

ÄLDRE SOM HAR BÅDE HEMTJÄNST OCH HEMSJUKVÅRD I STOCKHOLM - EN REGISTERSTUDIE

Louise Sundberg
Lars Sonde
Lennarth Johansson

Rapport 2024:2
ISSN 1401-5129

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett kunskapscentrum stiftat av Stockholms stad och Region Stockholm. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av kommuner och andra organisationer.

*Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.*

Äldre som har både hemtjänst och hemsjukvård i Stockholm – en registerstudie

Rapport 2024:2

Louise Sundberg, Lars Sonde och Lennarth Johansson

ISSN 1401-5129

© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Citera oss och sprid gärna våra rapporter, men ange alltid källan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	4
<i>Erfarenheter av kommunal hemsjukvård</i>	<i>5</i>
<i>Efter Ädelreformen</i>	<i>8</i>
<i>Nära vård.....</i>	<i>9</i>
<i>Situationen i region Stockholm</i>	<i>10</i>
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD.....	12
DATA OCH STUDIEPOPULATION	12
STOCKHOLMS KOMMUNS REGISTERDATA.....	12
<i>SNAC Stockholm Äldreomsorg</i>	<i>12</i>
REGION STOCKHOLMS REGISTERDATA.....	15
RESULTAT	17
DEMOGRAFI	17
FUNKTION.....	20
OMFATTNING.....	23
HEMSJUKVÅRDINSATSER.....	24
<i>Öppenvård.....</i>	<i>24</i>
<i>Slutenvård.....</i>	<i>28</i>
DISKUSSION	29
RESULTAT	29
METOD	31
AVSLUTANDE REFLEKTIONER.....	32
SLUTSATSER	34
REFERENSER.....	35
BILAGOR.....	38
BILAGA 1	39
<i>Dataset</i>	<i>39</i>
BILAGA 2	42
<i>Köns- och ålderstandardiserade andelar.....</i>	<i>42</i>
BILAGA 3	43
<i>Omfattning: hemtjänsttimmar per månad.....</i>	<i>43</i>

SAMMANFATTNING

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum tog 2022 initiativ till att sammanställa registeruppgifter om äldre personer i Stockholms kommun som hade insatser från både hemtjänst och hemsjukvård. Syftet var att beskriva vad som kännetecknar hemmaboende äldre med kombinerade vård- och omsorgsinsatser.

Dataunderlaget består av alla individer som är 65 år eller äldre och finns registrerade som mottagare av hemtjänst i Stockholms kommuns sociala dokumentationssystem Paraplysystemet, från den 1 januari 2019 till 28 februari 2021. Bland alla med hemtjänst identifierades personer som samtidigt var inskrivna i regionens basala hemsjukvård, med hjälp av Region Stockholms VAL-databas för vårdperiod, öppenvård och slutenvård. Ursprungspopulationen, de med någon form av insats från äldreomsorgen, bestod av drygt 40 000 individer, varav cirka 26 000 individer hade insatser från hemtjänsten. Av dessa hade cirka 7 500 individer också insatser från regionens hemsjukvård.

Resultaten visar att andelen av personer 80 år och äldre med hemtjänst som också hade hemsjukvård, varierade mellan stadsdelsförvaltningarna, från 25 till 37 procent. Bland alla 80 år och äldre utgjorde de åtta procent av befolkningen. Jämför man individer med kombinerade insatser med de som hade enbart hemtjänst, framkommer ett mönster. Gruppen med kombinerade insatser var över lag ett par år äldre och hade en högre andel kvinnor, jämfört med hemtjänstgruppen. Vidare hade de ett större behov av stöd för de personliga aktiviteterna i dagliga livet (PADL), och sämre kognitiv förmåga än de med enbart hemtjänst. Den sammanfattade funktionsförmågan, som inkluderar behov av hjälp med PADL, rörelseförmåga och kognitiv funktion, visar att personer med både hemtjänst och hemsjukvård över lag hade betydligt större funktionsnedsättningar, jämfört med de med enbart hemtjänst.

De stora funktionsnedsättningarna hos personer med kombinerade insatser avspeglas också i att de hade mer hemtjänsttimmar än de med enbart hemtjänst. Det var till exempel dubbelt så vanligt med stora hemtjänstinsatser (80 timmar eller mer) per månad bland dem med både hemtjänst och hemsjukvård, än bland dem med enbart hemtjänst. Sammanfattningsvis kännetecknas äldre personer med kombinerade insatser av att de hade större funktionsnedsättningar och mer insatser från hemtjänsten än de med enbart hemtjänst.

Hemsjukvård handlar vanligtvis om besök i hemmet dagtid på vardagar, men närmare fyra av tio besök skedde under kvällar, nätter och helger. Primärvårdsrehabilitering i sin tur stod för en betydligt mindre andel av besöken, fem procent. Nästan samtliga besök var enskilda hembesök och det var främst undersköterskor som svarade för besöken. Närmare sex av tio besök svarade undersköterskor för, sjuksköterskor svarade för drygt 30 procent, och rehabiliteringspersonal och läkare för övriga besök.

Pulsen i hemsjukvården när det gäller frekvensen besök, var mycket skiftande. Antalet besök per individ varierade stort, vilket beror dels på hur länge man var inskriven, dels på antal besök per dag eller vecka. Därför ger antalet besök per månad en mer rättvisande bild. Det visar att personer med hemsjukvård i genomsnitt fick tolv besök per månad. Knappt hälften av alla individer hade högst sex besök och det var vanligast med två besök under månaden. Omvänt var det endast var femte person som hade fler än 20 besök under månaden. Sammanfattningsvis visar besöksuppgifterna att de flesta hade få besök och att få hade många besök per månad.

Det var mycket vanligt för personer med kombinerade insatser av hemtjänst och hemsjukvård att vara inskrivna i slutenvården, nio av tio var inskrivna vid något tillfälle under studieperioden. Vidare framkom att många äldre hade upprepade vistelser i slutenvården året innan de blev inskrivna i hemsjukvården. Hälften hade varit inskrivna tre gånger eller fler året innan de blev inskrivna i hemsjukvården. Det stora slutenvårdsutnyttjandet året innan inskrivning i hemsjukvården indikerar stora behov av sjukvård efter sjukhusvistelserna.

Det var också en betydande andel av alla äldre med hjälp i hemmet som hade kombinerade insatser. Att cirka en tredjedel av alla som fick hemtjänst bland 80 åringar och äldre även fick hemsjukvård, betyder att en väsentlig andel av dem kräver stora insatser. Även denna uppgift kan vara av intresse för andra kommuner att jämföra med i analyser av den egna verksamheten.

Samverkan kring gruppen äldre hemmaboende personer, med omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av hjälp, har länge varit i fokus. För att kunna utveckla samverkan kring dessa individer, är det nödvändigt att identifiera gruppen, för att få en uppfattning om dess storlek och behov av hjälp. Det finns dock ingen konsensus om hur gruppen med stora vård- och omsorgsbehov ska avgränsas.

Olika definitioner av gruppen med stora vård- och omsorgsbehov bygger på en kombination av olika parametrar som ålder, utnyttjande av slutenvård, antal diagnoser och omsorgsinsatser från kommunen. I försöken att definiera gruppen hemmaboende äldre med stora vårdbehov har hittills inte personer med både hemtjänst och hemsjukvård ingått. Gruppen med kombinerade hjälpinsatser kan därför utgöra en alternativ definition, som har fördelen att den bygger på en aktuell och faktisk situation.

I ett nästa steg kan vårdgivarna undersöka i vilken utsträckning vårdtagarna med hemtjänst och hemsjukvård har en *samordnad individuell plan* (SIP), något som är en viktig grund för samverkan och koordination av insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Om det saknas SIP, kan vårdgivarna initiera att en plan kommer till stånd. Sedan 2010 är samordnad individuell plan ett lagstadgat krav både i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, som ett verktyg för löpande samordning av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och vid utskrivning från sjukhus.

En SIP är ett viktigt redskap, med vars hjälp vårdgivarna gemensamt fortlöpande kan följa upp både sjukvårds- och omsorgsinsatser bland personer med hemtjänst och hemsjukvård. Det kan förbygga försämringar, återinskrivningar på sjukhus, öka livskvalitet hos de äldre och leda till ett effektivare resursutnyttjande. Att få till stånd en fungerande samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård, två skilda, men ömsesidigt beroende verksamheter, är därför grundläggande. En viktig utgångspunkt därvidlag är att identifiera den grupp äldre som verksamheterna ska samarbeta om och att skaffa sig ett underlag för vad samverkan kan bestå i.

INLEDNING

Många äldre personer har insatser av hemtjänsten, andra har hjälp av hemsjukvården, och vissa har kombinerade insatser från hemtjänst och basal hemsjukvård, vilket är den grupp vi belyser i denna rapport. Äldre personer med både hemtjänst och hemsjukvård är beroende av insatser från två olika verksamheter och huvudmän, och identifierades som en viktig målgrupp redan i förarbetena till Ädelreformen. Tanken var att reformen skulle innehålla ett kommunalt ansvar för hemsjukvården, för att därmed få till stånd ett samlat kommunalt ansvar för vården i hemmet av äldre personer. Det skulle kunna innebära effektivitetsvinster för kommunerna och samtidigt öka personkontinuiteten för dem som behöver hjälp från både hemtjänst och hemsjukvård (Ds 1998:27 s. 75).

Genom Ädelreformen överfördes större delen av den slutna långtidssjukvården och den primärvårdsanknutna långtidsvården vid sjukhem från landstingen till kommunerna. Reformen innehöll också en ny lag om kommunalt betalningsansvar som innebar att kommunerna var skyldiga att ta emot personer som var medicinsk färdigbehandlade på sjukhus, annars fick kommunen betala vårdkostnaderna. Däremot innefattade inte Ädelreformen ett lagstadgat kommunalt ansvar för hemsjukvården. Om kommunerna önskade ta över ansvaret för hemsjukvården, kunde detta ske efter överenskommelse med landstinget (Prop.1990/9:14).

Kommunal hälso- och sjukvård avser den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för i särskilda boendeformer, korttidsboende, dagverksamhet och ordinärt boende (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso-och sjukvårdslagen). Patienter i kommunal hälso- och sjukvård har rätt till medicinsk vård och omvårdnad, habilitering, rehabilitering samt hjälpmedel och förbrukningsartiklar efter behov. Här ingår också att identifiera risker för ohälsa som till exempel fall, undernäring, nedsatt mun- och tandhälsa, trycksår och blåsdysfunktion, samt att stödja personer i deras dagliga livsföring, och i livets slutskede.

Sjukvårdsinsatser i hemmet kan ges vid enstaka tillfällen. Om behoven är varaktiga eller om regelbundna insatser krävs, kan personen bli inskriven i hemsjukvården. Ansvarig för inskrivningen är husläkaren eller vårdcentralsläkaren. I regionerna tillämpas olika kriterier för inskrivning i hemsjukvården. Det gäller dels definitionen av varaktighet och olika åldersgränser. Ett vanligt kriterium är *tröskelprincipen*, det vill säga om personen kan ta sig till vårdcentralen på egen hand eller ej, eller måste få hjälp

hemma. Ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunen regleras i överenskommelser och omfattar bland annat målgrupper, principer för vem som bedöms behöva hemsjukvård, samt rutiner för samverkan.

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov, och beakta den vård som ges av andra vårdgivare. Den som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård benämns huvudman. Med vårdgivare avses den myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för.

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att kunna tillgodose dessa behov eller om patienten själv begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (Socialstyrelsen 2020).

