitet till, motsvarande ADL-grad E eller F att jämföra med drygt var fjärde vid utskrivning.

För 11 personer hade ingen förändring skett, 24 personer hade minskat sitt beroende, medan två personer hade blivit mer beroende i dagliga aktiviteter.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Den individuella förändringen i vårdberoende visas i figur 1 i bilaga 3

### *Ingen förändring vad gäller självskattad hälsa eller oro och nedstämdhet*

Tolv personer bedömde sitt hälsotillstånd som sämre vid hembesöket medan 17 skattade det som bättre. Resterande personer upplevde ingen förändring. Både vid utskrivning och vid hemintervjun uppgav drygt hälften (56 % respektive 59 %) att de kände sig oroliga eller nedstämda.

### *Majoriteten av dem som kunde bli intervjuade i hemmet låg i riskzonen för undernäring*

Majoriteten av dem som kunde intervjuas i hemmet låg i riskzonen för undernäring, bland kvinnorna var det cirka 70 procent. För denna grupp är det viktigt att måltiderna fördelas jämnt över dygnet. Trots detta uppgav omkring hälften av de intervjuade att det gick elva timmar eller mer mellan kvällsmål och frukost, vilket brukar räknas som en alltför lång nattfasta.

### *De allra flesta har hjälp av hemtjänsten*

Majoriteten av de 66 personer som hade blivit intervjuade på sjukhuset (83 %) hade under oktober till december 2007 insatser från äldreomsorgen med hemtjänst, trygghetslarm eller ledsagning. I genomsnitt var de beviljade hjälp cirka 60 timmar per månad, som minst två timmar och som mest 221 timmar. På frågan hur äldreomsorgen fungerade vid utskrivningen uppgav de flesta som kunde bli intervjuade att de fick den hjälp de behövde, endast två personer ansåg att de inte fick det. Bedömningen av hemtjänsten varierade från mycket positivt till kommentarer som det gick väl något så när.

För en man blev det problem när han skrevs ut, trots att systemet med att kvittera meddelanden i WebCare ska minska risken för oklarheter eller missförstånd. Ingen mötte upp när jag kom från sjukhuset. Jag blev bara utsläppt ur taxin på gatan. Hemhjälpens kom först nästa dag, de hade missat mitt hemgångsdatum. En person på gatan fick hjälpa mig in i porten.

### *Var femte bodde i bostäder med bristande tillgänglighet*

Eftersom nästan alla intervjuade var rörelsehindrade vid utskrivningen var bostadens tillgänglighet avgörande för deras möjlighet att klara sig hemma. I stort sett alla hade individuellt anpassade hjälpmedel som rullstolar, rollatorer, kryckor, förhöjning av sängar, dynor, toalettstolsförhöjare, duschpallar, griptänger m.m. En femtedel bodde dock i bostäder med bristande tillgänglighet som gjorde det svårt eller omöjligt att ta sig ut med rullstol eller rollator.

### *En fjärdedel ansåg att vårdtiden på sjukhus var för kort*

En fjärdedel av de äldre ansåg att de hade behövt en längre vårdtid och menade att de var alltför sjuka eller svaga när det var dags att åka hem eller att de hade behövt mer tid för rehabilitering.

### *Samtliga fyra personer som ansökte om korttidsplats fick avslag*

Fyra av dem som hade velat stanna längre på sjukhus ansökte i samband med vårdplaneringen om att få komma till särskilt boende en kortare tid för återhämtning och rehabilitering. Södermalms stadsdelsförvaltning avslog samtliga fyra ansökningar med hänvisning till att de äldres omsorgsbehov kunde bli tillgodosedda i hemmet.

### **Vad hände med dem som önskade en längre vårdtid?**

Två av dessa personer fick ändå korttidsplats under tre veckor via den randomiserade studien. Förhållandena vid utskrivningen och en tid därefter för de fyra som fick avslag på ansökan om korttidsplats, beskrivs kortfattat nedan:

#### *Kvinna, 78 år*

Kvinnan hade vårdats på sjukhus efter att ha fallit under en promenad och fått en höftfraktur. När hon föll slog hon också i armen och axeln och fick stora blåmärken över kroppen. Vid utskrivningen hade hon ett stort omvårdnadsbehov. Hon klarade att sätta sig upp i sängen med stor möda, men behövde hjälp med att komma upp från sittande till stående. För att förflytta sig behövde hon gåbord samt hjälp av två personer. Hon bodde ensam i en lägenhet där det inte gick att komma in på toaletten med rullstol eller gåbord. För att klara toalettbesök kunde en portabel toalettstol ställas i lägenheten, men hon skulle behöva hjälp för att kunna använda den. Stadsdelsförvaltningen erbjöd kvinnan att få duscha i ett närbeläget servicehus dit hon kunde ta sig med färdtjänst (och i sådant fall med specialfordon och så kallade trappklättrare, eftersom hissen var så liten att det inte gick att få in rollator, rullstol eller gåbord). Stadsdelsförvaltningen avslog hennes ansökan om korttidsplats eftersom de bedömde att behoven skulle kunna bli tillgodosedda genom hemtjänst i bostaden, samt genom trygghetslarm för att kalla på hjälp om hon skulle falla eller om någon annan akut situation skulle uppstå. De bedömde därmed att hon var tillförsäkrad en skälig levnadsnivå. Genom den aktuella studien fick hon dock möjlighet att komma till korttidsplats tre veckor. Hennes egen kommentar var:

*”Tror inte att jag hade klarat mig så bra hemma om jag inte hade fått komma till Vintertullen i tre veckor. Där fick jag träna med sjukgymnast varje dag. Det var fantastiskt på Vintertullen.”*

Under vistelsen på korttidsplats gjorde stadsdelsförvaltningen en ny vårdplanering där hon fick sin ansökan om att få flytta till servicehus beviljad, dels på grund av stort omvårdnadsbehov, dels på grund av att bostaden inte var tillgänglig.

### *Man, 87 år*

En 87-årig man vårdades på sjukhus på grund av långvarig lunginflammation. Under de senaste åren hade han lagts in upprepade gånger för hjärtbesvär: hjärtinfarkt, förmaksflimmer och kärlekskramp. Vid vårdplaneringen var han mycket trött och orkade inte gå mer än 10 meter. Han låg mest och vilade och behövde hjälp och uppmuntran för att orka gå upp och sköta sin personliga hygien. Han hade besökt bostaden tillsammans med en sjukgymnast från avdelningen, bland annat för bedömning av behovet av bostadsanpassning och ytterligare hjälpmedel. Mannen blev dock mycket trött vid hembesöket och hade svårt att hantera rollatorn, som han inte var van vid. Det fanns risk för att han skulle kunna falla. Han var tveksam till att åka hem och kände sig orolig. Han tyckte själv att minnet hade blivit sämre och att han tappade bort saker.

Mannen ansökte om korttidsplats för att kunna återhämta sig ytterligare efter sjukhusvistelsen. Stadsdelsförvaltningen avslag ansökan eftersom behovet av hjälp, omsorg och trygghet kunde bli tillgodosedd med hemtjänst och trygghetslarm i bostaden och att han därmed var tillförsäkrad en skälig levnadsnivå. Genom den aktuella studien fick han dock möjlighet att komma till korttidsplats under tre veckor. Han insjuknade kort därefter i hjärtbesvär och efter flera vårdepisoder på sjukhus avled han efter två månader. Han hann därför aldrig bli intervjuad i hemmet.

Vid en intervju med mannens son, säger han att det varit en strid hela tiden för att försöka hjälpa fadern att tillgodose hans behov av hjälp och omsorg. Sonen var väldigt besviken på handläggningen av faderns ärende. Redan 1999 ansökte han med sonens hjälp om att få komma till ett servicehus då han kände sig otrygg i sin lägenhet och hade ett visst hjälpbehov redan då. Till slut, i december 2007, blev han beviljad servicehuslägenhet, men hann bara bo där något dygn innan han återigen blev inlagd på sjukhus, där han sedan avled.

*”Hur kan det vara så svårt att få komma till ett servicehus? Det känns inte längre tryggt att bli gammal i Sverige.”*

### *Kvinna, 93 år*

En 93-årig kvinna fick en höftfraktur och eftersom hon hade höftprotes blev det ett komplicerat brott. Hon kom efter fem dagar till Södra Stockholms geriatriska klinik för rehabilitering, men denna gick långsamt. Efter 20 dagar gjordes en vårdplanering och då använde

kvinnan gåbord, samt behövde hjälp från två personer, för att komma i och ur sängen och förflytta sig. Innan utskrivningen besökte kvinnan hemmet tillsammans med en sjukgymnast som gjorde en hemmiljöbedömning. Kvinnan kunde då gå kortare sträckor och kom med möda in på toaletten. Hon förflyttade sig till största delen i rullstol eftersom hon inte orkade gå och man bedömde fallrisken som stor. Kvinnan berättade vid vårdplaneringen att hon oftast behövde gå på toaletten två gånger per natt och var orolig för hur det skulle fungera hemma. Hon ansökte om korttidsplats eftersom hon ansåg att hon behövde mer tid för att återhämta sig, men fick avslag. Stadsdelsförvaltningens motivering var att behovet av trygghet bedömdes kunna tillgodoses i ordinärt boende med hemtjänstinsatser samt trygghetslarm, och de bedömde därmed att hon var tillförsäkrad en skälig levnadsnivå. Hon fick i stället hjälp sju gånger per dygn, varav två gånger per natt med toalettbesök. Kvinnan gav själv följande beskrivning av hur det var när hon kom hem efter sjukhusvistelsen.

*”Det var kaos och strul i en vecka. Jag satt som i ett fängelse. Rullstolen var för stor och det var svårt för mig att ta mig fram i lägenheten, först efter två veckor fick jag en rullstol som fungerade.*

*Jag var väldigt otrygg när jag kom hem från sjukhuset. Grät varje dag. Det kom olika personer från hemhjälpn hela tiden. En natt när jag nyligen hade kommit hem kom två stora karlar för att ta mig till toaletten. Jag väcktes av att de tog i mig och jag blev livrädd! De klev bara in, tog inte av sig ytterkläderna och satte inte på sig tossor. Dessutom gjorde det ont när de tog på mitt operationsärr.*

*Nu behöver jag ingen tillsyn på natten. Klarar mig själv nattetid, tack och lov! Nu har jag en person från hemtjänsten som kommer regelbundet och det fungerar mycket bra.”*

### *Kvinna, 83 år*

En 83-årig kvinna blev inlagd på sjukhus efter en luftvägsinfektion men hon hade också bensår, hjärtsvikt och astma. Hon var mycket trött och hade nedsatt allmäntillstånd när hon kom till sjukhuset. I början kunde hon inte sitta på sängkanten utan ramlade baklänges om hon inte fick stöd. Hon var vid vårdplaneringen fortfarande mycket ostadig och skulle behöva sitta i rullstol efter utskrivningen. Fallrisken bedömdes som stor. Eftersom hon hade ett trycksår i bäckenet skulle hon inte ligga alltför mycket utan måste bra av att vara uppe. Hon vägde endast cirka 40 kg och fick därför energiberikad kost samt näringsdrycker på sjukhuset. Kvinnan hade svårt att äta på grund av att hon inte kunde använda höger hand efter en skada. Hon var deprimerad och fick antidepressiv mediciner. Innan denna vårdepisod hade hon hemtjänst fyra gånger per dag med mathållning och viss personlig omsorg, serviceinsatser och trygghets-

larm. Kvinnan ansökte nu om korttidsplats för en tids återhämtning efter utskrivningen från sjukhuset, men fick avslag med motiveringen att behoven av hjälp och omsorg kunde bli tillgodosedda med hjälp av hemtjänst och trygghetslarm. Hon kunde därför anses vara tillförsäkrad en skälig levnadsnivå.

Några dagar efter utskrivningen från Södra Stockholms geriatriska klinik togs hon åter in på Södersjukhuset och avled sedan. Hon kunde alltså inte bli intervjuad utan nedanstående uppgifter bygger på en telefonintervju med hennes syster:

*”Min syster började bli sjuklig i början av 2007. Hon gick ner kraftigt i vikt. Hon fick matlådor, men tyckte inte om dem. Hon ville gärna ha husmanskost, hemlagat, till exempel stuvad vitkål som hon älskade, men det var inte många av hemtjänstpersonalen som kunde laga husmanskost, sen hade de ont om tid också.*

*Att ligga ensam i en lägenhet och vänta på att någon ska komma är förödande. Min syster trodde ibland att ingen kom på hela dagen fast det bara hade gått några timmar sedan någon hade varit hos henne.*

*En chef på sjukhuset hjälpte till att trycka på för att min syster skulle få särskilt boende – tyvärr hann hon inte bo där så länge. Enligt biståndsbedömaren skulle vi ha sökt annat boende direkt, men hur skulle vi kunna veta det? Hon fick ju avslag från kommunen på korttidsplats.”*



# EFFEKTEN AV ÖKADE MÖJLIGHETER ATT FÅ KORTTIDSPLATS

Medan delstudie I i Södermalmsstudien beskrev samtliga patienter som blev föremål för samordnad vårdplanering inför utskrivning under oktober 2007 fokuserade delstudie II på patienter som ansökt om korttidsplats i samband med vårdplanering inför utskrivning från sjukhus men som fått avslag på sin ansökan från Södermalms stadsdelsförvaltning. Studien pågick från september 2007 till december 2008.

Korttidsplats erbjöds vid någon av de båda korttidsboendena på Södermalm. I uppdraget till korttidsboendena ingår inte rehabilitering. Det framkommer dock såväl av de intervjuer projektsjuksköterskan hade med de som ingår i interventionsgruppen som av den granskning äldreomsorgsinspektörerna gjort hösten 2010 att det finns möjlighet att få viss rehabilitering förutsatt att man uppmärksammas av den rehabiliteringspersonal som arbetar i det särskilda boende där korttidsplatserna ligger. Av anhörigintervjuer och äldreomsorgsinspektörernas granskning framgår att de båda korttidsboendena inte skiljer sig från flertalet andra korttidsboenden i staden vad gäller uppdrag, miljö och innehåll i vardagen, så som de beskrivits ovan.

## Beskrivning av studiepopulationen vid utskrivning från sjukhus

### *Ålder, kön och boendesituation*

Studien kom att inkludera 39 personer, 24 i interventionsgruppen och 15 i kontrollgruppen, som uppfyllde inklusionskriterierna och gav sitt medgivande till att delta i studien (jfr figur 5 och tabell 4 ovan i kapitlet metod). I likhet med samtliga utskrivningsklara patienter som aktualiserades för vårdplanering under oktober 2007 (delstudie I) var genomsnittsåldern hög, 85 år. Tre fjärdedelar av studiegruppen var kvinnor. De allra flesta bodde ensamma i bostadsrätter eller hyreslägenheter.

### *Orsak till sjukhusvård och medelvårdtid*

Även bland äldre som sökt men fått avslag på sin ansökan om korttidsvård var fraktur efter fall den vanligaste huvuddiagnosen (54 %). Här ingick benfrakturer, armfrakturer och kotkompressioner. Näst vanligaste huvuddiagnos var infektion och lungsjukdom (13 % vardera). Hjärt-kärlsjukdom (hjärtsjukdom, stroke, TIA) var huvuddiagnos hos åtta procent av deltagarna. Samtliga deltagare hade fler bidiagnoser utöver huvuddiagnosen, 64 procent av deltagarna hade hjärt- kärlsjukdomar i någon form. Medelvårdtiden (median och aritmetiskt medelvärde) på

sjukhus var 14 dagar, vilket var något längre än för samtliga äldre som skrevs ut efter vårdplanering (delstudie I) och dubbelt så länge som genomsnittet för personer 85 år och äldre under år 2007 (SKL, 2010). Personer med demenssjukdom och annan form av kognitiv nedsättning ingick inte i studiepopulationen.

### *Funktionsförmåga och omsorgsbehov*

De äldre som hade ansökt om men inte fått beviljat korttidsplats var i ännu högre grad rörelsehindrade än samtliga äldre som skrevs ut med vårdplanering (delstudie I). Hälften bland dem som hade ansökt om korttidsplats var rullstolsburen eller behövde stöd av en annan person vid förflyttning (jämfört med 17% i delstudie I) och hälften gick med rollator, bock, eller käpp (jämfört med 80% i delstudie I).

Fyra av tio patienter hade nedsatt hörsel, tre personer hade talsvårigheter och två hade mycket nedsatt syn/endast ledsyn. Cirka en fjärdedel hade vissa minnessvårigheter.

Även vårdberoendet mätt med KATZ ADL-index var högre bland personer som hade ansökt om korttidsplats jämfört med samtliga som skrevs ut efter vårdplanering. Ingen av deltagarna bedömdes ligga i ADL-grad A, dvs. oberoende av hjälp. Närmare 60 procent låg på nivå E eller F (jämfört med 27 % i studie 2) vilket innebär att de var beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och minst en aktivitet till. Se vidare tabell 2 i bilaga 3.

### *Omsorg innan sjukhusvistelsen*

Tre av fyra personer hade hjälp från hemtjänsten redan innan de blev inlagda på sjukhus. Cirka en tredjedel av studiepatienterna fick hjälp med hushållssysslor från anhöriga (tabell 2 i bilaga 4).

### *Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) vid utskrivning*

De allra flesta äldre hade måttliga eller svåra problem i samtliga de fem dimensionerna som har sammanvägts i det hälsorelaterade livskvalitetsmåttet EQ-5D. Nio av tio patienter uppgav att de kunde gå med viss svårighet och tio procent var sängliggande. Drygt sex av tio hade måttliga problem att tvätta sig eller klä sig själv och en tredjedel kunde inte alls klä eller tvätta sig själv. En fjärdedel uppgav att de hade måttliga problem och 70 procent att de inte alls klarade sina huvudsakliga aktiviteter. Cirka hälften av patienterna hade svåra och den andra hälften måttliga smärtor. Tre av tio äldre hade måttliga besvär med oro/nedstämdhet och lika många var oroliga eller nedstämda i högsta grad.

Att majoriteten av de äldre hade måttliga eller svåra problem i samtliga fem hälsodimensioner återspeglas i ett lågt genomsnittligt EQ-5D index-

värde som var 0,227 och där 0 representerar sämsta tänkbara hälsa och 1 bästa tänkbara hälsa. Som jämförelse kan anges att livskvalitetsvikten enligt folkhälsoenkäten i Stockholms län var 0,74 för den generella befolkningen i åldersgruppen 80-87 (Burström, 2002).

När studiepopulationen själv skattade sin hälsa med hjälp av VAS-skalan blev värdena i genomsnitt något bättre än mätt med de fem hälso-dimensionerna i EQ-5D.

I genomsnitt angav de äldre som hade ansökt om korttidsplats värdet 40 på den termometerliknande VAS-skalan där 0 betydde sämsta tänkbara hälsa medan 100 betydde bästa tänkbara hälsa. Detta var signifikant sämre än för samtliga äldre som skrevs ut med vårdplanering under oktober 2007 (studie I), där medelvärdet var 52. Flera uppgav dock att de tyckte att det var svårt att ange sitt hälsotillstånd på skalan och fem av 39 personer har inte kunnat eller velat svara på frågan.

Som förväntat hittade vi inga signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp vid utskrivningen med avseende på sociodemografiska variabler, funktionsförmåga, omsorgsbehov och hälso-relaterad livskvalitet. Då grupperna är små och varje individ representerar flera procent är den slumpmässiga variationen dock relativt stor.

I tabell 3 i bilaga 4 redovisas andelen patienter som vid utskrivning hade måttliga respektive svåra problem enligt EQ-5D.

## Uppföljning i hemmet

Nedan följer en redovisning av kontrollgruppens respektive interventionsgruppens förhållanden 4-6 veckor efter utskrivning från sjukhus. Av de 39 deltagarna kunde endast 27 intervjuas på nytt. Orsaken till bortfallet för de 12 äldre, sex i varje grupp, var i sex fall att man avböjde intervju p.g.a. medicinska skäl och/eller trötthet. Två personer var återinlagda på sjukhus, en hade fått förlängd tid på korttidsplats och en hade fått plats i särskilt boende.

### *Funktionsförmåga och omsorgsbehov*

Liksom i delstudie I hade rörelseförmågan för de flesta äldre blivit bättre vid uppföljningen i hemmet. De äldre som fick korttidsplats via studien (interventionsgrupp) förbättrade sin rörelseförmåga i genomsnitt mer än de som skrevs ut till hemmet (kontrollgrupp). Förändringen av funktionsförmågan och omsorgsbehov mellan utskrivning från sjukhus och uppföljning i hemmet framgår av figur 16 och tabell 5 i bilaga 4.

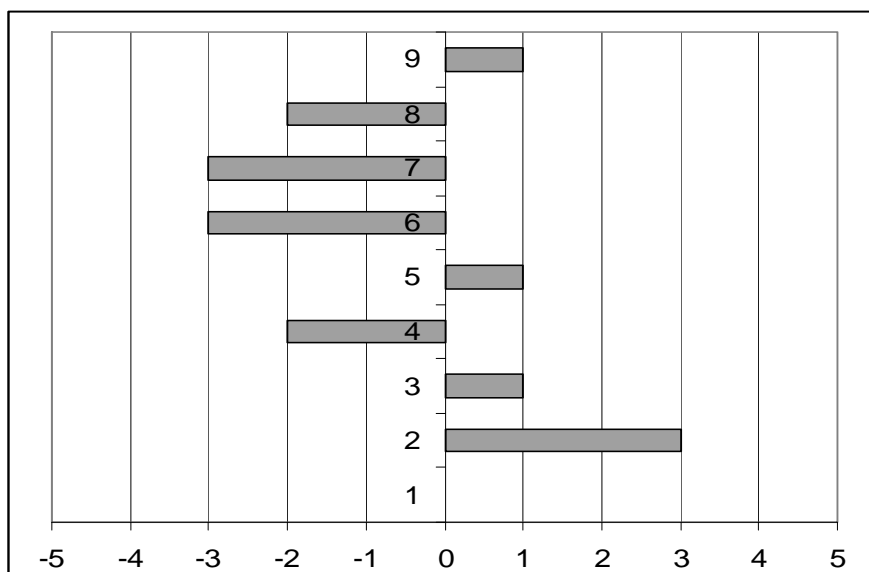
De flesta äldre (16 av 27) hade också minskat sitt vårdberoende mätt i Katz ADL index. Medan samtliga var beroende i någon grad vid utskrivning från sjukhus var vid uppföljningen tre personer i interventionsgruppen oberoende vid samtliga dessa aktiviteter. De flesta, mellan 60 och

70 procent i båda grupperna, behövde hjälp med en aktivitet eller med badning och en aktivitet till, motsvarande nivå B eller C. Detta kan jämföras med att närmare 60 procent vid utskrivning bedömdes ligga på nivå E eller F vilket innebär att de var beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och minst en aktivitet till.

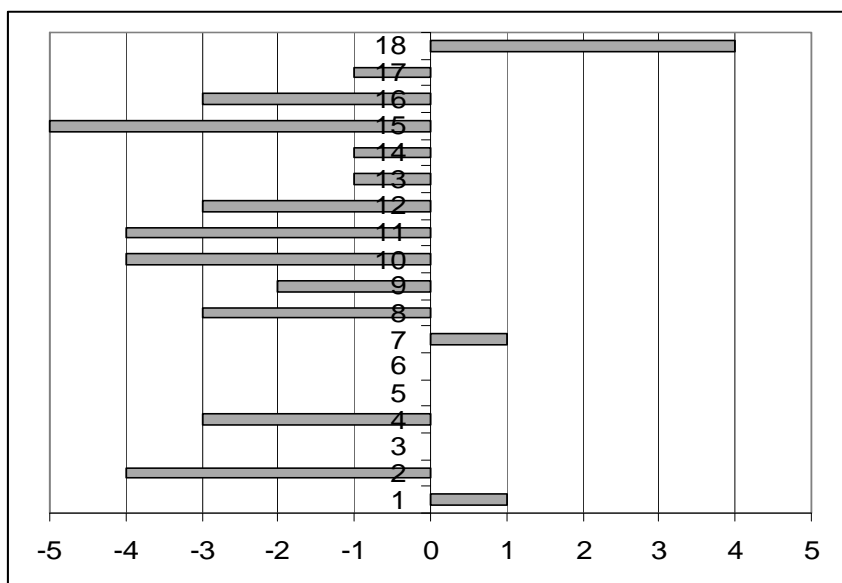
Andelen som minskade sitt vårdberoende var större bland de äldre som lottades till korttidsplats (12 av 18) jämfört med dem som skrevs ut till hemmet (4 av 9). Det finns också en tydlig tendens till att de äldre som fick korttidsplats i genomsnitt minskade sitt vårdberoende mer (1,6 steg i ADL indexet) jämfört med dem som åkte hem som stadsdelsförvaltningen planerat (0,4 steg i ADL indexet). Skillnaderna mellan grupperna var dock inte statistiskt signifikanta vilket kan bero på att grupperna var små. Figur 12 visar den individuella förändringen i vårdberoende för kontrollgruppen respektive interventionsgruppen.