Erfarenheter av kommunal hemsjukvård

I början av 2000-talet tillsattes en statlig utredning för att sammanställa hittillsvarande erfarenheter av en sammanhållen hemvård. I utredningen framkom att ansvarsfördelningen gällande hemsjukvård mellan landsting och kommuner ofta var otydlig och skapade konflikter och revirstrider mellan huvudmännen, vilket innebar risker för den enskilde. Utredningen föreslog därför att en huvudman, kommunen, skulle ansvara för hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård (SOU 2004:68).

En senare utredning konstaterade att hemsjukvården kommunaliserades i tio län från 1992 till 2010. Mot den bakgrunden föreslog utredningen att kommunerna skulle ges en vidgad befogenhet att tillhandahålla hemsjukvård till att även avse hemsjukvård som är ansluten till den somatiska slutenvården och till den psykiatriska slutenvården, detta för att skapa tydligare legala förutsättningar att bedriva hemsjukvård. Med hemsjukvård avses alla hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes hem, det vill

säga både i ordinärt och särskilt boende, som tillhandahålls av legitimerad personal, dock inte läkare, samt annan personal med delegation (SOU 2011:55). Från 2010 kommunaliserades hemsjukvården i ytterligare tio län vid olika tidpunkter och i dag har 265 av 290 kommuner i Sverige ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende, och därmed organisatoriska förutsättningar för en sammanhållen hemvård. Undantaget är region Stockholm där ansvaret för hemsjukvården ligger kvar hos regionen (förutom i Norrtälje kommun).

Socialstyrelsen genomförde 2018 en studie för att analysera behov av stöd till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2019). Studien konstaterade att

”patienter i kommunal hälso- och sjukvård ofta är sköra med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar [...] och att behoven av kommunal hälso- och sjukvård har förändrats. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning [...] från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus. Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver dessutom vård för vanliga kroniska sjukdomar, till exempel hjärtsjukdomar, diabetes, KOL eller depression. De behöver också åtgärder på grund av problem med inkontinens, undernäring och för att förebygga fall”.

Vissa äldre får enstaka insatser och andra blir inskrivna och får regelbundna insatser. De flesta patienter med hälso- och sjukvårdsinsatser 2021 fick vård i ordinärt boende. Drygt 275 000 personer, 65 år och äldre fick någon gång kommunal hemsjukvård under året, varav cirka 136 800 personer var 80 år eller äldre (Socialstyrelsen 2023a).

Sedan 2019 har registret över kommunal hälso- och sjukvård kompletterats med uppgifter om patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. År 2022 fick närmare 279 000 (90 procent) av alla individer med hemsjukvård behandlande åtgärder. Av registret framgår att de vanligaste behandlingsinsatserna i hemsjukvården handlar om läkemedel och förskrivning av hjälpmedel (Socialstyrelsen 2023b). Hemsjukvård handlar i hög grad om vård i livets slutskede. Bland

avlidna personer 65 år och äldre (2021), hade 58 procent kommunal hemsjukvård i ordinärt boende (Socialstyrelsen 2023a s. 65).

Kunskapen om hur situationen ser ut för de äldre som både har hemtjänst och hemsjukvård är tämligen begränsad. Det saknas forskning om en sammanhållen hemvård resulterar i en bättre samordning av hemtjänst och hemsjukvård, och därmed en effektivisering av verksamheten, och en ökad personkontinuitet i hjälpen till de äldre. Undantaget är Norrtälje, den enda kommunen i region Stockholm som övertagit ansvaret för hemsjukvården. Norrtäljemodellen startade år 2005 när Stockholms läns landsting tillsammans med Norrtälje kommun genomförde en organisatorisk förändring där Norrtälje sjukhus, primärvården och den kommunala verksamheten för vård och omsorg samlades i ett gemensamt bolag, Tiohundra AB. Genom att samla vård- och omsorgstjänster i ett gemensamt bolag avsåg man att underlätta patientnära samverkan genom sammanhängande vårdkedjor och ökad kontinuitet.

Tiohundraprojektet har varit föremål för flera vetenskapliga studier. I ett arbete studerades antalet besök på akutmottagningar för äldre Norrtäljebor under perioden 2000–2015. Resultaten visar en stigande trend i antalet besök vid akutmottagningar under studieperioden, men att införandet av Tiohundramodellen medförde att den blev svagare än den annars skulle ha varit (Doheny m fl 2020). I en liknande studie från 2021 studerades patienter med sjukdomar som karaktäriseras av sjukdomstillstånd där sjukhusinläggningar i viss mån kan undvikas givet adekvat behandling inom primärvård och specialiserad öppenvård. Resultaten indikerade att sjukhusinläggningarna för denna patientgrupp hade minskat i högre grad för invånare i Norrtälje jämfört med övriga kommuner i Stockholms län under perioden 2000–2011, men effekten är inte statistiskt signifikant (Agerholm m fl 2021).

Kunskapen om äldre med både hemtjänst och hemsjukvård i Stockholms kommun är mycket begränsad. Äldre personer som får både hemtjänst och hemsjukvård har inte tidigare identifierats. Hälsoutvecklingen i befolkningen innebär att både friska och sjuka personer lever allt längre och att hälsoproblem skjuts upp till allt högre ålder. Med tanke på att antalet personer 80 år och äldre under innevarande decennium förväntas öka med cirka 45 procent, kommer en åldrande befolkning innebära ökade behov av vård och omsorg och en växande uppgift för regioner och kommuner. Äldre personer med omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg, är beroende av insatser från både hemtjänsten

och hemsjukvården. För att förverkliga nära vård, krävs att sjukvården och hemtjänsten samarbetar. För att kunna samarbeta framgångsrikt krävs att man har kunskaper om den grupp äldre som man ska samarbeta om.

Efter Ädelreformen

Ädelreformen och framför allt betalningsansvarslagen fick till effekt att antalet färdigbehandlade patienter på sjukhus minskade snabbt. I takt med denna utveckling började landstingen att avveckla vårdplatser, vilket innebar att antalet vårdplatser på sjukhus minskade med cirka 50 procent under 1990-talet (Socialstyrelsen 2002). In på 2000-talet uppfattades att betalningsansvarslagen hade blivit allt mer tandlös och inte längre fungerade som ett incitament för att påskynda utskrivningarna. I en översyn av betalningsansvarslagen (SOU 2015:20) påpekades att de kortare vårdtiderna innebär att planeringstiden för de mottagande enheterna blivit kortare. Utredningen ledde till att betalningsansvarslagen ersattes av en ny lag: lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Lagen innebär en tydligare reglering av hur samverkan ska organiseras vid utskrivning av patienter som kräver fortsatta vård- och omsorgsinsatser. Vidare ska en fast vårdkontakt i primärvården upprättas för patienter som skrivs ut och bedöms vara i behov av vårdinsatser från både kommun och region. Samverkanslagen föreskriver också att en samordnad individuell plan ska erbjudas alla patienter som bedömts behöva insatser från båda huvudmännen. Tidsfristen när kommunens betalningsansvar inträder för utskrivningsklara patienter kortades ned från fem veckodagar (helger och röda dagar ej räknade) till tre dagar totalt, om inte kommunen och regionen har kommit överens om annat.

I en uppföljning av den nya lagen konstaterades att vårdtiden för utskrivningsklara patienter på sjukhus hade minskat markant (Myndigheten för vårdanalys 2020). Samtidigt påtalades risken för att äldre patienter skrivs ut för tidigt och att vård- och omsorgsinsatser i hemmet inte hinner organiseras, något som i sin tur kan leda till att de återinskrivs. Vad gäller upprättande av samordnad individuell plan, visade Myndigheten för vårdanalys studie vissa förbättringar. Som exempel nämns att planeringen börjar tidigare än förut, fler möten sker i patientens hem, liksom digitalt. Samtidigt framkom att samordnade vårdplaner borde kunna upprättas mer ofta än vad som sker i dag (Myndigheten för vårdanalys 2020).

Att kortare vårdtider kan ha lett till ett ökat antal återinskrivningar bekräftas av resultaten i en studie från Socialstyrelsen 2021. Den visade att andelen äldre, multisjuka patienter (enligt Socialstyrelsens definition) som återinskrevs oplanerat inte minskat sedan 2010. I stället påvisades en ökning av de oplanerade återinskrivningarna från 25,2 procent till 28 procent mellan 2010 och 2019. Av genomförda registerbaserade analyser framgår att andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, var ungefär dubbelt så hög för gruppen multisjuka patienter jämfört med alla patienter 65 år och äldre. Enligt Socialstyrelsen finns behov av att – i linje med omställningen till en nära vård – säkerställa rutiner för hemsjukvården, för att i tid kunna behandla sjukdomar och tillstånd i den äldres hem innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En god samverkan fordras därvid mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet (Socialstyrelsen 2021).

Nära vård

År 2013 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att belysa hälso- och sjukvårdens effektivitet. I slutbetänkandet (SOU 2016:2) redovisades problem som bristande styrning, samordning och en ”sjukhustung” struktur, bland flera bidragande förklaringar till en försämrad effektivitet. Ett av betänkandes förslag ledde till en ny utredning som fick i uppdrag att komma med förslag om stöd till landstingen, berörda myndigheter och organisationer, i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Resultatet blev en reform om god och nära vård (SOU 2020:19). I reformen lade regeringen fast att målet är att tillgängligheten till primärvården ska öka, en mer delaktig patient, en personcentrerad vård, samt att kontinuiteten i primärvården ska öka. Vidare framhölls att samverkan mellan huvudmännen är en central förutsättning för att en utveckling av den nära vården och en reformering av primärvården ska kunna genomföras. Regeringen betonade vidare vikten av att primärvården organiseras så att det skapas förutsättningar för att alla som vill ha en fast läkarkontakt ska kunna få en sådan, något som är särskilt viktigt för multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar. När den äldre personen har behov av både vård och omsorg måste vården och omsorgen samordnas.

I en rapport från Myndigheten för vårdanalys (2021) redovisades att det hittills finns få indikationer på att målen uppfyllts. Ur ett patientperspektiv finns få tecken på att omställningen inneburit förbättringar. Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när

det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård har ökat. Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens i primärvården. I en uppföljande rapport konstaterade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023):

”Mycket av arbetet inom omställningen har hittills bedrivits på strategisk nivå, men utan synliga effekter i verksamheterna [...] Verksamheterna har inte fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål eller uppfylla väsentliga delar i primärvårdens grunduppdrag [...] Primärvården behöver utvecklas på områden som är centrala för omställningen, men vårdcentralerna har svårt att med befintliga resurser prioritera till exempel förebyggande arbete och samverkan på ett tillräckligt sätt”.

Situationen i region Stockholm

I Stockholms län ligger ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende hos regionens primärvård, förutom i Norrtälje kommun. I övriga Stockholm ansvarar primärvården för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicintekniska resurser och kompetenser eller annan särskild kompetens. Hemsjukvården är reglerad i ett avtal vars utgångspunkt är att ge vård i det egna hemmet till personer som är oförmögna att själva ta sig till vårdcentralen (tröskelprincipen) och att hemsjukvården ska ingå i husläkaruppdraget. För varje patient som är inskriven i hemsjukvården erhåller den husläkarmottagning patienten är listad vid en så kallad listningspeng. För olika insatser för hemsjukvårdspatienter erhålles därutöver en särskild ersättning, till exempel för hembesök av läkare, sjuksköterska, undersköterska eller paramedicinsk personal.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att identifiera och kartlägga vård- och omsorgsinsatser hos personer över 65 år som både har hemtjänst och hemsjukvård i Stockholms kommun. Studiens frågeställningar är:

- Hur många personer, 65 år och äldre har kombinerade insatser från hemtjänst och hemsjukvården?

- Vilka är skillnaderna mellan stadsdelarna i Stockholms kommun?
- Vad kännetecknar äldre personer som har kombinerade insatser av hemtjänst och hemsjukvård?
 - Ålder, kön, ensamboende/samboende, funktionsförmåga?
- Hur ser insatserna ut från hemsjukvården:
 - Besöksfrekvens av hemsjukvården?
 - Tid som inskriven i hemsjukvården?
 - Vilken personal/profession svarar för insatserna?
 - Hur ofta föregås inskrivning i hemsjukvård av slutenvårdsvistelser?

METOD

Data och studiepopulation

Två datakällor har använts i denna studie. Dataunderlaget utgår från alla individer i studien *SNAC Stockholm Äldreomsorg*, vilken i sin tur är baserat på samtliga beslutsunderlag inom äldreomsorgen som registrerats i Stockholms kommuns system för social dokumentation (Paraplysystemet). Vi har kombinerat data från *SNAC Stockholm Äldreomsorg* med data från Region Stockholm (VAL-databasen), mer specifikt register från vårdperiod (VPE), öppenvårdsregistret (OVR), samt slutenvårdsregistret (SLV). VPE definierar vem som är inskriven i hemsjukvården. OVR beskriver besöken från hemsjukvården och SLV består med kompletterande, beskrivande information om personer med hemsjukvård.

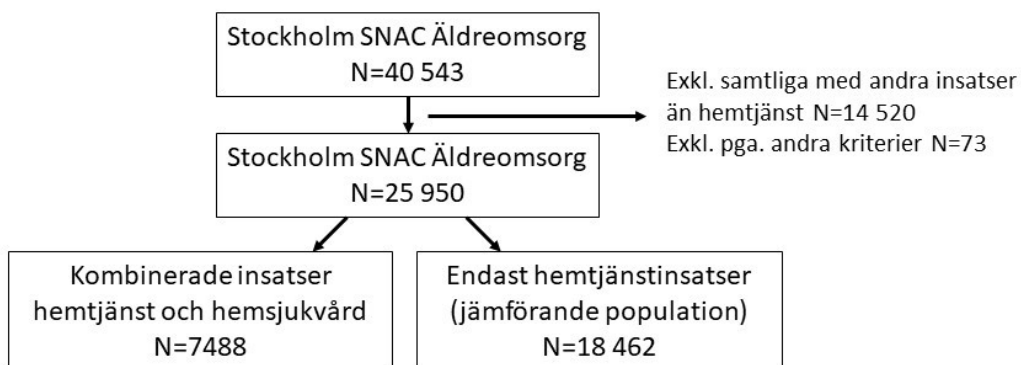
Studieperioden sträcker sig från 1 januari 2019 till 28 februari 2021.

40 543 individer hade någon typ av insats från äldreomsorgen under den givna studieperioden. Efter att vi exkluderat de individer som hade andra insatser än hemtjänst (till exempel särskilt boende, ledsagning etcetera), och de som endast hade insatser från hemtjänsten i form av trygghetslarm (14 520 individer totalt), samt några av andra skäl (dubbletter, ålder <65, noll timmar i omfattning, 73 individer), uppgick det slutgiltiga underlaget till 25 950 individer. Av dessa var 7 488 individer (29%) också inskrivna i hemsjukvården, och utgör därmed vår primära studiepopulation. Det är också dessa individer som är länkade till Region Stockholms register. Övriga 18 462 individer har endast hemtjänstinsatser, och fungerar som jämförande population i vår studie. Figur 1 ger en övergripande bild av denna uppdelning. För en mer utförlig illustration av studiepopulationen och de datakällor som inkluderats i dataunderlaget, se bilaga 1. Studien har godkänts av etikprövningsmyndigheten dnr 2020–03778.

Stockholms kommuns registerdata

SNAC Stockholm Äldreomsorg

Från *SNAC Stockholm Äldreomsorg* använder vi beskrivande demografiska variabler (kön, ålder, ensamboende, stadsdel), omfattning (antal hemtjänsttimmar i månaden), funktionsvariabler (PADL, kognition [Ber-



Figur 1. Schematisk bild över studiepopulationen, efter att personer med andra insatser än hemtjänst exkluderats och övriga delats upp i en grupp med kombinerade insatser från hemtjänsten och en med endast insatser från hemtjänsten (jämförelsegrupp).

gerskalan], funktionsindex). Nedan följer en beskrivning av variablerna. För utförligare information, se tidigare publikationer (Meinow m fl 2020).

Kön

Biologiskt kön, man eller kvinna.

Ålder

För ålder rapporteras senast uppnådda ålder. Det vill säga för en individ som var inskriven 1 januari 2019 och var 77 år vid tillfället, men som också var inskriven 28 februari 2019 och var 78 år, rapporteras den senast uppnådda åldern, det vill säga 78 år. Vi skapade två åldersgrupper, 65–79 år samt 80 år och äldre.

Ensamboende

För ensamboende rapporteras senaste registrerade boendestatus: ensamboende eller samboende. Det interna bortfallet var 20 (0,3%) för personer med kombinerade insatser och 80 (0,5%) för dem med endast hemtjänstinsatser.

Stadsdelsförvaltning

Stadsdelsförvaltning innebär senaste registrerade stadsdel i de få fall en individ flyttat under studieperioden. För sex personer med kombinerade insatser och för 17 hemtjänsttagare, har beslut om äldreomsorg fattats av socialförvaltningen. Dessa personer har exkluderats i beskrivningar som berör stadsdelarna.

Omfattning

Antalet hemtjänsttimmar per månad beräknas utifrån ett medeltal. Om en individ har flera hemtjänstbeslut under denna tidsperiod beräknas ett medel för alla beslut om omfattning. Initialt jämförde vi omfattning per månad baserat på första, lägsta, senaste, högsta samt ett medelvärde av samtliga beslut. Jämförelsen utförde vi för hela studieperioden samt för enskilda månader (se bilaga 2). Utifrån denna jämförelse utgår denna rapport från medelvärdet. Vidare har vi skapat fem kategorier för hemtjänstens omfattning: <24 timmar, 25–49 timmar, 50–79 timmar, 80–119 timmar, samt >120 timmar. Vi exkluderade beslut med noll timmar i omfattning (vilket var en individ, se bilaga 1) i samband med att det analytiska datasetet skapades.

Personliga aktiviteter i dagliga livet

PADL är baserat på fem aktiviteter och berör individens förmåga att självständigt kunna äta, förflytta sig, sköta på- och avklädning, utföra toalettbesök samt duscha. För varje aktivitet noteras om individen är beroende av hjälp (delvis eller helt). Vi skapade en summerad variabel för antalet PADL som en individ är beroende i (helt eller delvis), där 0 innebär att individen kan utföra samtliga fem aktiviteter helt självständigt och 5 innebär att en person är beroende av hjälp (delvis eller helt) i samtliga fem aktiviteter. Eftersom en person kan ha flera bedömningar jämförde vi första, lägsta, senaste, högsta samt ett medelvärde. Utifrån denna jämförelse utgår rapporten från medelvärdet av dessa bedömningar. För personer med kombinerade insatser saknar 196 (2,6%) uppgifter i en eller flera av de fem variablerna som ingår i PADL, motsvarande siffra för de med hemtjänst var 720 (3,9%).

Kognition (Bergerskalan)

Kognitiv nedsättning utgår från fyra nivåer: 1) ingen kognitiv nedsättning, 2) lätt kognitiv nedsättning, ibland något oklar och förvirrad, 3) svår kognitiv nedsättning, ofta oklar och förvirrad, samt 4) mycket svår kognitiv nedsättning samt ständig mycket oklar och förvirrad. Då andelen med mycket svår kognitiv nedsättning var mycket liten har vi slagit samman

denna kategori med kategori 3, de med svår kognitiv nedsättning. Likt variablerna Omfattning och PADL har vi utgått från ett medelvärde av kognition i de fall flera bedömningar per individ finns. Uppgift saknas för 391 individer (5,2%) med kombinerade insatser och för 1 237 individer (6,8%) med hemtjänstinsatser.

Funktionsindex

Funktionsindexet är baserat på PADL, kognition (viktas med faktor 2) samt rörelsehinder. Rörelsehinder beaktar i vilken grad en individ 1) inte har några rörelsehinder, 2) behöver hjälpmedel för att gå utomhus, 3) behöver hjälpmedel för att ta sig runt inomhus, men inte klarar av detta utomhus, 4) är beroende av levande stöd eller sitter i rullstol och inte kan ta sig i och ur denna självständigt, eller 5) är sängbunden. Funktionsindexet har en skala som sträcker sig från 0 till 16 och vi skapade fyra kategorier utifrån denna, vilket täcker fyra grader av funktionsnedsättning: lätt, måttlig, hög samt mycket hög. 391 individer (5,2%) med kombinerade insatser saknade uppgift i en eller flera av de variabler som ingår i funktionsindexet. Motsvarande siffra för personer med hemtjänstinsatser är 1 274 (6,9%).

Region Stockholms registerdata

Vårdperiod

Vårdperiod definierar individer med hemsjukvård. En person blir inskriven i basala hemsjukvården om denna, på grund av medicinska eller andra skäl, har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som är varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Individen ska därtill ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad (Region Stockholm 2021). En person inskriven i hemsjukvården har ett inskrivningsdatum och ett utskrivningsdatum. Utifrån vårdperiod identifieras vilka individer i *SNAC Stockholm Äldreomsorg* som har hemsjukvård och därmed utgör denna rapportens primära studiepopulation, med kombinerade insatser från såväl hemtjänst som hemsjukvård. VPE beskriver antal dagar och tillfällen som en individ är inskriven i hemsjukvården.

Öppenvården

För individer med kombinerade insatser har vi inkluderat information för hur många besök samt vilken typ av insats (Uppdragstyp), besök (Besöksform) och vem (Vårdgivare) som stått för besöken. Uppdragstyp motsvaras av koderna 137 (basal hemsjukvård under kvällar, nätter och helger),

302 (basal hemsjukvård husläkarverksamhet), samt 311 (primärvårdsrehabilitering) i OVR.

Slutenvård

Från slutenvårdsregister har vi använt uppgifter för hur många, för individer med kombinerade insatser av hemtjänst och hemsjukvård, som varit inskrivna i slutenvården och vid hur många tillfällen.

RESULTAT

Den första delen av resultatbeskrivningen jämför personer som har kombinerade insatser med dem som har enbart hemtjänst avseende demografiska variabler, funktionsförmåga samt omfattning av insatser från hemtjänst. I nästkommande del visas insatserna från hemsjukvården för de med kombinerade insatser.

Demografi

Personer med kombinerade insatser av hemtjänst och hemsjukvård utgör cirka en tredjedel av alla som får vård och omsorg i det egna hemmet i Stockholms kommun. I relation till den äldre befolkningen i hela Stockholm utgör denna grupp 2,6 procent av alla personer som är 65 år eller äldre, respektive åtta procent av de som är 80 år eller äldre. Dessa siffror framkommer när vi jämför officiella befolkningssiffror (Statistiska centralbyrån 2023) med rapportens studiepopulation.

Stadsdelar

Nedan presenterar vi andel och antal personer med kombinerade insatser respektive endast hemtjänst per stadsdelsförvaltning. Justerade andelar, där vi beaktat skillnader mellan stadsdelarna vad gäller ålder- och könsammansättning, hade liten effekt på fördelningen (se bilaga 3).

Invånarantalet mellan stadsdelarna skiljer sig åt, vilket också syns i antalet omsorgstagare per stadsdel. Flest omsorgstagare (3 854) återfinns på Södermalm, som utgjorde 15 procent av underlaget, och lägst antal omsorgstagare (873) fanns i Spånga-Tensta, som utgör tre procent av underlaget. Medelåldern bland omsorgstagarna i stadsdelarna varierade med drygt fyra år, med högst medelålder i Bromma på 84 år och lägst i Rinkeby-Kista på 79,8 år (tabell 1).