**Figur 16: Förändring i vårdberoende (Katz ADL-Index) vid hembesöket 4-6 veckor efter utskrivningen jämfört med tidpunkten för utskrivning<sup>7</sup>**

Kontrollgrupp



Interventionsgrupp



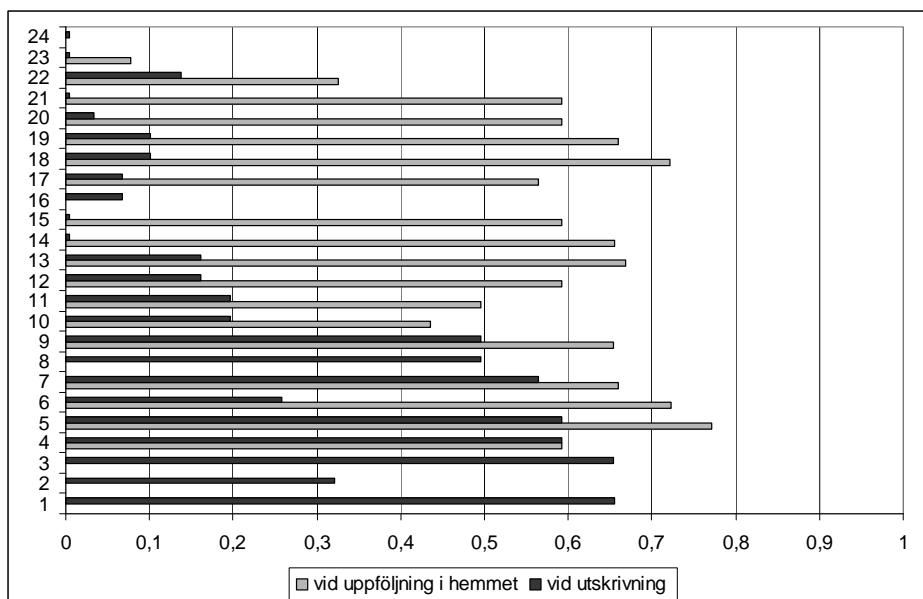
<sup>7</sup> p=0.172, test för skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp baserat på Spearman's rho

### Hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D livskvalitetsindex

Figurerna 17 och 18 visar den hälsorelaterade livskvaliteten mätt med EQ-5D livskvalitetsvikter vid utskrivning samt vid uppföljningen 4-6 veckor senare. Bland de äldre som fick vistas på korttidsplats under tre veckor efter utskrivning från sjukhus och som kunde intervjuas 4-6 veckor senare hade den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrats för samtliga utom en, där situationen var oförändrad. För kontrollgruppen, som skrevs direkt ut till hemmet, var utvecklingen mindre positiv. Det var en förbättring för fem personer och en försämring för fyra personer.

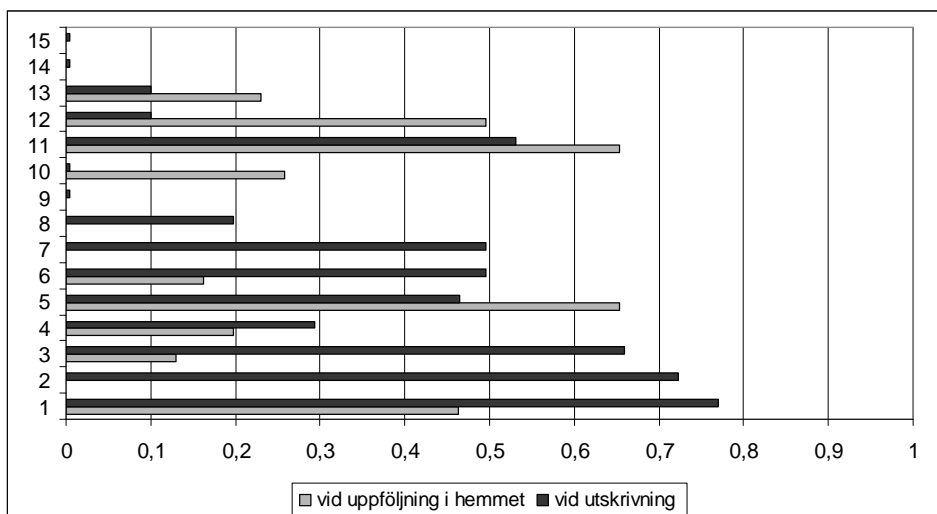
Medan indexvärdet för den hälsorelaterade livskvaliteten ökade igenomsnitt med 0,4 (på en skala från 0-1) för interventionsgruppen var den nästan oförändrad (0,03) för kontrollgruppen vilket innebar en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Bakom skillnaden i den sammanvägda hälsorelaterade livskvaliteten mellan de äldre som skrevs ut som stadsdelsförvaltningen planerat och de som fick korttidsplats via studien ligger framför allt en signifikant större förbättring när det gäller oro/nedstämdhet samt förmågan att klara huvudsakliga aktiviteter bland de äldre som fick korttidsplats. Det fanns även en tydlig tendens att smärtor/besvär minskade i större utsträckning i denna grupp. Denna skillnad nådde dock inte statistisk signifikans<sup>8</sup> sannolikt på grund av att grupperna var små.

Figur 17: Livskvalitetsvikter (EQ-5D) vid utskrivning samt 4-6 veckor senare (interventionsgrupp)



<sup>8</sup> p=0.14

**Figur 18: Livskvalitetsvikter (EQ-5D) vid utskrivning samt 4-6 veckor senare (kontrollgrupp)**



För en redovisning av skillnader i förändringar för var och en av de fem dimensioner som ingår i det hälsorelaterade livskvalitetsindexet (EQ-5D) se figurer 1-5 i bilaga 4.

### *Självskattad hälsa (VAS skala)*

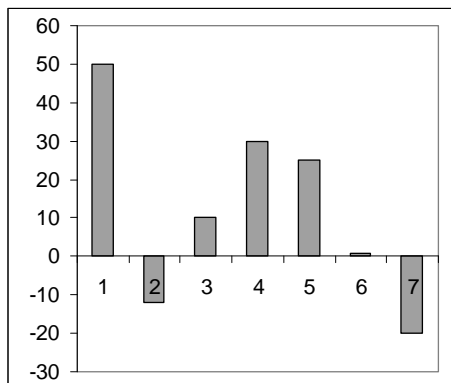
Medan EQ-5D livskvalitetsindexet som nämnts baseras på den allmänna befolkningens värderingar av olika (hypotetiska) hälsotillstånd speglar VAS-skalan individens egen sammantagna värdering av sitt hälsotillstånd. Av de personer som kunde följas upp tyckte majoriteten att hälsan hade förbättrats. Medan medelvärdet vid utskrivning låg på 34 på en skala från 0 (sämsta tänkbara hälsotillstånd) till 100 (bästa tänkbara hälsotillstånd) förbättrades den självskattade hälsan i kontrollgruppen med i genomsnitt 12 enheter och i interventionsgruppen med 20 enheter. Denna skillnad var dock inte statistiskt säkerställd.

För de äldre som blev utskrivna till hemmet innebar det att två personer upplevde sin hälsostatus något sämre 4-6 veckor efter utskrivning från sjukhus och fyra tyckte att hälsan hade förbättrats mellan 10 och 50 enheter. För en person var läget oförändrat.

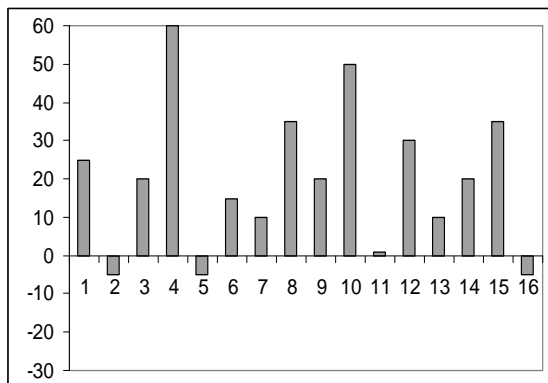
Bland dem som fick korttidsplats efter sjukhusvistelsen upplevde tre personer en marginell försämring och 12 personer upplevde en förbättring mellan 10 och 60 enheter. För en person var läget oförändrat (figur 19).

**Figur 19: Förändring av den självskattade hälsan (VAS skala) mellan utskrivning från sjukhus och uppföljning 4-6 veckor senare<sup>9</sup>**

Kontrollgrupp



Interventionsgrupp

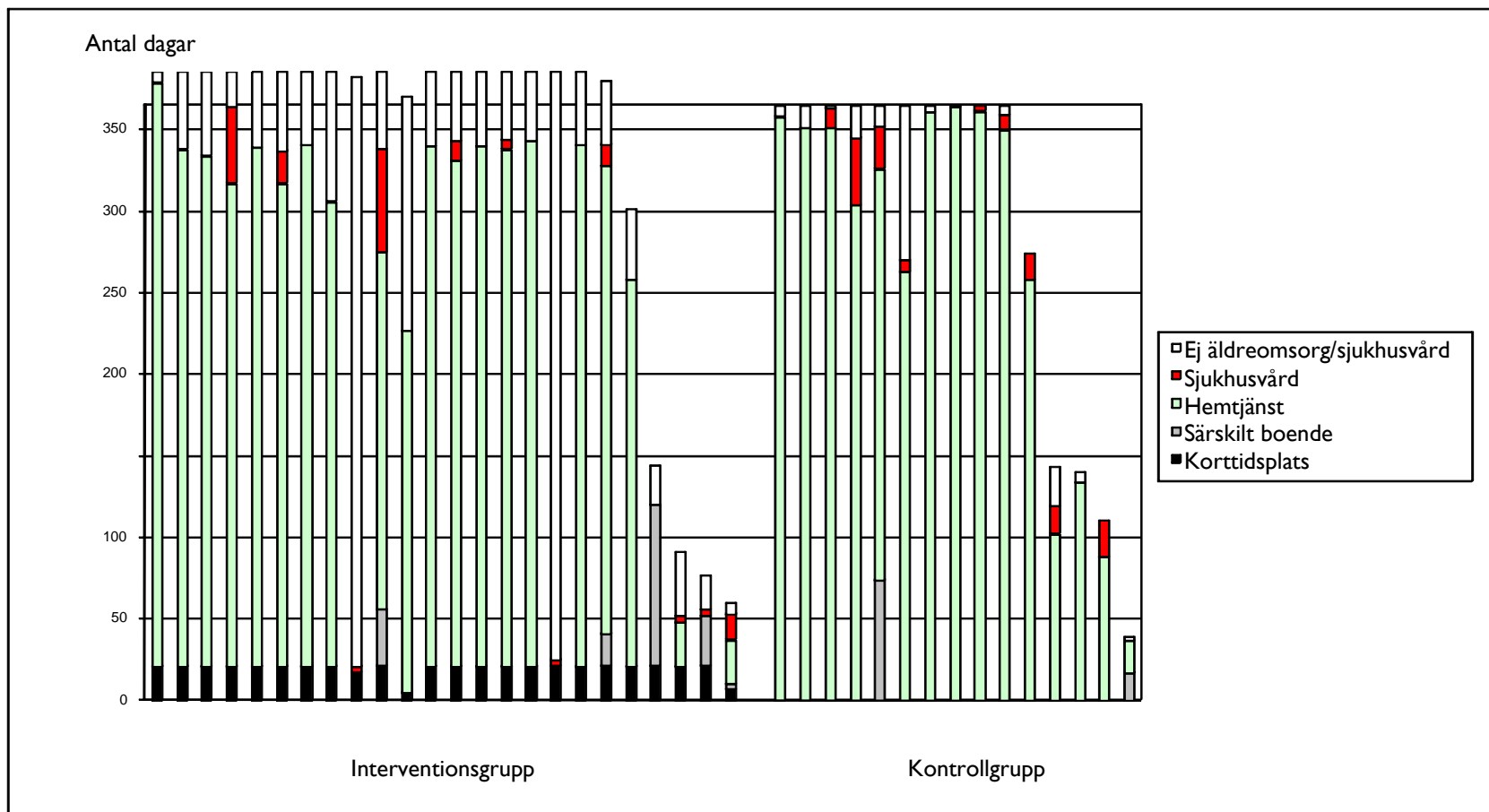


## Vårdkonsumtion under ett år efter utskrivning

Figur 20 visar antalet dagar med äldreomsorg respektive slutenvård på sjukhus per person. För dem som avled under uppföljningsåret visas antalet återstående levnadsdagar efter utskrivning. Observera att vården inte redovisas kronologiskt utan grupperat per vårdform.

<sup>9</sup>  $p=0.47$ , test för skillnader mellan grupperna baserat på Spearman's rho





Figur 20. Vårdkonsumtion ett år efter utskrivning, antal dagar per vårdform.

### *Korttidsboende via studien*

Interventionsgruppen erbjöds tre veckors korttidsboende på Hornstulls respektive Vintertullens vård- och omsorgsboende. Tre personer bodde kortare tid på korttidsboendet än tre veckor: En person var missnöjd med vården, en annan ville bara stanna i två veckor och en tredje lades åter in på sjukhus och avled kort därefter.

För en kvinna som lottades till interventionsgruppen efter att ha fått avslag på sin begäran om korttidsboende försämrades hälsotillståndet så kraftigt att hon blev kvar där genom beslut av stadsdelsförvaltningen i avvaktan på permanent flyttning till särskilt boende.

### *Hemtjänst*

De allra flesta hade hemtjänst under större delen av uppföljningsåret. Endast en kvinna i interventionsgruppen, som hade hjälp av en make och vuxen son, hade inte hjälp från stadsdelsförvaltningen.

### *Flyttning till särskilt boende*

Under uppföljningstiden flyttade fem personer i interventionsgruppen och två i kontrollgruppen till särskilt boende. Två personer i interventionsgruppen bodde redan tidigare i servicehus, de övriga bodde i det ordinära bostadsbeståndet, i hyres- eller bostadsrättslägenheter.

I genomsnitt flyttade de som ingick i interventionsgruppen tidigare till särskilt boende än de i kontrollgruppen. Även med hänsyn tagen till ålder, kön, sammanboende/ensamboende, vårdberoende, smärta och nedstämdhet kvarstår skillnaden mellan grupperna när det gäller (a) sannolikheten att flytta till särskilt boende<sup>10</sup> och (b) tid till flyttning till särskilt boende<sup>11</sup>. Skillnaderna är dock inte statistiskt säkerställda, vilket sannolikt beror på att grupperna är små.

### *Kostnad för äldreomsorg*

Trots att de äldre som fick komma till korttidsboende i genomsnitt flyttade tidigare till särskilt boende var kostnaden för äldreomsorg något lägre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen; detta gällde även när kostnaden för korttidsplats via studien räknades in. Justerat till helår (för att kompensera för olika genomsnittlig livslängd i de två grupperna) kostade äldreomsorgen ca 180 000 kr per person under året efter utskrivning i interventionsgruppen och ca 204 000 kr per person i kontrollgruppen. Denna beräkning baseras på 2008 års ersättning från

---

<sup>10</sup> Oddskvot=6.48; p=0.29

<sup>11</sup> Relativ risk=6.75; p=0.22

beställaren för respektive vårdnivå inom hemtjänsten och för särskilt boende<sup>12</sup>.

För att närmare analysera skillnaderna i kostnad mellan de två grupperna gjordes en statistisk analys (linjär regression) som komparerade för skillnader i ålder, kön, boendeförhållande (ensamboende/sammanboende), vårdberoende enligt Katz, smärta och nedstämdhet vid utskrivningstillfället. Analysen gav inget stöd för att det fanns statistiskt säkerställda skillnader i äldreomsorgskostnad mellan interventions- och kontrollgruppen när dessa faktorer vägdes in.

### *Vård på sjukhus; kostnader och tid till återintagning*

Totalt vårdades 46 procent i interventionsgruppen (11 av 24) och 60 procent av kontrollgruppen (9 av 15) på sjukhus under året efter att de inkluderades i studien. Tre personer i interventionsgruppen och en i kontrollgruppen lades in på sjukhus under första månaden efter utskrivning. En av dem som lottats till korttidsplats via projektet lades in fyra dagar på sjukhus för lunginflammation för att sedan återvända till Hornstulls korttidsboende.

För att närmare analysera skillnaderna mellan de två grupperna gjordes en statistisk analys (Cox regression) som tog hänsyn både till a) om den äldre togs in på sjukhus och b) antal dagar till inläggning, justerat för eventuella dödsfall under året, samt ett antal faktorer som kan påverka sannolikheten för en inläggning på sjukhus. De faktorer som inkluderades i analysen var ålder, kön, boendeförhållande (ensamboende/sammanboende), vårdberoende enligt Katz, smärta och nedstämdhet vid utskrivningstillfället.

Analysen visade en tydlig tendens till att äldre som hade fått korttidsvård blev inlagda på sjukhus i mindre utsträckning under ett år efter utskrivning jämfört med de äldre som skrevs direkt ut till hemmet.<sup>13</sup> Skillnaden mellan grupperna är dock inte statistiskt säkerställd. När det gäller tiden till återintagning på sjukhus kan inga tydliga skillnader mellan grupperna utläsas.

### *Mortalitet*

En fjärdedel av interventionsgruppen (6 av 24) och en tredjedel av kontrollgruppen (5 av 15) avled inom ett år efter utskrivning från sjukhus. De sex i interventionsgruppen som avled under året efter utskrivning

---

<sup>12</sup> Vi valde att använda samma kostnad för vården oavsett vilket år den utfördes – i annat fall skulle personer som inkluderades i slutet av studien inte kunna jämföras med dem som inkluderades i början eftersom kostnaden successivt ökar.

<sup>13</sup> Oddskvot=0.38; p=0.25

levde i genomsnitt 157 dagar (median 97), de fem som avled i kontrollgruppen levde i genomsnitt 141 dagar (median 140).

För att närmare analysera skillnad i dödlighet mellan grupperna användes en statistisk analys (Cox regression) som både tar hänsyn till om ett dödsfall inträffar och tiden fram till detta, samt också tar hänsyn till olika faktorer som är relaterade till dödlighet. De faktorer som inkluderades i analysen var ålder, kön, boendeförhållande (ensamboende /sammanboende) samt vårdberoende enligt Katz, smärta och nedstämdhet.

Analysen visade att tendensen till längre överlevnad kvarstod i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen även när man kontrollerade för skillnader i ålder, kön, sammanboende/ensamboende, vårdberoende, smärta och nedstämdhet. Interventionsgruppen hade hälften så stor sannolikhet att dö under ett år efter utskrivning, jämfört med kontrollgruppen. Skillnaden var dock inte statistiskt signifikant vilket troligtvis beror på att grupperna var små.

# DISKUSSION

Bakgrunden till studien är önskemålet från såväl Södermalms stadsdelsnämnd som Stockholms stads äldrenämnd att se vilken roll korttidsvården har och kan ha. Bakom denna önskan skymtar en oro för att de prioriteringar som skett under 2000-talet inte gagnar de äldre. Det finns skäl att känna oro från stadsdelsnämndens och äldrenämndens sida, det framkommer tydligt i de tre delstudierna som ligger till grund för denna rapport.

## *Utskrivningsklara äldre som aktualiseras för vårdplanering - en mycket skör och omsorgsbehövande grupp*

Den första av Södermalmsstudierna visade att de äldre patienter där sjukhuset kallade till samordnad vårdplanering var i hög ålder och var en skör och omsorgsbehövande grupp. De hade stora funktionsnedsättningar vid utskrivningen och behövde hjälp med flera ADL-aktiviteter. Åtta av tio hade måttliga eller svåra smärtor och sex av tio kände sig oroliga eller nedstämda. De allra flesta, 86 procent, skrevs ut till en bostad i det ordinära bostadsbeståndet. Flertalet fick hjälp från hemtjänsten efter utskrivningen, i genomsnitt med 60 timmar per månad.

Knappt två tredjedelar av de patienter som skrevs ut till hemmet efter vårdplanering under oktober 2007 kunde intervjuas vid utskrivning. Anledning till bortfallet var dels kognitiva problem, dels andra problem som ledde till att sjuksköterskan bedömde att en intervju inte var möjlig eller att patienten själv inte orkade eller ville medverka. Uppföljningen i hemmet visade dessutom att endast 60 procent av de ursprungligen intervjuade kunde intervjuas en andra gång. Då orsaken till bortfallet i de allra flesta fall var relaterad till ett dåligt respektive försämrat hälsotillstånd underskattar resultaten baserat på intervjuerna med stor sannolikhet funktionsnedsättningar och vårdberoendet bland samtliga äldre som skrevs ut till ordinärt boende med vårdplanering.

Det står således klart att det är en grupp äldre som har behov av väl fungerande och samordnade insatser från primärvård och kommun efter hemkomsten, och en del har behov av ytterligare tid i någon form av korttidsvård för att återvinna krafter och funktionsförmågor.

## *När är man utskrivningsklar?*

Det aktualiserar frågan när man är utskrivningsklar, och vad man kan skrivas ut till. En patientansvarig läkare på sjukhuset gör bedömningen av när en patient är utskrivningsklar. Hur många vårdplatser som finns att tillgå och efterfrågan på dessa påverkar med all sannolikhet denna bedömning, även om detta inte är klart utsagt. I Stockholms län minskade

den geriatrika vården främst under 1990-talet, men även under senare år, från 1714 platser 1994 till 970 platser 2009, en reduktion med 43 procent. Under samma tidsperiod ökade befolkningen i Stockholms län som var 75 år och äldre med 12 procent och befolkningen som var 75 år och äldre ökade med 52 procent. Även om teknikutvecklingen inom vården och tillkomsten av nya läkemedel har lett till att många patienter kan skrivas ut snabbare, så har läkaren idag små möjligheter att förlänga vårdtiden på sjukhus för patienter som behöver ytterligare tid för rehabilitering eller återhämtning.

Den första Södermalmsstudien visade att var fjärde äldre person som aktualiserades för vårdplanering skrevs ut från sjukhus innan han eller hon själv kände sig redo att komma hem. I de förhållandevis få fall de ansökte om korttidsplats fick de i samtliga fall avslag med motiveringen att behovet kan tillgodoses genom utökad hemtjänst och att personen därmed var tillförsäkrad en "skälig levnadsnivå".

Den andra Södermalmsstudien visade att de äldre som hade ansökt om men fått avslag på korttidsplats i genomsnitt hade ännu större omsorgsbehov än samtliga som skrevs ut med vårdplanering (delstudie D). Exempelvis bedömdes sex av tio ligga på nivå E eller F på Katz ADL-index, alltså var beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och minst en aktivitet till. Cirka hälften av patienterna hade svåra och den andra hälften måttliga smärtor. Tre av tio hade måttliga besvär med oro/nedstämdhet och lika många var oroliga eller nedstämda i högsta grad.

Mot bakgrunden av de fyra fallbeskrivningarna ställs frågan vad innebörden i formuleringen "skälig levnadsnivå" blir när den äldre tvingas åka hem trots att han eller hon till exempel inte kan ta sig ur sängen och till toaletten (och behöver transporteras med ett specialfordon till ett servicehus för att där kunna få hjälp med att duscha), har mycket smärtor och känner sig otrygg och rädd. Det förtjänar att diskuteras om hemtjänst var ett adekvat alternativ för dem som skrevs ut från Södra Stockholms geriatrik och sökte men fick avslag på korttidsplats.

Andelen äldre personer som bor i det ordinära bostadsbeståndet har ökat de senaste åren. Det är delvis ett resultat av en förbättrad tillgänglighet i bostadsbeståndet och delvis ett resultat av förbättrad förmåga att klara vardagliga aktiviteter trots funktionsnedsättningar, åtminstone bland yngre äldre (Larsson & Thorslund, 2005). Minskningen av antalet bostäder i särskilt boende är dock också ett uttryck för att gränsen för när det inte längre är möjligt att bo kvar har förskjutits och att det har blivit allt svårare för äldre personer att få komma till särskilt boende. När också vårdtiderna på sjukhus har blivit kortare och de äldre skrivs ut med allt större behov av omvårdnad och rehabilitering ökar kraven på att sjukvård och äldreomsorg kan samverka.

Denna studie aktualiserar frågor om när den äldre patienten egentligen är utskrivningsklar från sjukhus och om hur behovet av rehabilitering och återhämtning ska lösas för de äldre som har svårt att klara sig i hemmet. I praktiken kan det vara svårt att dra en gräns mellan omsorgsbehov, som är en uppgift för kommunen, och rehabiliteringsbehov, som är en uppgift för landstinget. De fyra fallbeskrivningarna av äldre utskrivningsklara patienter som önskade få en längre tids vård, på sjukhus eller i kommunal korttidsvård, visar att det inte går att dra en strikt gräns mellan behov av omsorg, behov av återhämtning efter en skada eller sjukdom och behov av rehabilitering. Samma bild framkommer i Stockholms äldreomsorgsinspektörers granskning av stadens korttidsvård.

Det är en utmaning för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen att ge de mycket svaga och omsorgsbehövande utskrivningsklara patienterna en individuellt anpassad hjälp.

### *Inga tecken på högre äldreomsorgskostnader vid korttidsvård men minskad oro, smärtor och vårdberoende för den äldre*

I den andra Södermalmsstudien fick Äldrecentrum möjlighet att genomföra en randomiserad studie. Hälften av dem som ansökte men fick avslag på korttidsplats lottades vid utskrivning från geriatriken till en korttidsplats. Den andra gruppen, kontrollgruppen, åkte hem med de insatser som stadsdelen beslutat om.

Vid uppföljningen efter 4-6 veckor visade det sig att interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen hade förbättrats i större utsträckning när det gäller vårdberoende, oro/nedstämdhet, smärtor, samt rörelseförmågan. Trots att de äldre som fick komma till korttidsboende igenomsnitt flyttade tidigare till särskilt boende kunde inga skillnader i kostnaderna för äldreomsorgen, korttidsplatsen inräknad, påvisas mellan interventions- och kontrollgrupp. Det fanns tydliga tendenser att de som fick korttidsplats blev inlagda på sjukhus i mindre utsträckning och hade lägre sannolikhet att dö under ett år efter utskrivning jämfört med de äldre som skrevs direkt ut till hemmet. Skillnaderna mellan grupperna för sannolikheten att åter läggas in på sjukhus eller att dö var dock inte statistiskt säkerställda, troligtvis beroende på att grupperna var små.

Det blev således inte dyrare för interventionsgruppen, som fick korttidsplats, än för gruppen som inte lottades att få den insatsen. Däremot tyder resultaten på fördelar för den enskilde när det gäller minskning av vårdberoendet och av oro och nedstämdhet. Det blev också förbättringar för interventionsgruppen genom färre återinläggningar på sjukhus under uppföljningsåret.