För respektive stadsdel var andelen med kombinerade insatser lägst i Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta med 23 procent, och högst i Skärholmen med 33 procent. Figur 2 visar att andelen med kombinerade insatser i åldersgruppen 65–79 år varierade mellan 18 och 27 procent, medan motsvarande siffra för den äldsta åldersgruppen var 25 till 37 procent.

Ålder

Det fanns tydliga åldersskillnader mellan de som hade kombinerade insatser och de som endast hade hemtjänstinsatser. Individer med kombinerade insatser är i regel äldre och har en medelålder på 84,7 år, medan

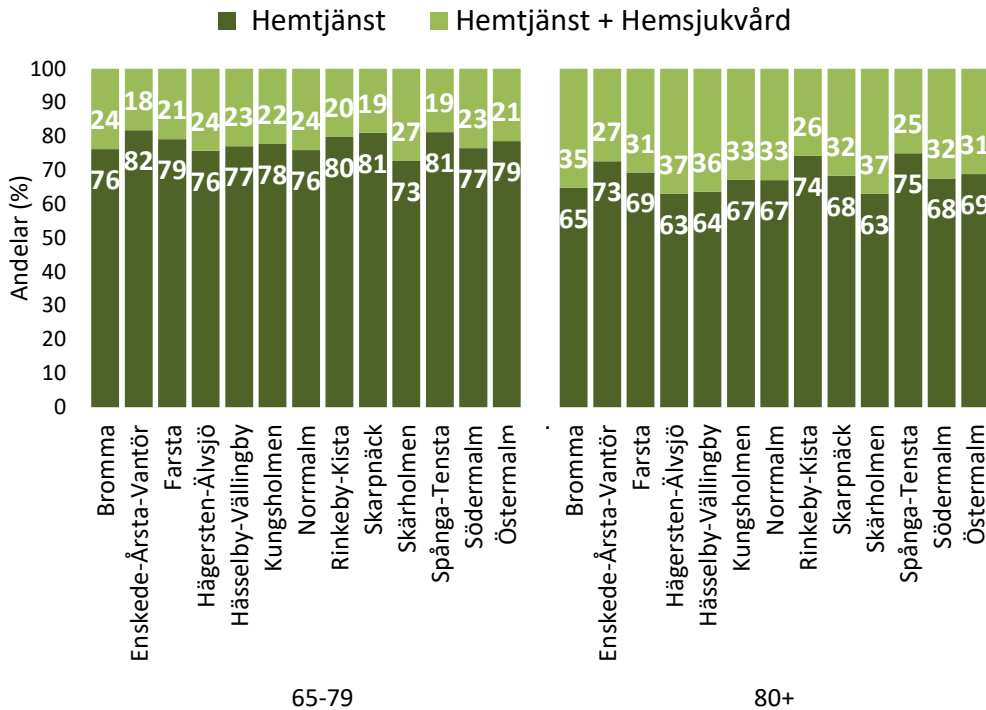
Tabell 1. Antal individer och andel för personer med både hemtjänst och hemsjukvård respektive endast hemtjänstinsatser, per stadsdel, i Stockholms kommun 2019–2021.

Stadsdel	Totalt	Hemtjänst	Hemtjänst + Hemsjukvård	Medelålder
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)
Bromma	2 149 (8)	1 467 (68)	682 (32)	84,0
Enskede-Årsta-Vantör	2 627 (10)	1 992 (76)	635 (24)	83,1
Farsta	1 943 (7)	1 406 (72)	537 (28)	83,6
Hägersten-Älvsjö	2 834 (11)	1 920 (68)	914 (32)	82,9
Hässelby-Vällingby	2 250 (9)	1 530 (68)	720 (32)	83,4
Kungsholmen	1 825 (7)	1 288 (71)	537 (29)	83,5
Norrmalm	1 705 (7)	1 201 (70)	504 (30)	82,5
Rinkeby-Kista	1 065 (4)	821 (77)	244 (23)	79,8
Skarpnäck	1 188 (5)	869 (73)	319 (27)	82,9
Skärholmen	1 135 (4)	757 (67)	378 (33)	81,9
Spånga-Tensta	873 (3)	676 (77)	197 (23)	82,2
Södermalm	3 854 (15)	2 735 (71)	1 119 (29)	82,4
Östermalm	2 479 (10)	1 783 (72)	696 (28)	83,9
Total	25 950 (100)	18 462 (71)	7 488 (29)	82,9

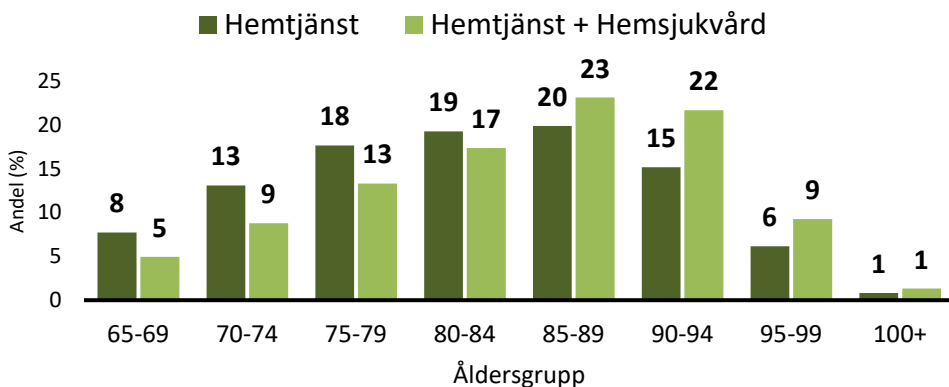
motsvarande siffra för de med hemtjänst är 82,2 år. Figur 3 visar åldersfördelningen utifrån åldersgrupper. Den största åldersgruppen, för både de med kombinerade insatser som för de med endast hemtjänst, var åldersgruppen 85–89 år. I de fyra äldre åldersgrupperna (85 och däröver) var det betydligt vanligare att ha både hemtjänst och hemsjukvård än att bara ha hemtjänst.

Andel ensamboende

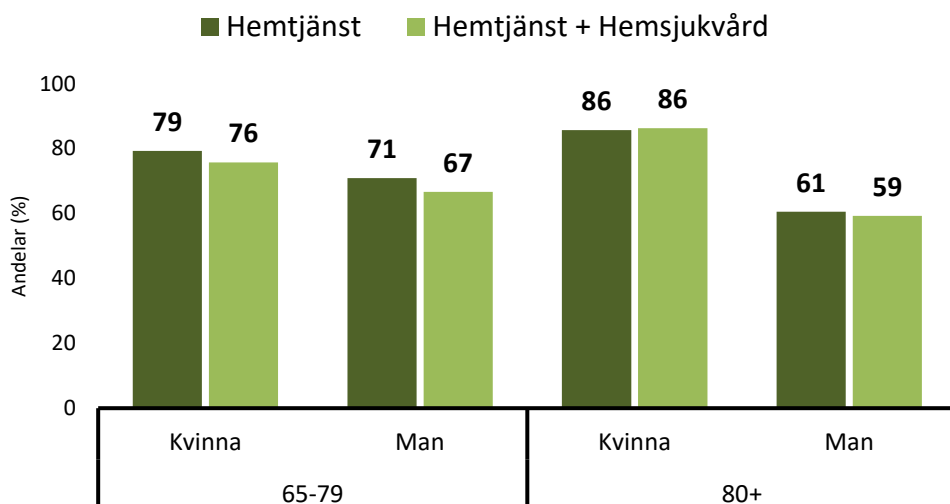
Som framgår av figur 4 skiljer sig inte andelen ensamboende nämnvärt mellan de med kombinerade insatser och de med endast hemtjänst, 76 respektive 77 procent. Tydliga könsskillnader förekommer dock då kvinnor i en högre grad än män är ensamboende, 84 procent i jämförelse med männens 64 procent. Åldersgruppen 85 och äldre är i högre grad ensamboende än åldersgruppen 65–79 år (78 procent respektive 75 procent) dock med tydliga könsskillnader. Att vara ensamboende är vanligare bland



Figur 2. Andelen individer med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård respektive endast hemtjänstinsatser, per stadsdel och åldersgrupp i Stockholms kommun 2019–2021.



Figur 3. Åldersfördelningen för personer med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård respektive endast hemtjänstinsatser i Stockholms kommun 2019–2021.



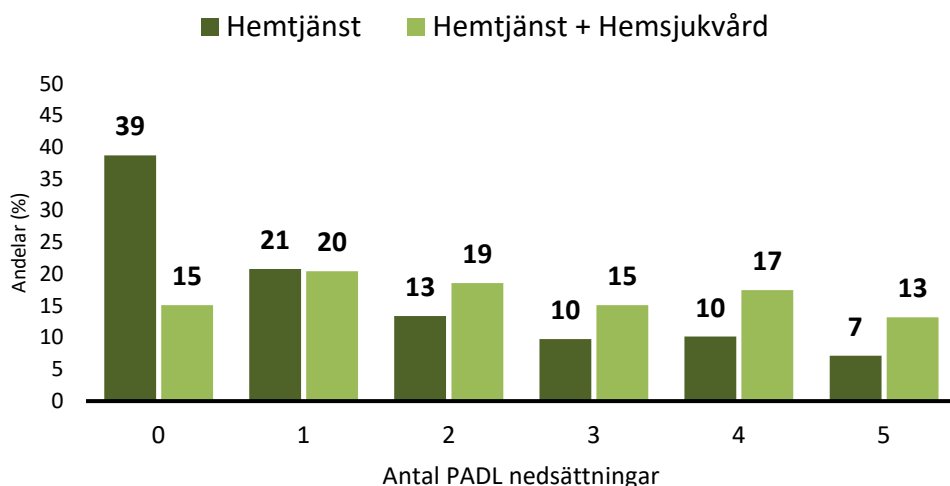
Figur 4. Andel ensamboende personer med hemtjänst respektive hemtjänst och hemsjukvård uppdelat på åldersgrupp och kön i Stockholms kommun 2019–2021.

män i åldersgruppen 65–79 år i jämförelse med män i åldersgruppen 80+ år, motsatsen syns dock bland kvinnor där ensamboende är mer vanligt i den äldsta åldersgruppen.

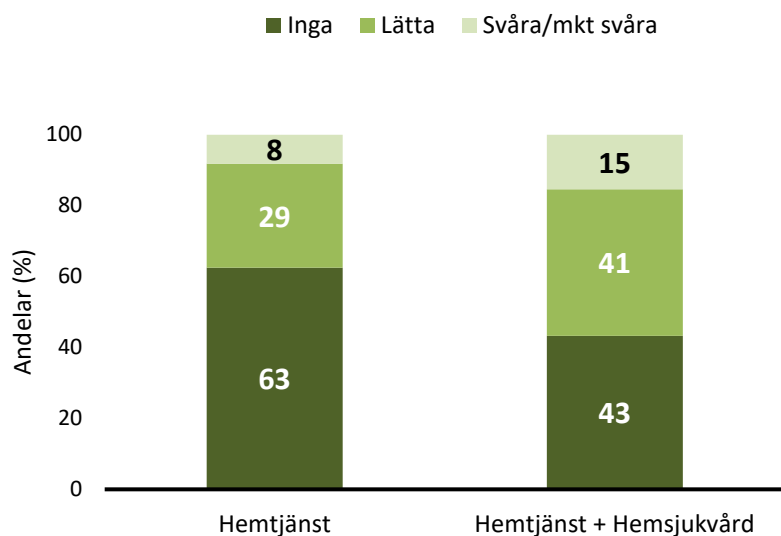
Funktion

Personliga aktiviteter i dagliga livet

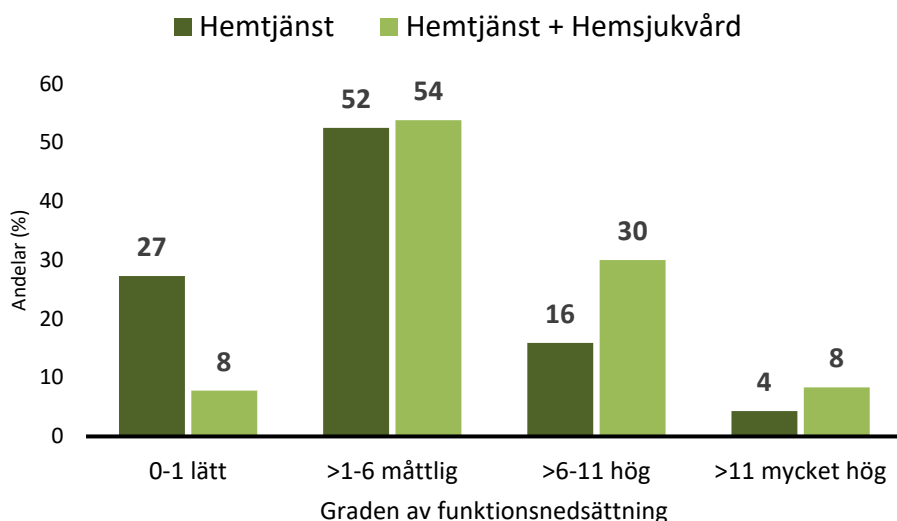
Figur 5 visar andelarna med PADL-nedsättningar för personer med kombinerade insatser respektive de med endast hemtjänst. För de med kombinerade insatser var det betydligt vanligare att ha en eller flera PADL-nedsättningar. Fördelningen är ganska jämn mellan de olika PADL-nivåerna för de med kombinerade insatser, med en skillnad på sju procentenheter som högst, då de som var helt beroende i alla fem aktiviteter uppgick till 13 procent- och de med ett beroende var 20 procent. Det var mer än dubbelt så vanligt att inte ha någon PADL-nedsättning för personer med endast hemtjänstinsatser (39%), i jämförelse med de med kombinerade insatser (15%). Att vara beroende i alla fem aktiviteter var däremot nästan dubbelt så vanligt bland de med kombinerade insatser i jämförelse med de som endast hade hemtjänst (13 procent respektive sju procent).



Figur 5. PADL-nedsättningar, från 0 (inga) till 5 (nedsättning i alla aktiviteter) hos personer med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård, respektive endast hemtjänstinsatser i Stockholms kommun 2019–2021.



Figur 6. Andel personer med olika grad av kognitiva besvär som har insatser från både hemtjänst och hemsjukvård, respektive endast hemtjänstinsatser i Stockholms kommun 2019–2021.



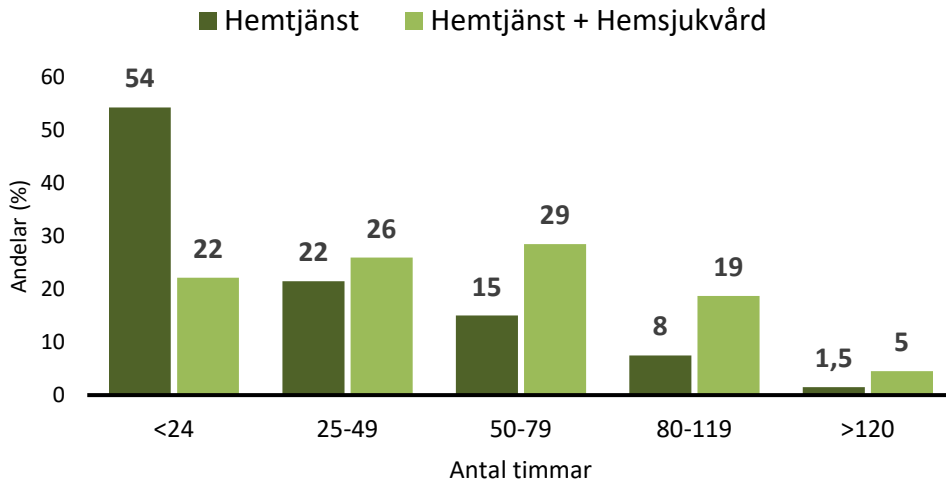
Figur 7. Funktionsindex indelat på lätt, måttlig, hög samt mycket hög funktionsnedsättning hos personer med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård, respektive endast hemtjänstinsatser i Stockholms kommun 2019–2021.

Kognition

Tydliga skillnader mellan grupperna syns även för kognition. En majoritet av de som hade kombinerade insatser hade kognitiva nedsättningar, 56 procent, medan motsvarande siffra för de med endast hemtjänstinsatser var 37 procent. Andelen med svåra eller mycket svåra nedsättningar låg på 15 procent för de med kombinerade insatser, vilket var ungefär det dubbla i jämförelse med de med endast hemtjänstinsatser där motsvarande siffra var åtta procent (figur 6).

Funktionsindex

Personer med både hemtjänst och hemsjukvård hade betydligt större funktionsnedsättningar än de med endast hemtjänstinsatser. Andelarna med hög eller mycket hög funktionsnedsättning var i stort sett de dubbla. Att ha en måttlig funktionsnedsättning var dock lika frekvent förekommande för båda grupperna (50%) och också den vanligaste graden av funktionsnedsättning. Att ha en lätt funktionsnedsättning var dock ovanligt bland de med kombinerade insatser från hemtjänst och hemsjukvården, endast sju procent, medan en av fyra med endast hemtjänstinsatser hade det (figur 7).



Figur 8. Omfattning av hemtjänstinsatser (timmar per månad) hos personer med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård, respektive endast hemtjänstinsatser i Stockholms kommun 2019–2021.

Omfattning

Omfattning avser antal beviljade hemtjänsttimmar per månad. Givet den långa studieperioden (cirka två år) återger vi medelvärden för omfattningen. Det vill säga för individer med flera omfattningsbeslut under perioden återges medelvärdet av dessa beslut. Vi skapade fem olika omfattningskategorier: <24 timmar, 25–49 timmar, 50–79 timmar, 80–119 timmar, samt >120 timmar. Det är betydande skillnader mellan personer med både hemtjänst och hemsjukvård respektive de med endast hemtjänst.

Störst andel personer (29%) i gruppen med kombinerade insatser hade 50–79 timmar hemtjänst per månad, medan det för de med hemtjänstinsatser endast var 15 procent. För de med hemtjänstinsatser hamnade i stället majoriteten (54%) i gruppen med lägst omfattning (<24 timmar) och sedan sjunker andelarna successivt med ökande omfattning. Endast 22 procent av de med kombinerade insatser låg i gruppen med lägst omfattning av hemtjänstinsatser. Till skillnad från de med endast hemtjänst ökar andelarna för de med kombinerade insatser med stigande omfattning, till att vara som högst i gruppen med 50–79 timmar där andelarna är närapå det dubbla i jämförelse med dem som endast hade hemtjänst.

Gruppen med kombinerade insatser har, i jämförelse med de med endast hemtjänst, betydligt högre andelar i samtliga omfattningsgrupper som överstiger 24 timmar per månad. I snitt har de med kombinerade insatser 54 timmar hemtjänst per månad och motsvarande siffra för de med endast hemtjänst är 31 timmar. Att omfattningen ligger betydligt högre för de med kombinerade insatser är förväntat givet att de är äldre och har en högre grad av funktionsnedsättning än de med endast hemtjänst (figur 8).

På stadsdelsnivå syns det huvudsakliga mönstret med mer omfattning för de med kombinerade insatser tydligt, men med viss variation. För den lägsta omfattningskategorin (<24 timmar), som 22 procent av de med kombinerade insatser hade, syns en variation på nio procentenheter med högst andelar i Hässelby-Vällingby, Skärholmen samt Södermalm (25%) och lägst på Östermalm (16%). För de med högst omfattning (>120 timmar) syns också en tydlig variation med lägst andelar i Kungsholmen (2,4%) och högst på Östermalm (9,2%) (figur 9).

Hemsjukvårdinsatser

I det här avsnitt berörs bara den primära studiepopulationen, det vill säga de 7488 individerna som hade insatser från hemtjänsten i kombination med att de var inskrivna i hemsjukvården.

Vårdperiod

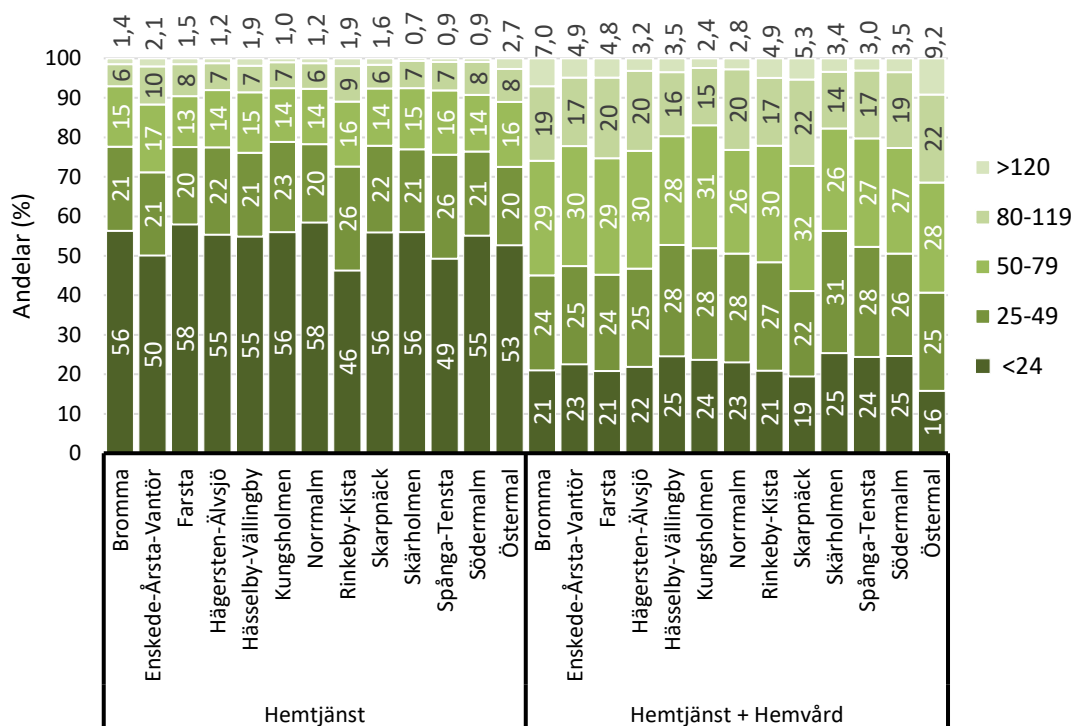
Under studieperioden var merparten inskrivna i hemsjukvården vid ett tillfälle (92,7%). Somliga var dock inskrivna vid två tillfällen, 6,5 procent av individerna, och mindre än en procent var inskrivna vid tre eller fyra tillfällen.

Antalet dagar för inskrivning (vårdperiod) varierade stort. För de som blev inskrivna vid studieperiodens början (1 januari 2019) eller senare, vilket 59 procent blev, sträckte sig vårdperioden från en till 778 dagar.

Cirka åtta procent hade en vårdperiod ≤ 20 dagar och tio procent 21–40 dagar. Hälften var inskrivna i 140 dagar eller längre och 18 procent var inskrivna ett år eller längre.