En fråga som denna studie inte kan besvara är vad det var i korttidsvården som gav de positiva effekterna. De korttidsboenden de äldre

lottades till hade inte rehabilitering i sitt uppdrag. De hade inte heller på något annat sätt ett tydligt uppdrag att vara en länk i den äldres återhämtning efter en sjukdomsperiod. En närliggande tolkning är att det handlar om att få tid att "landa" efter en sjukhusvistelse. Tiden på sjukhus, även på geriatriken, har blivit så komprimerad att en del äldre behöver en viss konvalescenstid. Med ett tydligare uppdrag till korttidsvården att hjälpa den äldre att mobilisera kraft och förmåga för hemgång så borde resultaten ha kunnat bli ännu bättre.

### *Randomiserad studie med förhinder*

Den randomiserade studien har dock svagheter. En del resultat är inte statistiskt säkerställda eftersom studiepopulationen blev för liten. Detta var inte förutsett när studien planerades. Då beräknade den dåvarande stadsdelen hur många som brukar ansöka om korttidsplats och få avslag. Verkligheten blev en helt annan.

Belysande är den studiemånad, oktober 2007, då alla som skrevs ut från sjukhuset följdes. Totalt skrevs 460 patienter ut till Södermalm. Av dessa skedde vårdplanering för 125. En fjärdedel berättade vid intervjun att de tyckte det var för tidigt att gå direkt hem, men bara fyra ansökte om korttidsplats. Alla fyra fick avslag.

Under studietiden september 2007 till december 2008 sjönk hela tiden antalet som ansökte om korttidsplats. Vid besök på Dalens sjukhus där den geriatrika kliniken ligger var ett entydigt budskap att personalen där inte ens fick andas ordet korttidsvård. Och hur ska man kunna ansöka om något man inte känner till? Under studiemånaden oktober 2007 intervjuade Äldrecentrum de som skrevs ut efter vårdplanering. En fjärdedel ville inte gå direkt hem, men bara fyra ansökte.

Utöver att det innebar att den randomiserade studien trots ett halvt års förlängning fick en för liten population så är de som inkluderats också en speciell grupp, eftersom de består av den minoritet som av olika skäl visste att man kunde ansöka om korttidsplats. I vilken mån detta snedvridit resultaten kan vi inte bedöma.

### *Korttidsplatser ökar i landet men minskar i Stockholm*

Korttidsplats för återhämtning, mobilisering och fortsatt rehabilitering efter sjukhusvård utvecklades i hela landet efter Ädelreformen, och har fortsatt att öka i många kommuner. Bidragande orsak till ett ökat behov av korttidsplatser har varit allt färre vårdplatser och kortare vårdtider i den somatiska vården samt att fler har hemtjänst och färre bor i särskilt boende.

I Stockholms stad har utvecklingen av antalet korttidsplatser sedan 2001 varit den motsatta. Några skäl till att korttidsplats numera sällan erbjuds



efter sjukhusvistelse är att inte förlänga vårdkedjan och att staden inte erbjuder rehabilitering inom korttidsvården eftersom rehabilitering i ordinärt boende är ett landstingsansvar. Effekten kan dock bli att den äldre inte får tillräcklig tid för att hämta krafter och träna så att hon kan klara sin vardag bättre själv. Denna studie antyder att den handlingslinje stadsdelarna valt inte varit bra varken för den äldre eller för stadsdelens (eller landstingets) ekonomi.

### *Alternativa vägar efter sjukhusvård*

Uppfattningen att korttidsvård efter sjukhusvistelse kan innebära en olycklig förlängning av vårdkedjan har dock visst fog för sig. Särskilt om korttidsplatsen behövs därför att tiden på den geriatriska kliniken skurits ner till ett minimum och bara innefattar en kort tids aktiv rehabilitering. En modell som prövades med framgång i nordvästra länet var att göra en bedömning på akutsjukhuset om personen behövde en kort och intensiv eftervård och rehabilitering, eller en längre period av återhämtning och träning. I det förra fallet remitterades personen till geriatriken, i det senare fattades biståndsbeslut om korttidsrehabilitering på enhet som var samfinansierad av kommunen och landstinget.

Ett alternativ till korttidsplatsen möter oss i en del internationella studier. Den äldre tas om hand av ett multiprofessionellt team i sitt hem. Teamet arbetar efter en strukturerad modell. Ett sådant alternativ finns inte i vårt län. De äldreteam som verkar i Huddinge, Solna, Haninge /Tyresö och Nynäshamn har dock en potential att arbeta så. En utveckling av sådana team kan skapa bättre förutsättningar för direkt hemgång från sjukhuset. I dagsläget synes dock inriktningen hos Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inte vara på att bibehålla och utveckla dessa team, trots att utvärderingar visat att de är kostnadseffektiva. De utvärderingar som gjorts talar snarare för att dessa team bör få fortsätta, helst i samverkan över huvudmannaskapsgränserna, och bli ett alternativ i hela länet för äldre med stora och sammansatta behov.

### *Korttidsvård utvecklad form för avlastning av anhöriga*

En viktig roll för korttidsvården är att ge anhöriga avlastning. I Stockholm erbjuds växelvård och avlastning, som delvis synes ha samma uppgift. Under åren 2007-2010 kan man se en viss minskning även av dessa korttidsplatser, dock med variationer mellan stadsdelarna. En förutsättning för att korttidsvården ska vara en fungerande avlastning för den anhörige är att den är tillgänglig när den anhörige behöver det, att boendemiljön är hemlik, att det finns ett innehåll i vardagen så att vistelsen blir meningsfull för den närstående, och att också den anhörige uppmärksammas. Anhöriga vittnar alltför ofta om att vardagen och miljön är torftig. Pensionat Hornskroken och Kinesen i Stockholm är goda exem-

pel på att det går att utveckla miljön, få ett socialt innehåll i vardagen, och ge stöd till den anhörige.

### *Sviktplats*

Korttidsvård kan också användas som sviktplats. Det saknas statistik för denna vårdform, varför det är svårt att bedöma i vilken utsträckning den utnyttjas så. I Stockholms län finns möjlighet till direktinlägg på geriatrisk klinik. Det kan finnas skäl att följa upp om korttidsplats skulle kunna användas när behovet främst är att få vila upp, äta och återhämta kraft genom god omvårdnad medan geriatriken reserveras för dem som är i behov av mer kvalificerad medicinsk behandling och/eller rehabilitering.

### *Vård i livets slutskede*

Vård i livets slutskede är i Stockholms stad ovanligt i korttidsvården. Staden saknar korttidsenheter med palliativ inriktning. I stället erbjuds ofta plats på vård- och omsorgsboende, vilket inte är helt adekvat i den livsfasen. En förutsättning för en god palliativ vård på korttidsboende är att landsting och kommun ser till att det finns tillräcklig medicinsk kompetens dygnet runt.

### *Hur många platser behövs?*

Andelen äldre som beviljas korttidsplats av alla som fyllt 65 år har varierat kraftigt mellan Stockholms stadsdelar. Under de fyra senaste åren har det skett en utjämning, så tillvida att de stadsdelar som legat högt har närmat sig de stadsdelar som beviljat relativt sett få korttidsplatser. Skillnaderna är också stora mellan kommunerna i landet, från 0,25 procent av de äldre (65+) i Stockholm till 1,4 procent i Göteborg.

Stockholm avviker även i sin utveckling av platsantal mot resten av landet. Statistiken för hela landet visar på en kontinuerlig ökning av platsantalet efter Ädelreformen. Det var också en önskad utveckling när riksdagen klubbade Ädelreformen. I förarbetena framgår att kommunerna fick över betydande resurser för den kortvariga vården, för rehabilitering, växelvård och avlösning. Minskningen är tydligast för de äldre kvinnorna, under en fyraårsperiod 2007-2010 minskade antalet kvinnor 85 år och äldre som fick korttidsplats från 186 till 82, för männen var minskningen från 116 till 88 personer.

Att Stockholm inte följer rikstrenden synes ha både goda och mindre goda förklaringar. En sannolikt god utveckling är att staden inte länge använder korttidsplatser som "väntplatser" i väntan på att få önskad plats i vård- och omsorgsboende. En sannolikt mindre god utveckling är den ovan beskrivna att det blivit ovanligt att bevilja korttidsplats efter sjukhusvård. Även platser för avlastning/växelvård har minskat, vilket bl.a. kan bero på att anhöriga inte anser att boendet erbjuder vad deras

närstående behöver. Ett ytterligare skäl till avvikelserna mot rikstrenden är att Stockholms stad inte erbjuder korttidsplatser med palliativ inriktning.

Det går inte med ledning av tillgänglig kunskap att uttala sig om vilken nivå på antal platser som är optimal, men det mesta talar för att Stockholms stad både behöver utveckla och bygga ut sina korttidsboenden.

### *Ett tydligt uppdrag behövs!*

Beskrivningarna av vardagen på korttidsboendet andas ofta innehållslöshet, torftighet både i det sociala innehållet och i boendemiljöerna. Det saknas alltför ofta tydliga beställningar från biståndshandläggaren vad som är syftet med vistelsen, och det saknas genomförandeplaner som visar vad korttidsvården ska kunna ge. För att korttidsvården ska kunna utvecklas och få den roll den kan ha behövs tydlighet i beställningen till korttidsvården, tydlighet i biståndsbeslutet och tydliga genomförandeplaner hos utföraren.

För att detta ska bli möjligt måste korttidsvården få mer renodlade uppdrag, som svikt, rehabilitering, avlösning respektive vård i livets slutskede. Det krävs mer specialisering. Viktigt är också att inte blanda personer med demenssjukdom med dem som är kognitivt klara.

# REFERENSER

- Berger, E. Y. (1980). A system for rating the severity of senility. *J Am Geriatr Soc*, 28(5), 234-236.
- Burström, K. (2002). Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D. Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län: Samhällsmedicin Stockholms läns landsting.
- Cedersund E, Lundborg K, Anbäcken E-M, (2009) Garnisonen – ett steg på vägen, FoU-rapport 50:2009 från FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköping
- Gens K, Lindgren E, Granskning av korttidsvård för äldre, Västerort Dnr 113-295/2010, Söderort Dnr 113-297/2010, Innerstaden Dnr 113-018/2011, Sydvästra stadsdelarna Dnr 113-005/2011; Stockholm
- Garåsen, H. (2008) The Trondheim model. Doktorsavhandling Norges teknisk-naturvetenskapliga universitet; Trondheim
- Gunnarsson H, (2008) Korttidsvård, PM 2008-08-14, Göteborgs stad
- Gurner, U., & Thorslund, M. (1998). Utskriven från geriatrisk klinik: Uppföljning av patienter, 75 år och äldre, inom Stockholms län. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Gurner, U., Norén, D., Bowin, R., & Brinne, A. (2010). Äldreteam - vision och verklighet: Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hanberger, A., Lundqvist, A., Sällström, C., Lindqvist, R och Asplund, K (2000) Korttidsvårdens framtid Slutrapport från utvärderingen av försök med korttidsvård i Luleå. Umeå universitet 2000, Evaluation report No 4; Umeå
- Hjalmarson I (2011) Det är bara att lyfta telefonluren så kommer dom; Äldrecentrumrapport 2011:4; Stockholm
- Henriksson, M., & Burström, K. (2006). Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D. En introduktion. *Läkartidningen*, 103(21-22), 1734-1739.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Jama*, 185, 914-919.

- Krabbe, P., & Wejnen, T. (2003). Guidelines for analysing and reporting EQ-5D outcomes. In R. Brooks, R. Rabin & F. de Charro (Eds.), *The measurement and evaluation of health status using EQ-5D: A european perspective: Evidence from the EuroQol BIO MED Research Programme* (pp. 7-19). Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.
- Larsson, K., & Thorslund, M. (2005). Äldres hälsa. I G. Persson (Ed.), *Folkhälsorapport 2005* (pp. 272-290). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Martin G P, Hewitt G J, Faulkner T A, Parker H. (2006). The organisation, form and function of intermediate care services and systems in England: results from a national survey. *Health and social care in the community*; 15(2);146-54
- Norman E, Ingenting är omöjligt, *Äldrecentrumrapport 2009:10*; Stockholm
- Rydeman I-B, Törnkvist L. (2006) Utskrivningsplanering för äldre - samverkan och samordning i vårdkedjan. Fokusrapport Landstingets medicinska programarbete 2006; Stockholm
- Socialstyrelsen (1995). Utskriven från akutsjukvården : En studie av äldre patienter som vårdats på medicinkliniken, Södersjukhuset, Stockholm. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002). Äldre inom akutmedicin : Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007) Hälsa- och sjukvård vid korttidsboende för äldre, mars 2007, Stockholm
- Socialstyrelsen (2008a) och SKL Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007; Stockholm
- Socialstyrelsen. (2008 b). Vård och omsorg om äldre: lägesrapporter 2007. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009a). Vård och omsorg om äldre: lägesrapporter 2008. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). Äldre - vård och omsorg andra halvåret 2008: kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Steiner A. (1997). *Intermediate care: A conceptual framework and review of the literature*. King's found: London
- Weurlander I och Wånell SE (1997) Rehab äldre, slutrapport, *Äldrecentrumrapport 1997:8*; Stockholm

- Weurlander I, Wånell SE. (2011) Sköra länkar i vårdkedjan, Äldrecentrumrapport 2011:02; Stockholm
- Westlund, P. (2009) Kort-tids-boende, Fokus-Rapport 2009:4; Kalmar
- Wånell, SE (2002) Korttidsboende, värdefull insats som söker sin struktur, Äldrecentrumrapport 2002:8; Stockholm

# BILAGOR

## Bilaga 1. Livskvalitetsinstrumentet EQ-5D

EQ-5D utvecklades samtidigt i England, Finland, Nederländerna, Norge och Sverige av forskargrupper i dessa länder. Idag finns över 30 officiella översättningar av instrumentet och det används i ett antal länder inom och utom Europa. För en utförligare beskrivning av instrumentet EQ-5D se Henriksson & Burström (2006). Det beskrivande frågeformuläret i EQ-5D består av frågor där individen klassificerar sin egen hälsa i fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet på en tregradig skala (inga, måttliga respektive svåra besvär) (se nedan).

### *Det beskrivande frågeformuläret i livskvalitetsinstrumentet EQ-5D*

|  |  |
|--|--|
| Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt hälsotillstånd idag   |  |
| Rörlighet<br>Jag går utan svårigheter<br>Jag kan gå med viss svårighet<br>Jag är sängliggande  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| Hygien<br>Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning<br>Jag har vissa svårigheter att tvätta eller klä mig själv<br>Jag kan inte tvätta eller klä mig själv  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| Huvudsakliga aktiviteter (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)<br>Jag klarar av min huvudsakliga sysselsättning<br>Jag har vissa problem med att klara av min huvudsakliga sysselsättning<br>Jag klarar inte av min huvudsakliga sysselsättning | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| Smärtor/besvär<br>Jag har varken smärtor eller besvär<br>Jag har måttliga smärtor eller besvär<br>Jag har svåra smärtor eller besvär   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| Rädsla/nedstämdhet<br>Jag är inte orolig eller nedstämd<br>Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning<br>Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

Individens svar på dessa frågor bildar en hälsoprofil som representerar dennes hälsostatus. Totalt ges här 243 möjliga olika kombinationer av hälsotillstånd.

Ett exempel på hälsoprofil kan vara 11232. Detta innebär att en person går utan svårigheter (1), behöver ingen hjälp med sin dagliga hygien, mat eller påklädning (1), har vissa problem med att klara av sin huvudsakliga sysselsättning, har svåra smärtor eller besvär (3) och är orolig eller nedstämd i viss utsträckning (2).

### *Att värdera hälsotillstånd*

När man går från en hälsoprofil till ett indexvärde, dvs. värderar det samlade hälsotillståndet, tar man ställning till vem som ska värdera ett hälsotillstånd och vilken metod som ska användas. Individer/patienter värderar således ett hälsotillstånd de själva befinner sig i, men den allmänna befolkningen värderar ett antal för dem beskrivna hypotetiska hälsotillstånd.

Två metoder används, rating scale (RS) och time trade-off (TTO). Dessa är tillämpbara oavsett vem som värderar. Metoden Rating scale (RS) innebär att individen värderar ett hälsotillstånd på en (20 cm lång) termometerliknande skala med ändpunkterna ”död”—”full hälsa” eller ”sämsta tänkbara hälsotillstånd”—”bästa tänkbara hälsotillstånd”.

Ett exempel på metoden time trade-off är att individen ställs inför valet att antingen leva i tio år i ett hälsotillstånd som är sämre än full hälsa eller att leva färre antal år i full hälsa. Det antal år i full hälsa, som personen anser motsvarar tio år i det sämre hälsotillståndet, dividerat med 10, motsvarar indexvärdet mellan 0-1 för hälsotillståndet, dvs. livskvalitetsvikten.

Studier där den allmänna befolkningen har värderat ”hypotetiska” hälsotillstånd har resulterat i ett antal nationella tariffer där de 243 möjliga kombinationerna av hälsotillstånd klassificerade med EQ-5D givits ett specifikt indexvärde. Då det än så länge saknas en svensk tariff har vi i denna studie använt de danska indexvärdena (livskvalitetsvikter).



## Bilaga 2. Statistik från Stockholms stad

Tabell 1 Antal personer i respektive insatsform under en månad, snitt för 2007 respektive 2010, stadsdelvis och hela staden

| Stadsdel              | Korttidsvård<br>2007 | Korttidsvård<br>2010 | växelvård<br>2007 | växelvård<br>2010 | avlastning<br>2007 | avlastning<br>2010 |
|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Bromma                | 14                   | 7                    | 6                 | 5                 | 7                  | 8                  |
| Enskede-Årsta-Vantör  | 19                   | 15                   | 11                | 0                 | 4                  | 6                  |
| Farsta                | 24                   | 14                   | 17                | 10                | 10                 | 7                  |
| Hägersten-Liljeholmen | 54                   | 30                   | 9                 | 16                | 5                  | 8                  |
| Hässelby-Vällingby    | 35                   | 4                    | 14                | 16                | 16                 | 11                 |
| Kungsholmen           | 61                   | 15                   | 4                 | 10                | 2                  | 6                  |
| Norrmalm              | 16                   | 14                   | 13                | 8                 | 2                  | 5                  |
| Rinkeby-Kista         | 3                    | 8                    | 0                 | 0                 | 11                 | 5                  |
| Skarpnäck             | 38                   | 11                   | 5                 | 6                 | 4                  | 4                  |
| Skärholmen            | 12                   | 8                    | 8                 | 2                 | 5                  | 6                  |
| Spånga-Tensta         | 0                    | 0                    | 3                 | 1                 | 15                 | 9                  |
| Södermalm             | 24                   | 21                   | 23                | 13                | 13                 | 17                 |
| Älvsjö                | 12                   | 5                    | 1                 | 3                 | 5                  | 2                  |
| Östermalm             | 33                   | 9                    | 13                | 11                | 7                  | 15                 |
| <b>hela staden</b>    | <b>345</b>           | <b>161</b>           | <b>127</b>        | <b>101</b>        | <b>107</b>         | <b>108</b>         |

Tabell 2, Ökning/minskning för respektive insatsform och stadsdel mellan 2007 och 2010, antal personer under en månad (snitt för resp. år)

| Stadsdel              | korttidsvård | i procent  | växelvård  | i procent  | avlastning | i procent |
|-----------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| Bromma                | -7           | -50        | -1         | -17        | 1          | 14        |
| Enskede-Årsta-Vantör  | -4           | -21        | -11        | -100       | 2          | 50        |
| Farsta                | -10          | -42        | -7         | -41        | -3         | -30       |
| Hägersten-Liljeholmen | -24          | -44        | 7          | 78         | 3          | 60        |
| Hässelby-Vällingby    | -31          | -89        | 2          | 14         | -5         | -31       |
| Kungsholmen           | -46          | -75        | 6          | 150        | 4          | 200       |
| Norrmalm              | -2           | -13        | -5         | -38        | 3          | 150       |
| Rinkeby-Kista         | 5            | 167        | 0          | -          | -6         | -55       |
| Skarpnäck             | -27          | -71        | 1          | 20         | 0          | 0         |
| Skärholmen            | -4           | -33        | -6         | -75        | 1          | 20        |
| Spånga-Tensta         | 0            | -          | -2         | -67        | -6         | -40       |
| Södermalm             | -3           | -13        | -10        | -43        | 4          | 31        |
| Älvsjö                | -7           | -58        | 2          | 200        | -3         | -60       |
| Östermalm             | -24          | -73        | -2         | -15        | 8          | 114       |
| <b>hela staden</b>    | <b>-184</b>  | <b>-53</b> | <b>-26</b> | <b>-20</b> | <b>1</b>   | <b>1</b>  |

**Tabell 3, Antalet personer med respektive insatsform efter kön och åldersgrupp 2007 och 2010, under en månad (snitt för resp. år)**

| år 2007      | kvinnor  |          |         | män      |          |         |
|--------------|----------|----------|---------|----------|----------|---------|
|              | 65-74 år | 75-84 år | 85 - år | 65-74 år | 75-84 år | 85 - år |
| korttidsvård | 16       | 71       | 151     | 14       | 39       | 54      |
| växelvård    | 8        | 14       | 13      | 10       | 43       | 39      |
| avlastning   | 6        | 20       | 22      | 8        | 29       | 23      |
| år 2010      | kvinnor  |          |         | män      |          |         |
|              | 65-74 år | 75-84 år | 85 - år | 65-74 år | 75-84 år | 85 - år |
| korttidsvård | 11       | 30       | 62      | 14       | 21       | 23      |
| växelvård    | 9        | 11       | 5       | 7        | 33       | 36      |
| avlastning   | 7        | 17       | 15      | 10       | 31       | 29      |

**Tabell 4, Antal och andel (%) med korttidsplats efter insatsform och ålder**

| ålder            | 2007         |           |            | 2010         |           |            |
|------------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|
|                  | korttidsvård | växelvård | avlastning | korttidsvård | växelvård | avlastning |
| 65-74 år         | 30           | 18        | 14         | 25           | 16        | 27         |
| 75-84 år         | 110          | 57        | 49         | 51           | 44        | 48         |
| 85 år -          | 205          | 52        | 45         | 85           | 41        | 44         |
| summa            | 345          | 127       | 108        | 161          | 101       | 119        |
| Procent 65-74 år | 9            | 14        | 13         | 16           | 16        | 23         |
| Procent 75-84 år | 32           | 45        | 45         | 32           | 44        | 40         |
| Procent 85 år -  | 59           | 41        | 42         | 53           | 41        | 37         |

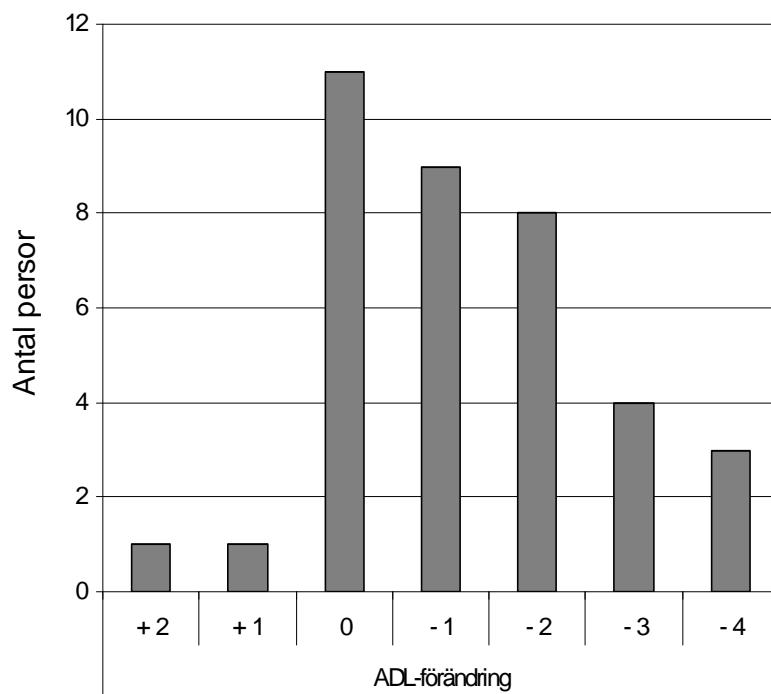
## Bilaga 3. Södermalm delstudie I

Tabell I. Funktionsförmåga, vårdberoende, besvär och oro vid utskrivning bland dem som blev intervjuade på sjukhus under oktober 2007

|   | Män<br>n=26<br>(%) | Kvinnor<br>n=40<br>(%) | Totalt<br>n=66<br>(%) |
|---|--------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>Intervjuarens bedömning av den äldres funktionsförmåga och omsorgsbehov</b>              |                    |                        |                       |
| <b>Mobilitet inomhus</b>  |                    |                        |                       |
| Går utan hjälpmedel eller stöd  | 1 (4)              | 1 (2)                  | 2 (3)                 |
| Går med käpp eller bock   | 8 (31)             | 6 (15)                 | 14 (21)               |
| Går med rollator  | 13 (50)            | 26 (65)                | 39 (59)               |
| Rullstolsburen  | 4 (15)             | 7 (18)                 | 11 (17)               |
|   |                    |                        |                       |
| <b>Vårdberoende enligt Katz ADL-index</b>   |                    |                        |                       |
| Oberoende vid samtliga sex aktiviteter (A)  | 2 (7)              | 4 (10)                 | 6 (9)                 |
| Beroende vid en aktivitet (B)   | 6 (23)             | 12 (30)                | 18 (27)               |
| Beroende vid badning och en aktivitet till (C)  | 13 (50)            | 8 (20)                 | 21 (32)               |
| Beroende vid badning, på- och avklädning och en aktivitet till (D)                          | 1 (4)              | 2 (5)                  | 3 (5)                 |
| Beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och en aktivitet till (E)            | 2 (8)              | 8 (20)                 | 10 (15)               |
| Beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, en aktivitet till (F) | 2 (8)              | 6 (15)                 | 8 (12)                |
|   |                    |                        |                       |
| <b>Smärtor*</b>   |                    |                        |                       |
| Inga smärtor eller besvär   | 6 (24)             | 6 (15)                 | 12 (19)               |
| Måttliga smärtor eller besvär   | 16 (62)            | 22 (55)                | 38 (59)               |
| Svåra smärtor eller besvär  | 3 (12)             | 12 (30)                | 15 (23)               |
|   |                    |                        |                       |
| <b>Oro och nedstämdhet</b>  |                    |                        |                       |
| Inte orolig eller nedstämd  | 11 (42)            | 17 (42)                | 28 (42)               |
| I viss utsträckning orolig eller nedstämd   | 13 (50)            | 21 (53)                | 34 (52)               |
| I högsta grad orolig eller nedstämd   | 2 (8)              | 2 (5)                  | 4 (6)                 |
|   |                    |                        |                       |
| <b>Hjälpinsatser innan den aktuella vårdepisoden</b>  |                    |                        |                       |
| <b>Hjälp med serviceuppgifter från</b>  | <b>23 (89)</b>     | <b>35 (88)</b>         | <b>58 (88)</b>        |
| Anhöriga  | 16 (62)            | 15 (38)                | 31 (47)               |
| Hemtjänst   | 10 (39)            | 28 (70)                | 38 (58)               |
| privat ordnad hjälp   | 3 (12)             | 4 (10)                 | 7 (11)                |
|   |                    |                        |                       |
| <b>Hjälp med personlig omsorg från</b>  | <b>5 (19)</b>      | <b>19 (48)</b>         | <b>24 (36)</b>        |
| Anhöriga  | 1 (4)              | 2 (5)                  | 3 (5)                 |
| Hemtjänst   | 4 (15)             | 17 (43)                | 21 (32)               |
| privat ordnad hjälp   | 0                  | 0                      | 0                     |