Öppenvård

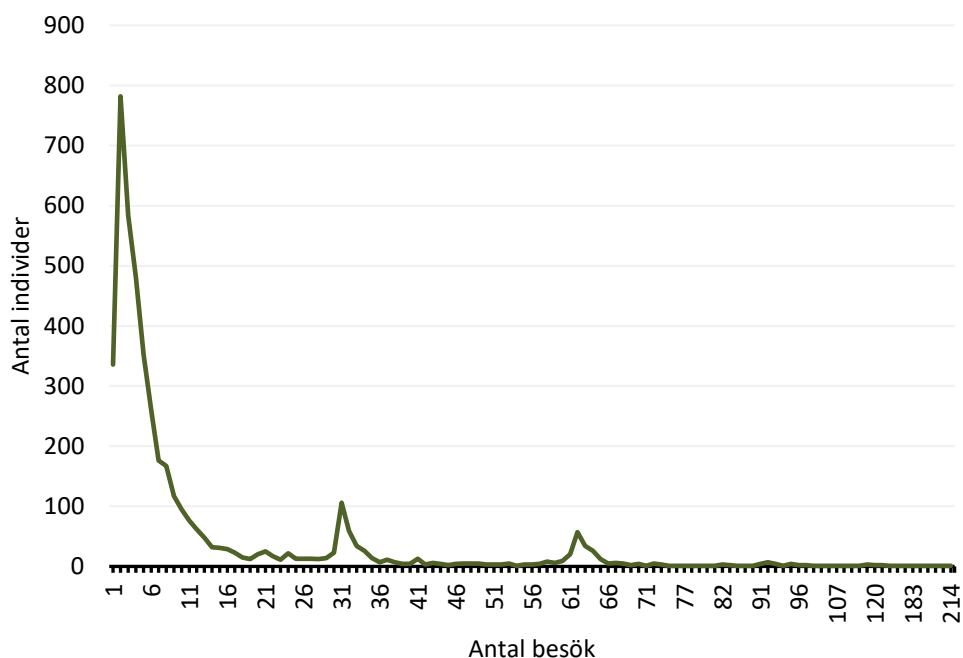
I öppenvårdsregistret finns beskrivande data för antalet besök, typ av insats (hemsjukvård eller primärvårdrehabilitering), typ av besöksform (enskilda hembesök eller teambesök) samt besök av vem (vårdgivare/yrkeskategorier).



Figur 9. Omfattning av hemtjänstinsatser (timmar per månad) per stadsdel, hos personer med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård, respektive endast hemtjänstinsatser i Stockholms kommun 2019–2021.

Antal besök

Under hela studieperioden utfördes totalt 1 024 079 besök (basal hemsjukvård eller primärvårdrehabilitering). Antalet besök per individ varierar stort och är i första hand ett resultat av inskrivningens längd (antal dagar inskriven), men också antal besök per dag eller vecka. Det förekommer individer med endast ett besök och individer som har upp till 3 843 besök under hela studieperioden. För att ge en mer beskrivande bild av antalet besök har vi tagit fram antalet per individ och månad och i figur 10 visas siffrorna för 1–31 mars 2019. Knappt 54 000 besök genomfördes, vilket ger ett genomsnitt på cirka tolv besök per person. Dock var det stor variation i antal besök. Knappt hälften av alla individer hade fyra besök eller färre och det var vanligast med två besök under månaden, vilket cirka 782 indi-

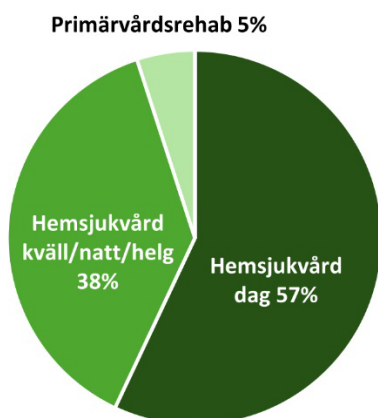


Figur 10. Antal besök per månad från hemsjukvården hos personer med hemtjänst i Stockholms kommun 1–31 mars 2019.

vider (eller 17,5 procent) hade, för att sedan minska successivt. Det var också vanligt med ett besök per dag. Toppar framkommer också vid 31 besök samt vid 62 besök, vilket korresponderar till ett respektive två besök per dag. Det var endast 20 procent som hade fler än 15 besök under månaden. Enstaka individer hade mer än 100 besök under månaden, som mest 214 besök. Kontentan av besöksstatistiken är att många hade få besök och att få hade många besök.

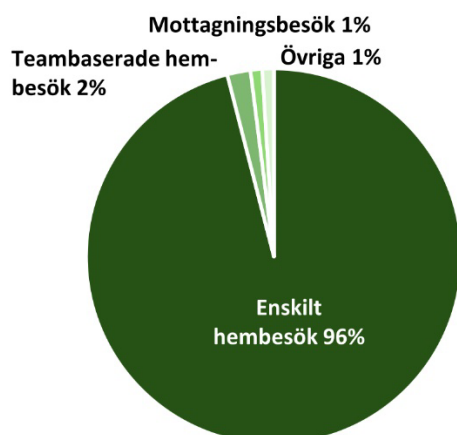
Uppdragstyp: Hemsjukvård eller rehabilitering

Ett av inkluderingskriterierna för underlaget i denna rapport var att besöken från hemsjukvården skulle utföras inom ramen för basal hemsjukvård, inklusive primärvårdrehabilitering. En majoritet av besöken, 57 procent, bestod av hemsjukvård under dagtid. Besök från hemsjukvården utfördes också i stor omfattning, 38 procent, under kvällar, nätter och helger. Primärvårdrehabilitering i sin tur stod för en mindre andel av besöken, fem procent, varav merparten (75%) utfördes i hemmet (figur 11).



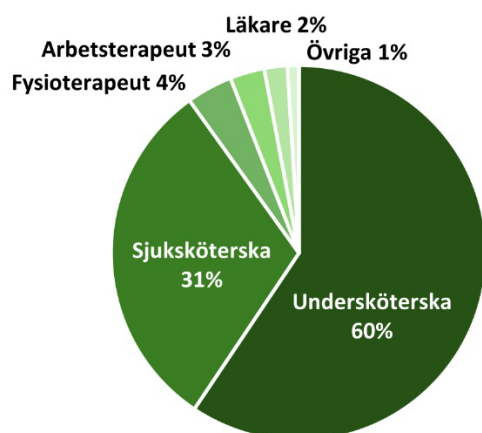
Hemsjukvård eller rehabilitering?

Andel av besöken som utfördes inom hemsjukvård eller rehabilitering.



Besöksform

Andel av besöken som var enskilda respektive teambaserade hembesök samt, i undantagsfall, mottagningsbesök.



Besök av vem?

Andel av besöken som utfördes av de olika yrkeskategorierna.

Figur 11. Typ av insats (hemsjukvård eller rehabilitering), besöksform (enskilt eller teambesök) samt besök av vem (yrkeskategorier) hos personer med hemtjänst i Stockholms kommun 2019–2021.

Besökstyp: Enskilda besök eller teambesök

I stort sett samtliga (96%) av alla besök var enskilda hembesök. Teambaserade hembesök var mycket ovanliga och utgjorde endast två procent. Utöver dessa utfördes en procent av besöken på en mottagning och det samma gällde övriga besök som inte föll in under någon av de primära besökstyperna (figur 11).

Besök av vem?

En klar majoritet av samtliga besök utfördes av undersköterskor (60 procent) medan sjuksköterskor stod för 31 procent av besöken. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter stod för fyra respektive tre procent av besöken och läkare för två procent (figur 11).

Slutenvård

Totalt 6 640 (89%) av alla personer med kombinerade insatser från hemtjänsten och hemsjukvården var inskrivna i slutenvården vid något tillfälle under studieperioden. I det här avsnittet fokuserar vi på de individer som var inskrivna i slutenvården innan de blev inskrivna i hemsjukvården. Rapporten utgår från de individer som var inskrivna i slutenvården vid något tillfälle under perioden 1 januari 2019 till 31 december 2019 (5 013 individer) i kombination med att inskrivningsdatumet i hemsjukvården inföll 1 januari 2020 eller senare (931 individer, 12%).

Antal inskrivningar som föregår hemsjukvård

Det är stor variation i hur många tillfällen en individ har varit inskriven i slutenvården under 1 januari till 31 december 2019, det vill säga året innan de blir inskrivna i hemsjukvården. Ungefär en av tre (28%) var inskrivna vid ett tillfälle. En av fyra var inskrivna vid två tillfällen. Andelen som hade tre inskrivningar eller fler uppgick till 47 procent. De som hade tio inskrivningar eller fler (upp till 35 inskrivningar) var få, fyra procent.

DISKUSSION

Stiftelsen Äldrecentrum tog 2022 initiativ till att sammanställa registeruppgifter om äldre personer som hade insatser från både hemtjänst och hemsjukvård. Syftet var att studera och beskriva vad som kännetecknar hemmaboende äldre med kombinerade vård- och omsorgsinsatser.

Underlaget bygger på data från studien *SNAC Stockholm Äldreomsorg* samt regionens VAL-databaser. *SNAC Stockholm Äldreomsorg* är baserat på data från Stockholms stads sociala dokumentationssystem, Paraplysystemet. Dataunderlaget består av alla individer som finns registrerade som mottagare av hemtjänst och är 65 år eller äldre i Paraplysystemet, från den 1 januari 2019 till den 28 februari 2021.

Bland alla med hemtjänst identifierade vi de personer som samtidigt var inskrivna i regionens hemsjukvård, med hjälp av Region Stockholms VAL-databas för vårdperiod, öppenvård och slutenvård. Ursprungspopulationen bestod av drygt 40 000 individer, varav underlaget i denna studie är närmare 30 000 individer. Av dessa hade 7 500 individer pågående hemtjänstinsatser och hemsjukvårdinsatser. Övriga drygt 18 000 individer med enbart hemtjänstinsatser, fungerar som en jämförande population.

Resultat

Sammanställningen visar att andelen äldre med både hemtjänst och hemsjukvård varierar mellan stadens olika stadsdelar, från 25 till 37 procent, bland personer 80 år och äldre med hjälp. I den äldre befolkningen i staden, utgjorde de med kombinerade insatser 2,6 procent av alla 65 år och äldre och åtta procent bland personer 80 år och äldre.

Gruppen med både hemtjänst och hemsjukvård skiljer sig i flera avseenden från den med enbart hemtjänst. Äldre med kombinerade insatser kännetecknas av att de över lag är ett par år äldre och består av en större andel kvinnor, jämfört med hemtjänstgruppen. Gruppen med både hemtjänst och hemsjukvård består av personer som har mer omfattande PADL-nedsättningar och en majoritet hade sämre kognitiv förmåga än de med enbart hemtjänst. Det funktionsindex som sammanfattar funktionsförmågan beträffande PADL, rörelseförmåga och kognitiv funktion, visar att personer med kombinerade insatser har närmare dubbelt så stora funktionsnedsättningar som hemtjänstgruppen.

Omfattningen av gruppens funktionsnedsättningar avspeglas också i att de får mer hemtjänsttimmar än personer med enbart hemtjänst. Bland de som har kombinerade insatser är andelen med en omfattning på 50 timmar eller mer i månaden dubbelt så hög som för de med endast hemtjänst. I den högsta insatsnivån, 120 timmars hemtjänst eller mer per månad, är gruppen mer än tre gånger så stor som för de med enbart hemtjänst.

Besöken från hemsjukvården skedde vanligtvis under dagtid, men närmare fyra av tio besök ägde rum under kvällar, nätter eller helger. Primärvårdsrehabilitering i sin tur stod för en betydligt mindre andel av besöken, fem procent. Nästan samtliga besök var enskilda hembesök, medan teambaserade hembesök var mycket ovanliga. Undersköterskor svarade för närmare sex av tio hembesök. Därtill svarade sjuksköterskor för drygt tre av tio, övriga besök stod rehabiliteringspersonal och läkare för.

Antalet besök per individ av hemsjukvården varierar stort och är i första hand ett resultat av hur länge man är inskriven under studieperioden, men också antal besök per dag eller vecka. Därför ger antalet besök per månad en bättre bild. Hemtjänsttagarna som också hade hemsjukvård fick i genomsnitt tolv besök per månad, med stora variationer. Knappt hälften av alla individer hade fyra besök eller färre och det var vanligast med två besök under månaden, för att sedan minska successivt. Omvänt var det endast cirka var femte individ som hade fler än ett besök under månaden. Sammanfattningsvis: De flesta hade få besök och få hade många besök per månad.