\*Det saknades uppgifter för en patient

**Figur 1. Förändring i vårdberoende (Katz ADL-index) vid hembesöket 4–7 veckor efter utskrivningen jämfört med vid intervjun innan utskrivningen**



## Bilaga 4. Södermalm delstudie II

Tabell I. Primär intagningsorsak enligt journal

### *Interventionsgrupp*

| Patient | Primär intagningsorsak                  | Dagar på sjukhus |
|---------|---|------------------|
| 1       | Lårfraktur efter fall                   | 18               |
| 2       | Förvirrad, flera fall                   | 12               |
| 3       | Lårfraktur efter fall                   | 19               |
| 4       | Andnöd, lungsjukdom, hjärtsvikt         | 13               |
| 5       | Lårfraktur efter fall                   | 16               |
| 6       | Andnöd, lungsjukdom, förvirrad          | 4                |
| 7       | Förvirrad, njurbäckeninflammation       | 10               |
| 8       | Lårfraktur efter fall                   | 12               |
| 9       | Smärta, kotkompression efter fall       | 20               |
| 10      | Armfraktur (radius), osteoporos (fall?) | 10               |
| 11      | Fotfraktur efter fall                   | 13               |
| 12      | Axelluxation, kraftnedsättning ben      | 18               |
| 13      | Ny op efter tidigare lårfraktur         | 17               |
| 14      | Fall, urinvägsinfektion, demens         | 10               |
| 15      | Lårfraktur efter fall                   | 18               |
| 16      | Andnöd, orkeslös, KOL                   | 14               |
| 17      | Lårfraktur efter fall                   | 5                |
| 18      | Andnöd, KOL                             | 7                |
| 19      | Fotfraktur efter fall                   | 8                |
| 20      | TIA, trötthet                           | 12               |
| 21      | Ansiktsfraktur, armfraktur efter fall   | 19               |
| 22      | Smärta, ben (artros)                    | 20               |
| 23      |   | 32               |
| 24      |   | 13               |

\* Lårfraktur = Lårbensbrott, femurfraktur, collumfraktur, höftfraktur

## Kontrollgrupp

| Patient | Primär intagningsorsak            | Dagar på sjukhus |
|---------|-----------------------------------|------------------|
| 1       | Lårfraktur* efter fall            | 16               |
| 2       | Rosfeber                          | 12               |
| 3       | Smärta, kotkompression efter fall | 17               |
| 4       | Bäckenfraktur efter fall          | 22               |
| 5       | Nedsatt allmäntillstånd           | 11               |
| 6       | Nedsatt allmäntillstånd, feber    | 7                |
| 7       | Nedsatt allmäntillstånd, demens   | 14               |
| 8       | Buksmärtor, KOL, lungsjukdom      | 14               |
| 9       | Andningssvårigheter, lungsjukdom  | 8                |
| 10      | Smärta, rygg höft (ej fall)       | 10               |
| 11      | Hälsensruptur (fall?)             | 17               |
| 12      | Lårfraktur efter fall             | 9                |
| 13      | Operation mag/tarm cancer         | 22               |
| 14      | Lårfraktur, armfraktur efter fall | 16               |
| 15      | Axelluxation efter fall           | 11               |

**Tabell 2: Omsorgsbehov bland studiepatienterna**

| Hjälp från äldreomsorgen och anhöriga innan senaste sjukhusvistelsen, antal (%) | Samtliga<br>n=39 | Intervention<br>n=24 | Kontroll<br>N=15 |
|---|------------------|----------------------|------------------|
| Hemtjänst, IADL   | 28 (72)          | 15 (63)              | 13 (87)          |
| Hemtjänst, PADL   | 16 (41)          | 8 (33)               | 8 (53)           |
| Hemsjukvård   | 16 (41)          | 7 (29)               | 9 (60)           |
| Hjälp från anhöriga, IADL   | 13 (33)          | 7 (29)               | 6 (40)           |
| Hjälp från anhöriga, PADL   | 1 (3)            | 0                    | 1 (7)            |

Tabell 3. Livssituation och funktionsförmåga bland studiepatienterna

|   | Samtliga<br>n=39<br>(%) | Intervention<br>n=24<br>(%) | Kontroll<br>n=15<br>(%) |
|---|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| <b>Män/kvinnor</b>  | 8/31                    | 5/19                        | 3/12                    |
| <b>Ålder</b> , medelvärde (sta av)  | 85 (+7,8)               | 84 (+8,5)                   | 86 (+6,6)               |
| <b>Dagar på sjukhus</b> , medelvärde (median)   | 14                      | 14                          | 14                      |
| <b>Boendesituation innan sjukhusvistelse, antal (%)</b>                                     |                         |                             |                         |
| <b>Ensamboende</b>  | 34 (87)                 | 21 (88)                     | 13 (87)                 |
| <b>Boendeform</b>   |                         |                             |                         |
| Vanlig lägenhet   | 37 (95)                 | 22 (92)                     | 15 (100)                |
| Servicelägenhet   | 2 (5)                   | 2 (8)                       | 0                       |
| <b>Intervjuarens bedömning av den äldres funktionsförmåga och omsorgsbehov, antal (%)</b>   |                         |                             |                         |
| <b>Mobilitet inomhus</b>  |                         |                             |                         |
| Går helt själv  | 0                       | 0                           | 0                       |
| Går med käpp eller bock   | 6 (15)                  | 5 (21)                      | 1 (6)                   |
| Går med rullator  | 13 (33)                 | 6 (25)                      | 7 (47)                  |
| Rullstolsburen  | 10 (26)                 | 7 (29)                      | 3 (20)                  |
| Stöd av annan person vid förflyttning   | 10 (26)                 | 6 (25)                      | 4 (27)                  |
| <b>Kommunikationsproblem</b>  |                         |                             |                         |
| Nedsatt hörsel  | 15 (39)                 | 9 (41)                      | 6 (40)                  |
| Nedsatt syn   | 2 (5)                   | 2 (9)                       | 0                       |
| Talsvårigheter  | 3 (8)                   | 3 (14)                      | 0                       |
| <b>Kognition</b>  |                         |                             |                         |
| Ingen kognitiv nedsättning  | 28 (72)                 | 16 (67)                     | 12 (80)                 |
| Vissa minnessvårigheter/viss förvirring   | 11 (28)                 | 8 (33)                      | 3 (20)                  |
| <b>Omsorgsbehov, KATZ ADL</b>   |                         |                             |                         |
| Oberoende av hjälp vid samtliga sex aktiviteter (A)   | 0                       | 0                           | 0                       |
| Beroende av hjälp vid en aktivitet (B)  | 7 (18)                  | 5 (21)                      | 2 (13)                  |
| Beroende av hjälp vid badning och en aktivitet till (C)                                     | 4 (10)                  | 3 (12)                      | 1 (7)                   |
| Beroende av hjälp vid badning, på- och avklädning och en aktivitet till (D)                 | 6 (15)                  | 3 (12)                      | 3 (20)                  |
| Beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök och en aktivitet till (E)            | 15 (38)                 | 9 (38)                      | 6 (40)                  |
| Beroende vid badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, en aktivitet till (F) | 7 (18)                  | 4 (17)                      | 3 (20)                  |
| Beroende vid samtliga sex aktiviteter (G)   | 0                       | 0                           | 0                       |

Tabell 4. Hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) vid utskrivning

| Dimension   | Samtliga<br>Antal<br>(%)                 | Intervention<br>antal<br>(%) | Kontroll<br>Antal<br>(%)       |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Rörlighet</b>  |  |                              |                                |
| Går utan svårigheter  | 0  | 0                            | 0                              |
| Kan gå men med viss svårighet   | 35 (90)                                  | 21 (88)                      | 14 (93)                        |
| Är sängliggande   | 4 (10)                                   | 3 (13)                       | 3 (7)                          |
| <b>Hygien</b>   |  |                              |                                |
| Behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning              | 2 (5)                                    | 2 (8)                        | 0                              |
| Har vissa problem att tvätta eller klä mig själv                              | 25 (64)                                  | 15 (63)                      | 10 (67)                        |
| Kan inte tvätta eller klä mig själv   | 12 (31)                                  | 7 (29)                       | 5 (33)                         |
| <b>Huvudsakliga aktiviteter</b>   |  |                              |                                |
| Klarar av mina huvudsakliga aktiviteter                                       | 1 (3)                                    | 0 (0)                        | 1 (7)                          |
| Har vissa problem att klara mina huvudsakliga aktiviteter                     | 10 (26)                                  | 6 (25)                       | 4 (27)                         |
| Klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter                                  | 28 (72)                                  | 18 (75)                      | 10 (67)                        |
| <b>Smärtor/besvär</b>   |  |                              |                                |
| Varken smärtor eller besvär   | 3 (8)                                    | 1 (4)                        | 2 (13)                         |
| Måttliga smärtor eller besvär   | 19 (49)                                  | 11 (46)                      | 8 (53)                         |
| Svåra smärtor eller besvär  | 17 (44)                                  | 12 (50)                      | 5 (33)                         |
| <b>Oro/nedstämdhet</b>  |  |                              |                                |
| Inga besvär   | 10 (26)                                  | 3 (13)                       | 7 (47)                         |
| I viss utsträckning   | 16 (41)                                  | 14 (58)                      | 2 (13)                         |
| I högsta grad   | 13 (33)                                  | 7 (29)                       | 6 (40)                         |
| <b>Livskvalitetsvikt EQ-5D indexvärde, medelvärde (sta av) median</b>         | <b>0,277<br/>(0,258)<br/>0,197</b>       | 0,244 (0,237)<br>0,162       | 0,329<br>(0,289)<br>0,293      |
| <b>Livskvalitetsvikt (VAS), *</b><br>medelvärde (sta av)<br>median<br>Min-Max | <b>40.0<br/>(20,8)<br/>42,5<br/>0-80</b> | 42.1 (20.5)<br>47,5<br>0-80  | 36.3<br>(21.8)<br>32,5<br>0-70 |

\* uppgift saknas för 3 personer i kontrollgruppen och 2 personer i interventionsgruppen



**Tabell 5: Mobilitet inomhus och omsorgsbehov vid uppföljning 4-6 veckor efter utskrivning**

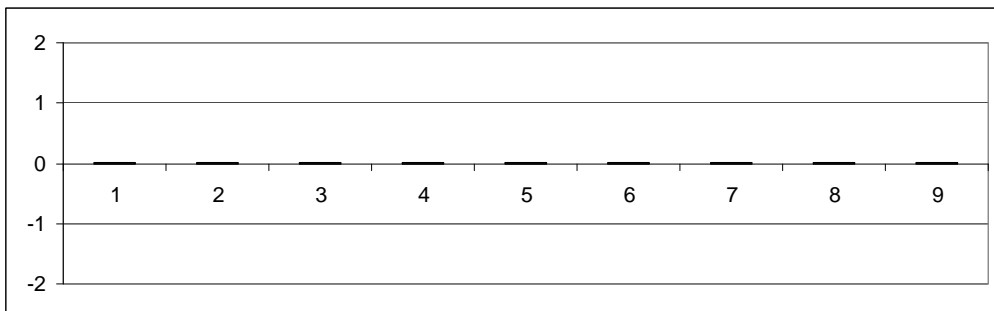
|  | <b>Samtliga</b> | <b>Intervention</b> | <b>Kontroll</b> |
|--|-----------------|---------------------|-----------------|
| <b>Mobilitet inomhus<sup>1)</sup></b>                          |                 |                     |                 |
| Går helt själv   | <b>2 (7)</b>    | 2 (11)              | 0               |
| Går med käpp eller bock  | <b>3 (11)</b>   | 3 (16)              | 0               |
| Går med rollator   | <b>15 (54)</b>  | 9 (47)              | 6 (67)          |
| Rullstolsburen   | <b>5 (18)</b>   | 4 (21)              | 1 (11)          |
| Stöd av annan person vid förflyttning                          | <b>3 (11)</b>   | 1 (5)               | 2 (22)          |
|  |                 |                     |                 |
| <b>Omsorgsbehov, KATZ ADL<sup>2)</sup></b>                     |                 |                     |                 |
| A  | <b>3 (11)</b>   | 3 (17)              | 0 (0)           |
| B  | <b>8 (30)</b>   | 6 (33)              | 2 (22)          |
| C  | <b>9 (33)</b>   | 4 (28)              | 5 (44)          |
| D  | <b>2 (7)</b>    | 1 (6)               | 1 (11)          |
| E  | <b>1 (4)</b>    | 0 (6)               | 1 (0)           |
| F  | <b>4 (15)</b>   | 2 (11)              | 2 (22)          |
| <b>Genomsnittlig förändring sedan utskrivning från sjukhus</b> | <b>-1,19</b>    | -1,56               | -0,44           |