Det var mycket vanligt att individer i gruppen med hemtjänst och hemsjukvård utnyttjade slutet sjukhusvård. Nio av tio av samtliga individer var inskrivna i slutenvården vid något tillfälle under studieperioden. Många av dem med hemsjukvård hade upprepade vistelser i slutenvård året innan de blev inskrivna i hemsjukvården, närmare tolv procent. Samtidigt var det en stor variation i hur många tillfällen en individ har varit inskriven i slutenvården året innan de blir inskrivna i hemsjukvården. Ungefär en av tre var inskrivna vid ett tillfälle och var fjärde individ var inskrivna vid två tillfällen. Närmare hälften av alla hade varit inskrivna tre gånger eller fler året innan de blev inskrivna i hemsjukvården. Uppgifterna om det stora slutenvårdsutnyttjandet året innan individerna blev inskrivna i hemsjukvården, talar för att detta utgör ett tungt vägande skäl för de äldres behov av hemsjukvård efter sjukhusvistelserna.

Metod

Den här rapporten bygger på data, dels från *SNAC Stockholm Äldreomsorg*, vilka i sin tur baseras på data från Stockholms stads sociala dokumentationssystem (Paraplysystemet), och dels från Region Stockholms VAL-databas för vårdperiod, öppenvård och slutenvård. Att rapporten är baserad på registerdata är en styrka då samtliga individer som mottar såväl hemtjänst som hemsjukvård i Stockholms kommun är inkluderade i materialet. Vi vill dock betona några metodologiska aspekter som är värda att beakta.

Studiens population utgår från samtliga individer med hemtjänstinsatser, exklusive de med enkom trygghetslarm, som fanns registrerade i *SNAC Stockholm Äldreomsorg* under perioden den 1 januari 2019 till och med den 28 februari 2021. För dessa individer hämtades data ut från VAL för inskrivningsperiod, öppenvårdsbesök samt slutenvårdperiod. För det första innebär det att vi inte utgår från samtliga individer med hemsjukvård i Stockholms kommun, utan endast dem som också har hemtjänstinsatser. Det andra vi vill betona är att vi inte "tvingat" studiepopulationen att vara inskrivna vid synkroniserade tillfällen under studieperioden. Det innebär att personer kan ha varit inskrivna i de olika registren vid olika tillfällen under studieperioden. Hemtjänstperioden kan ha föregått hemsjukvårdperioden och vice versa, men perioderna kan också ha sammanfallit med varandra eller haft tydliga överlapp.

Från *Stockholm SNAC Äldreomsorg* har vi använt demografiska variabler (kön, ålder, ensamboende, stadsdel), omfattning (beviljade hemtjänsttimmar) samt funktionsvariablerna PADL, kognition och rörelseförmåga. Funktionsförmågan baseras på biståndshandläggarens bedömning i mötet med omsorgstagaren, och inte på basis av objektiva mått. Ett viss internt bortfall förekommer, som mest med ~6,5 procent för variabeln kognition.

Från Region Stockholms VAL-databas har vårdperiods-, öppenvårds- samt slutenvårdsregistret används. För vårdperiodsregistret är själva definitionen, kriterierna för att bli registrerad i den basala hemsjukvården, en individ som på grund av medicinska eller andra skäl har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som är varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienten ska dessutom ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad. Trots denna definition uppfyller flertalet registrerade individer inte kriteriet. Vissa har varit inskrivna en kortare period än 14 dagar och vissa har haft färre besök än två. Även om

dessa individer faller utanför den formella definitionen så har vi inkluderat dem, eftersom de trots allt mottagit insatser och därtill varit inskrivna i hemsjukvården. Vi saknar information kring anledningen till att de haft en kortare inskrivningsperiod.

Öppenvårdsregistret är baserat på ersättningssystemet. Det som finns inrapporterat i öppenvården via ersättningssystemet är de insatser som genererar ersättning. Ersättningssystemets utformning i regionerna påverkar sjukvårdsproduktionen i hemsjukvården. Det handlar till exempel om avvägningen mellan fast ersättning och olika nivåer för prestationsersättning knutet till vem som svarar för insatsen och vad insatsen består av (Sveriges kommuner och regioner 2022). Detta kan förändras över tid och påverkar vad som registreras i öppenvården. Ersättningssystemets konstruktion kan påverka både antalet besök, typ av insats samt vilken personalkategori som svarar för insatsen. Hur detta återverkar på resultaten är dock något som ligger utanför denna studie. Den data vi använt från öppenvårdsregistret saknade därtill tillräckligt informationsunderlag för att kunna beskriva individernas sjukdomsdiagnoser. Vidare är också informationen otillräcklig för att kunna beskriva vilken typ av åtgärd/insats som hembesöket innebar. Slutenvårdsregistret har vi använt för att identifiera hur många av de med kombinerade insatser från hemtjänst respektive hemsjukvård som varit inskrivna i slutenvården innan de blev inskrivna i hemsjukvården

Avslutande reflektioner

I vilken mån dessa resultat kan generaliseras till att gälla även i andra kommuner i Sverige är diskutabelt. Stockholm har en yngre befolkning och en större andel av befolkningen är av utomnordisk härkomst än riket i övrigt. Vidare inkluderar studieperioden covid-19-pandemin, vilket troligtvis haft en inverkan på resultatet – på vilket sätt och i vilken omfattning kan vi dock inte uttala oss om. Det faktum att kommunerna i region Stockholm inte ansvarar för hemsjukvården, påverkar sannolikt också generaliserbarheten av storleken på gruppen med kombinerade insatser, i relation till den äldre befolkningen.

Med tanke på att det saknas motsvarande studier som denna kan det ändå vara en intressant referens, även för kommuner med ansvar för hemsjukvård, att åtta procent i gruppen 80 år äldre i befolkningen hade både hemtjänst och hemsjukvård. Det var också en betydande andel av alla äldre med hjälp i hemmet som hade kombinerade insatser. Att bland

80-åringar och äldre som fick regelbunden hjälp i hemmet cirka en tredjedel fick kombinerade insatser, betyder att en väsentlig andel av vårdtagarna kräver stora insatser. Även denna uppgift borde vara av intresse för andra kommuner att jämföra med i analyser av den egna verksamheten.

Samverkan kring gruppen äldre personer med omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av hjälp har länge varit i fokus. I till exempel propositionen inför satsningen på nära vård framhålls att ”en annan patientgrupp är äldre personer som har många sjukdomar och behov av insatser under lång tid. Ofta ges dessa patienter insatser från flera huvudmän, vilket kräver strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande mellan såväl olika insatser som olika aktörer” (Prop. 2019/20:164, s.10).

För att kunna studera och utveckla samverkan kring multisjuka äldre, är det nödvändigt att identifiera gruppen för att få en uppfattning om dess storlek och behov av hjälp. Det finns ingen konsensus hur gruppen ska avgränsas, utan olika definitioner och benämningar förekommer, främst sjuka äldre (Socialstyrelsen 2011) och multisjuka och sköra äldre (Socialstyrelsen 2021). Olika definitioner bygger på en kombination av olika parametrar som ålder, utnyttjande av slutenvård, antal diagnoser och omsorgsinsatser från kommunen (Hagman m fl 2014). Ofta bygger definitionerna på historiska data om tidigare slutenvårdsutnyttjande. Att avgränsa gruppen mest sjuka äldre (Socialstyrelsen 2011), baserat på historiska uppgifter, ger dock en osäker bild av den aktuella situationen. Järbrink och kollegor (2011) framhåller att även om det är högst troligt att de som inte längre uppfyller definitionen är att betrakta som mest sjuka äldre, innebär den låga ettårs-överlevnaden, uppskattningsvis 60–70 procent, ett problem. Därtill är det också sannolikt att denna distinkta definition kraftigt underskattar den faktiska förekomsten av mest sjuka äldre (Järbrink m fl 2011).

I försöken att definiera gruppen hemmaboende äldre med stora vårdbehov har hittills inte personer med både hemtjänst och hemsjukvård ingått. Gruppen med kombinerade hjälpinsatser kan därför utgöra en alternativ definition av gruppen multisjuka äldre, som har fördelen att den bygger på en aktuell och faktisk situation. När individerna är identifierade kan vårdgivarna i ett nästa steg undersöka i vilken utsträckning hjälptagarna har en samordnad individuell plan. Det är ett hjälpmedel för att organisera samverkan och koordination av insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Sedan 2010 är samordnad individuell plan ett lagstadgat krav både

i hälso- och sjukvårdslagen (8 kap. 7§) och socialtjänstlagen (2 kap. 7§). En SIP ska upprättas när individen behöver regelbundna insatser i hemmet från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och sedan 2018 efter sjukhusvistelse.

Om det saknas SIP kan vårdgivarna initiera att en plan kommer till stånd. Det är ett viktigt redskap med vars hjälp vårdgivarna gemensamt fortlöpande kan följa upp både sjukvårds- och omsorgsinsatser bland personer med hemtjänst och hemsjukvård. Det kan förbygga försämringar, återinskrivningar på sjukhus, öka livskvaliteten hos de äldre och leda till ett effektivare resursutnyttjande. Att få till stånd en fungerande samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård, två skilda men ömsesidigt beroende verksamheter, är därför grundläggande. En viktig utgångspunkt därvidlag är att identifiera den grupp äldre som verksamheterna ska samarbeta om och att skaffa sig ett underlag för vad samverkan kan bestå i.

Slutsatser

- Av alla som är 80 år och äldre med insatser i det egna hemmet i Stockholms kommun, får en tredjedel kombinerade insatser från hemtjänst och hemsjukvård.
- Gruppen består av personer som är äldre, har större funktionsnedsättningar och får mer insatser från hemtjänsten än de med enbart hemtjänst.
- Äldre personer med omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av hjälp är beroende av hjälp från både sjukvård och hemtjänst.
- Gruppen är viktig att identifiera för att kunna utveckla nödvändig och säker samverkan om hemmaboende äldre med stora vård- och omsorgsbehov.

REFERENSER

Agerholm J, de Leon AP, Schön P och Burström B (2021). Impact of integrated care on the rate of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions among older adults in Stockholm county: An interrupted time series analysis. *International journal of integrated care*, 21(2).

Doheny M, Agerholm J, Orsini N, Schön P och Burström B (2020). Impact of integrated care on trends in the rate of emergency department visits among older persons in Stockholm county: an interrupted time series analysis. *BMJ Open*, 10(6), e036182.

Ds 1989:27. Ansvaret för äldreomsorgen. Rapport från Äldredelegationen.

Hagman L, Johansson L, Wånell SE och Thorslund M (2014). Försöksprojekt och nätverk för en bättre samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Slutrapport. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Järbrink K, Althoff K och Naploszek M (2011). Multisjuka äldre – en utmaning för vårdanalytiker och hälsoekonomer. *Läkartidningen*, nr 12, s. 674–75.

Meinow B, von Berens Å och Österman J (2020). StockholmsSNAC 2019. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2019. Stiftelsen Stockholms län Äldrecentrum. Rapport 2020:2.

Myndigheten för vårdanalys (2020). Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Rapport 2020:4.

Myndigheten för vårdanalys (2021). Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en nära och god vård: delrapport. Rapport 2021:18.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023). Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Rapport 2023:2.

Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.

Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Region Stockholm (2021). Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval. Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Vårdval i Stockholm län.

SFS 2017:612. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen (2002). Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport.

Socialstyrelsen (2011). De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen.

Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. En förstudie.

Socialstyrelsen (2020). Kommunal hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen (2021). Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre.

Socialstyrelsen (2023a). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2023.

Socialstyrelsen (2023b). Statistik över kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser 2022.