1)  $p=0.172$ , test för skillnad mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp baserat på Spearmans rho

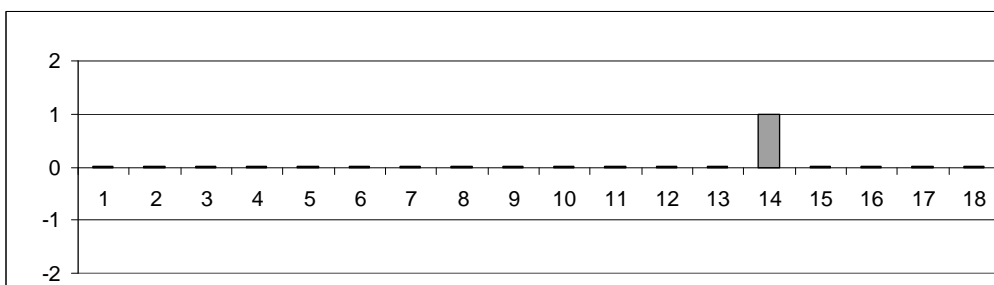
2)  $p=0.081$ , test för skillnad mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp baserat på Spearmans rho

*Förändring i graden av problem i de fem dimensionerna som ingår i det hälsorelaterade livskvalitetsmättet EQ-5D*

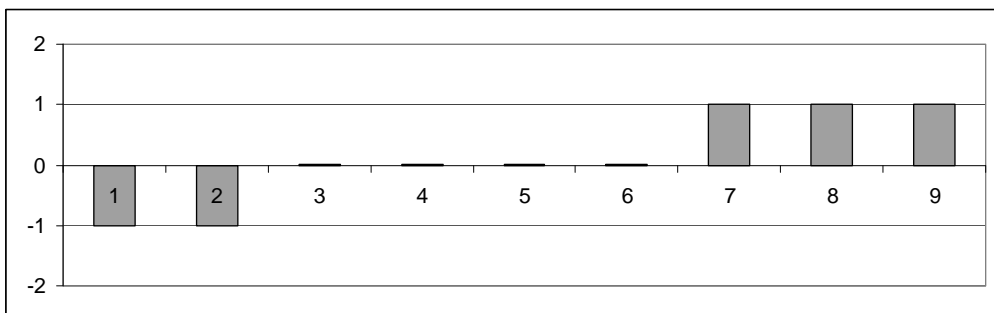
**Figur 1a. Förändring av rörlighet mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (kontrollgrupp)**



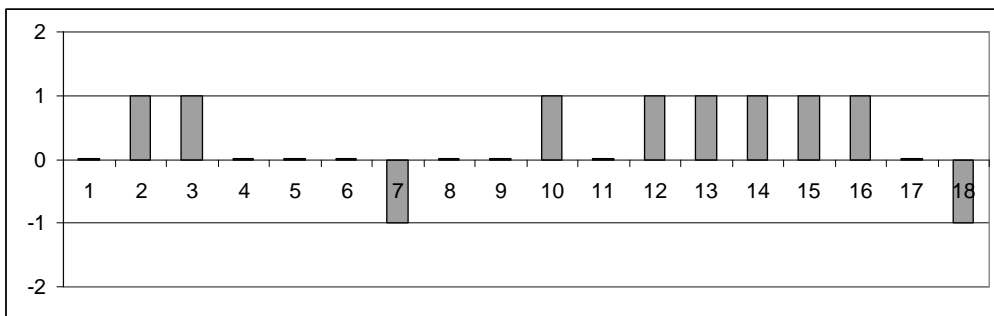
**Figur 1b. Förändring av rörlighet mellan utskrivning och uppföljning i (interventionsgrupp)**



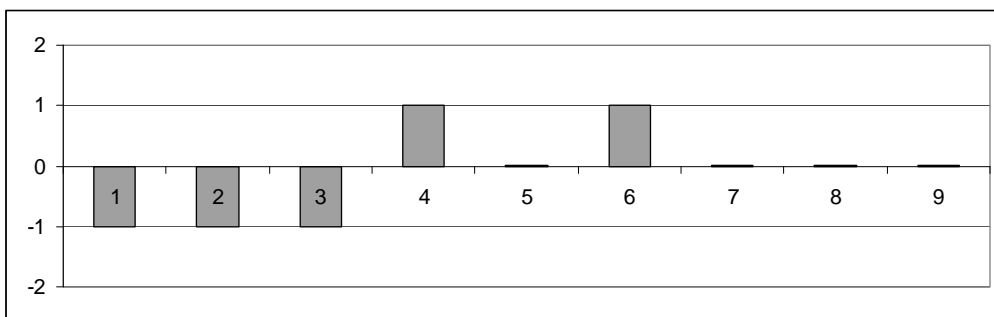
**Figur 2a. Förändring av förmågan att klara sin dagliga hygien, mat eller påklädning mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (kontrollgrupp)**



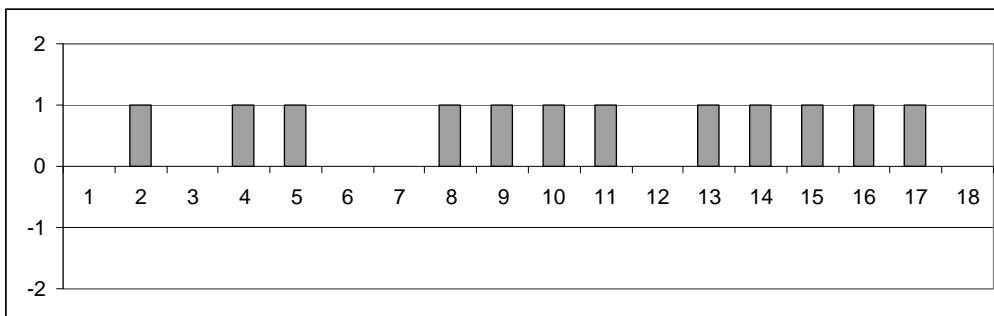
**Figur 2b. Förändring av förmågan att klara sin dagliga hygien, mat eller påklädning mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (interventionsgrupp)**



**Figur 3a. Förändring av förmågan att klara sina huvudsakliga aktiviteter mellan utskrivning och uppföljning i hemmet 4-6 veckor senare (kontrollgrupp)**

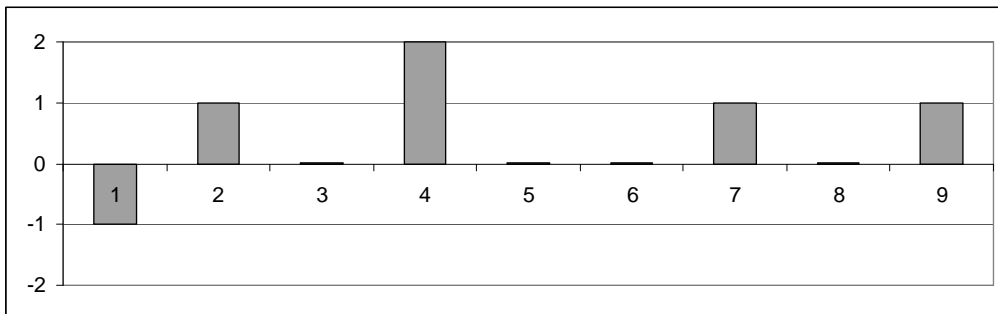


**Figur 3b. Förändring av förmågan att klara sina huvudsakliga aktiviteter mellan utskrivning och uppföljning i hemmet 4-6 veckor senare (interventionsgrupp)<sup>14</sup>**

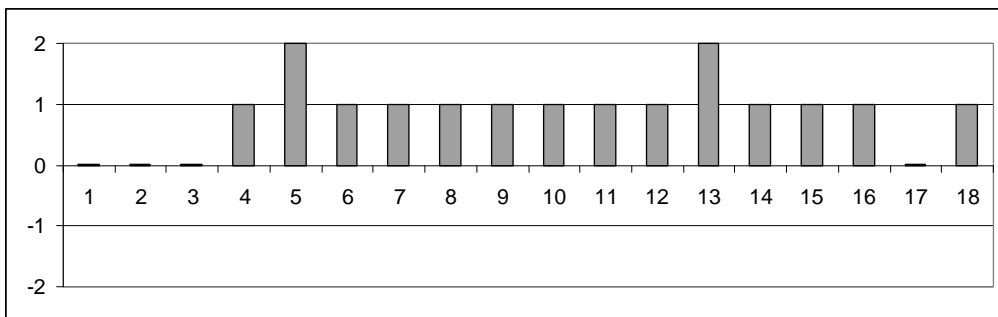


<sup>14</sup> p=0.007 för skillnad mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp baserat på Spearmans rho

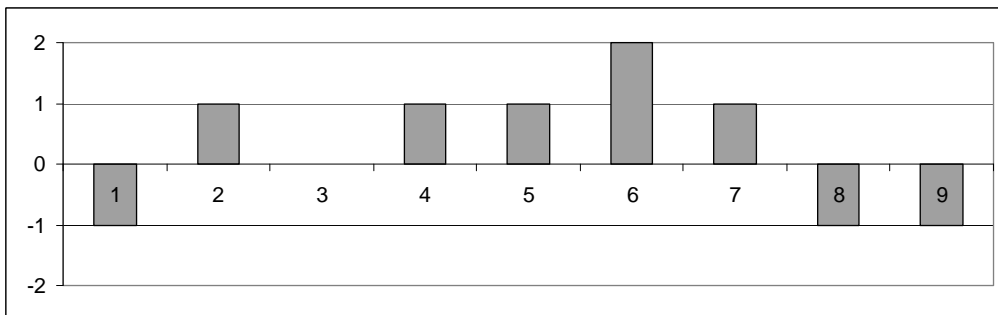
**Figur 4a. Förändring av smärta/besvär mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (kontrollgrupp)**



**Figur 8b. Förändring av smärta/besvär mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (interventionsgrupp)<sup>15</sup>**

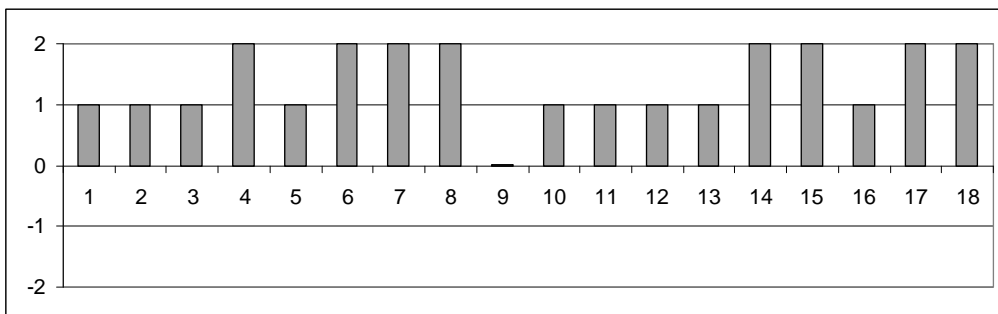


**Figur 5a. Förändring av oro/nedstämdhet mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (kontrollgrupp)**



<sup>15</sup> p=0.138 för skillnad mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp baserat på Spearmans rho

**Figur 5b. Förändring av oro/nedstämdhet mellan utskrivning och uppföljning i hemmet (interventionsgrupp)<sup>16</sup>**



<sup>16</sup>  $p=0.010$  för skillnad mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp baserat på Spearmans rho

Denna studie redovisar resultaten från en randomiserad studie på Södermalm, där en grupp som sökt men fått avslag på korttidsplats efter sjukhusvård lottades att få en korttidsvistelse medan kontrollgruppen fick de biståndsbedömda insatserna i hemmet. Studien innehåller också en översikt av den förhållandevis begränsade kunskap som finns om korttidsvården.

Det är vår förhoppning att denna studie ska vara en del i kunskapsuppbyggnaden av hur korttidsvården kan organiseras och struktureras. Korttidsvården har en stor potential, både som en kraftsamlingsplats efter sjukhusvistelse inför hemgång och som ett stöd för anhöriga som vårdar en närstående.



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

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // [www.aldrecentrum.se](http://www.aldrecentrum.se)