SOU 2004:68. Sammanhållen hemvård.

SOU 2011:55. Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård.

SOU 2015:20. Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård. Betänkande av utredningen om betalningsansvarslagen.

SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Statistiska centralbyrån, SCB (2023). Statistikdatabasen. Hämtad 2023-09-04.

Sveriges kommuner och regioner, SKR (2022). Ersättningsmodeller i primärvården. Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021.

BILAGOR

Bilaga 1

Dataset

Steg A till D identifierar unika individer som ingår i datasetet. Steg E till M kombinerar ihop datasetet utifrån identifierade individer (figur 12).

A) Utgångsdata från *SNAC Stockholm Äldreomsorg*. Individer med pågående insatser från äldreomsorgen under hela, eller delar av, perioden 1 januari 2019 till 28 februari 2021. Sammantaget 40 543 individer.

B) För dessa 40 543 individer inhämtades data från Region Stockholms VAL-databas. 8 313 individer fanns i vårdperiodregistret (VPE), 25 709 individer fanns i öppenvårdsregistret (OVR) och 18 760 individer fanns i slutenvårdsregistret (SLV).

C) Från OVR exkluderades de individer som inte hade insatser från basal hemsjukvård eller från primärvårdrehabilitering (n=4 973).

D) Individer från VPE (n=8 313) matchades med de kvarvarande individerna i OVR (n=25 709). Detta resulterade i att 14 029 individer exkluderades, 13 226 från OVR (individer som fanns i VPE men ej i OVR) och 803 från VPE (individer som fanns i OVR men ej i VPE).

E) Utifrån identifierade individer i *SNAC Stockholm Äldreomsorg*, länkade till VPE, OVR och SLV, återfinns totalt 7 510 individer. Dessa individer representerar de med kombinerade insatser, det vill säga insatser från såväl hemtjänsten som från hemsjukvården (inskriven i hemsjukvården).

F) För *SNAC Stockholm Äldreomsorg* med 40 543 individer representerar 7 510 individer de med kombinerade insatser. Utifrån denna inkluderas endast de som har hemtjänstinsatser, exklusive de som endast har hemtjänstinsatser i form av trygghetslarm (n=14 520).

G) För *SNAC Stockholm Äldreomsorg* kvarstår 26 023 individer varav 7 510 har kombinerade insatser och 18 513 har endast hemtjänstinsatser. Utifrån denna data exkluderas de individer som var yngre än 65 år (n=25); de med noll timmar i omfattning (n=1) samt de individer som återfanns som dubletter utifrån beslutsdatum, omfattning och ADL-nedsättningar (n=47).

H) Det slutgiltiga datasetet för analys bestod av 25 959 individer varav 7 488 är de med kombinerade insatser och 18 462 har endast hemtjänstinsatser

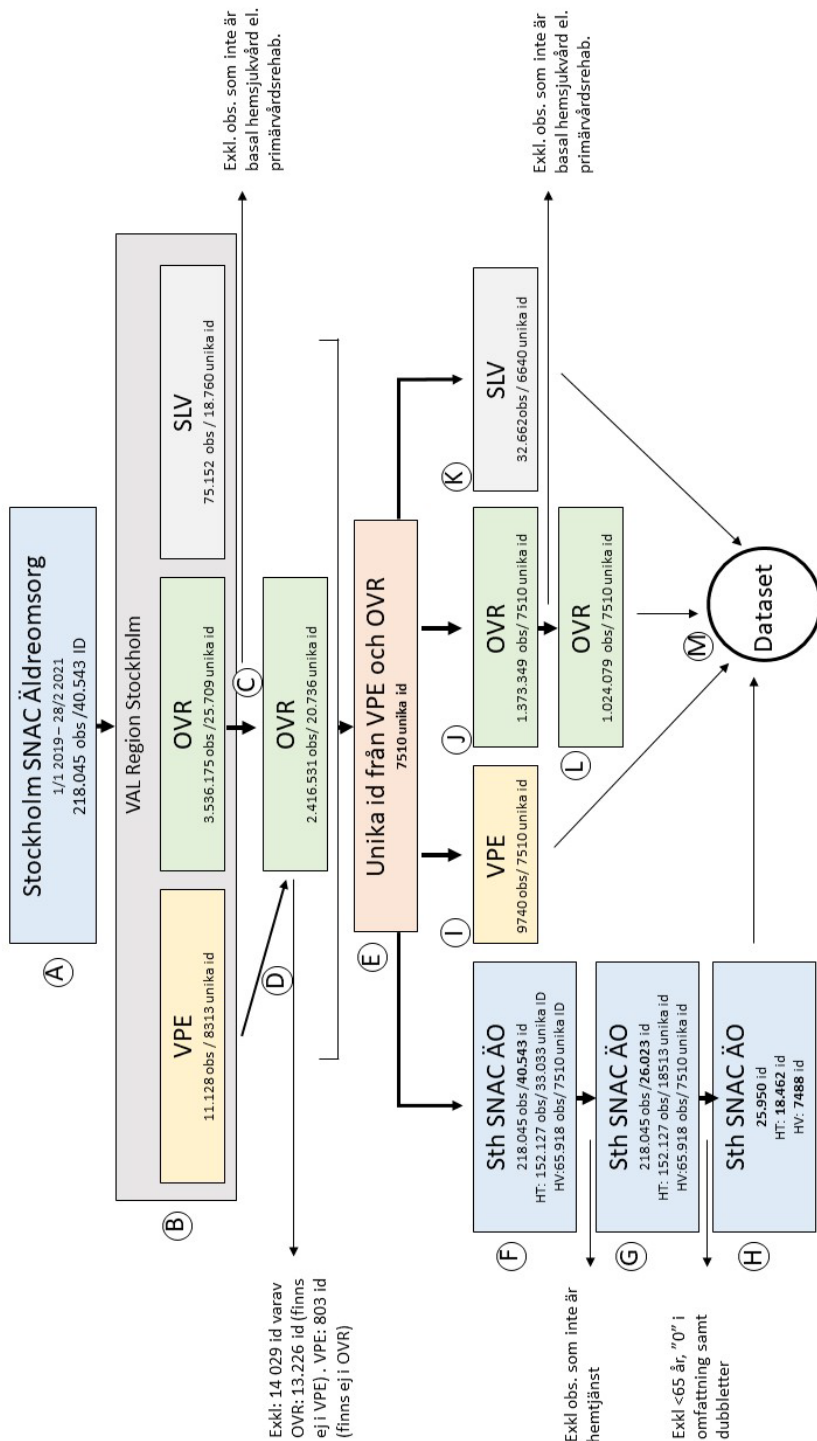
I) Utifrån de 7 510 identifierade unika individerna återfanns 9 740 observationer i VPE (individer inskrivna fler än en gång).

J) Utifrån de 7 510 identifierade unika individerna återfanns 1 373 349 observationer i OVR.

K) Utifrån de 7 510 identifierade unika individerna återfanns 6 640 i SLV med totalt 32 662 observationer.

L) Utifrån de 1 373 349 observationer i OVR exkluderades observationer som inte hade insatser från basal hemsjukvård eller från primärvårdrehabilitering (n=349 270)

M) Samtliga enskilda dataset slogs samman till ett, vilket ligger till grund för data i rapporten.



Figur 12. Urvalsprocess för studiepopulation för personer med hemtjänst respektive hemtjänst och hemsjukvård i Stockholms kommun 2019–2021. Utgångspunkten var data från SNAC Stockholm Äldreomsorg (Paraplysystemet i Stockholms kommun) och Region Stockholms VAL-databas.

Bilaga 2

Köns- och ålderstandardiserade andelar

Tabell 2. Andel av personer med hemtjänst som också har hemsjukvård per stadsdel. Tabellen visar andel i procent och andelen i procent justerad för fördelningen av ålder och kön i stadsdelen som helhet.

Stadsdel	Hemtjänst + Hemsjukvård (%)	Hemtjänst + Hemsjukvård justerade ¹ (%)
Bromma	31,7	31,0
Enskede-Årsta-Vantör	24,2	24,0
Farsta	27,6	27,1
Hägersten-Älvsjö	32,3	32,3
Hässelby-Vällingby	32,0	31,5
Kungsholmen	29,4	29,0
Norrmalm	29,6	30,0
Rinkeby-Kista	22,9	25,2
Skarpnäck	26,9	26,7
Skärholmen	33,3	34,1
Spånga-Tensta	22,6	23,0
Södermalm	29,0	29,6
Östermalm	28,1	27,6

¹Justerade för ålder och kön

Bilaga 3

Omfattning: hemtjänsttimmar per månad

Jämförelse av omfattning av hemtjänstinsatser per månad utifrån värdena: högsta angivna, senaste angivna, medel av samtliga angivna, första angivna samt lägsta angivna. Värdena har jämförts för hela studieperioden (1 januari 2019 till 28 februari 2021) samt enskilda månader: mars och oktober för år 2019 och 2022, samt februari månad för år 2021. Nedan presenteras studiepopulationens medelvärden utifrån dessa (baserat på de med kombinerade insatser och de med endast hemtjänstinsatser), för att kunna göra ett metodologiskt övervägande över vilket av värdena som skulle presenteras i rapportens resultat. Resultaten som presenteras i rapporten utgår från medel (markerad med *).

Tabell 3. Omfattning av hemtjänstinsatser per månad för hemtjänstanvändare i Stockholms kommun 2019–2021. Siffrorna jämför värdena om man utgår från hemtjänstanvändarnas högsta eller lägsta, första eller senaste, respektive ett medeltal av angivna insatser under perioden.

Omfattning (per ID)	Hela perioden	Mars 2019	Oktober 2019	Mars 2020	Oktober 2020	Februari 2021	Medel av samtliga
Högsta	40,5	40,4	40,5	40,0	41,2	40,9	40,6
Senaste	38,6	38,4	38,6	38,1	39,4	39,2	38,7
Medel*	37,7	37,5	37,7	37,2	38,4	38,2	37,8
Första	36,6	36,3	36,6	36,1	37,2	37,2	36,7
Lägsta	34,9	34,5	34,9	34,4	35,7	35,5	35,0

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har sammanställt registeruppgifter om äldre personer i Stockholms kommun med insatser från både hemtjänst och hemsjukvård. Syftet var att beskriva vad som kännetecknar hemmaboende äldre med kombinerade vård- och omsorgsinsatser.

Underlaget bestod av alla 26 000 personer som var 65 år eller äldre med hemtjänst i Stockholms kommun, varav 7 500 personer också hade insatser från regionens hemsjukvård.

Andelen av personer 80 år och äldre med hemtjänst, som också hade hemsjukvård, varierade mellan stadsdelsförvaltningarna, från 25 till 37 procent. Bland alla 80 år och äldre utgjorde de åtta procent av befolkningen. Gruppen med kombinerade insatser var över lag ett par år äldre, bestod av en högre andel kvinnor, hade sämre kognitiv förmåga och ett större behov av stöd i det dagliga livet, än de med enbart hemtjänst.

Hemsjukvården bestod vanligtvis av besök i hemmet dagtid på vardagar, men närmare fyra av tio besök skedde under kvällar, nätter och helger. Nästan samtliga besök var enskilda hembesök och de genomfördes främst av undersköterskor. I genomsnitt fick personer med hemsjukvård tolv besök per månad, även om det var vanligast att ha två besök per månad. Endast var femte person hade fler än 20 besök under månaden.

Rapportens författare konstaterar att av alla som är 80 år och äldre med insatser i det egna hemmet i Stockholms kommun, får en tredjedel kombinerade insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Äldre personer med omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av hjälp är beroende av hjälp från både sjukvård och hemtjänst. Gruppen är viktig att identifiera för att kunna utveckla nödvändig och säker samverkan kring hemmaboende äldre med stora vård- och omsorgsbehov.

