



Utredning efter avveckling av korttidsenheter – nuläge och utvecklingsbehov

Dnr 22ON342

Utredare Helena B Jansson

Planering, analys och utvärdering

Välfärd Gävle

Oktober 2022

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund	6
Omställningen	6
Processen vid utskrivning från slutenvård.....	6
Planeringsteam.....	7
Uppdrag.....	8
Metod	8
Nationell lägesbild i samband med pandemin	9
Omvärldsbevakning.....	11
Stockholms stad	11
Uppsala kommun	11
Karlstad kommun	11
Effekter på hemvårdsinsatser (biståndshandläggare, hemtjänst och hemsjukvård)	12
Biståndshandläggning.....	12
Hemtjänsten	15
Hemsjukvård.....	20
Effekter på vård- och omsorgsboenden	20
Effekter på korttidsvistelse / resursplatser	22
Effekter på Region Gävleborg.....	22
Hälsovalskontoret (HVK).....	22
Slutenvård	23
Offentlig och privat primärvård.....	29
Slutsats	32
Utvecklingsområden.....	33
Samverkan och resurser	33
Alternativ vid utskrivning från slutenvård	33
Åtgärder för att undvika inskrivning i slutenvård	34
Tidigare inflytt till Våbo	35
Resursplatser	35
Psykiatri / LSS	36
Referens	37

Sammanfattning

Våren 2020 beslutade omvårdnadsnämnden att avveckla korttidsenheterna inom Välfärd Gävle med motiveringen att ställa om från korttidsvistelse till hemtagningsteam vid utskrivning från slutenvården. Korttidsvistelsen hade då främst fungerat som en mellanlandning i väntan på beslut eller plats på vård- och omsorgsboende (Våbo). Som komplement till detta avdelades några resursplatser på Våbo för att tillfälligt användas i avvaktan på större bostadsanpassning eller i väntan på hjälpmedel när hemtjänst inte går att utföra i hemmet.

Efter två år, då det samtidigt pågått en Covid-pandemi, har åtta gruppintervjuer nu skett omkring hur avvecklingen påverkat patient/kund samt berörda parter och vilka utvecklingsbehov dessa ser idag. Fyra parter inom Gävle kommun och fyra inom Region Gävleborg har en samstämmig bild av nuläge och effekter för den enskilde och berörda verksamheter samt vilka utvecklingsbehov som finns.

Varje månad skrivs mellan 100 – 150 gävlebor, som behöver kommunal vård och omsorg, ut från slutenvård. Enligt lag ska de skrivas ut samma dag som de är utskrivningsklara, vilket oftast sker för runt cirka 100 av dem. Inom målgruppen finns de som tidigare haft insatser från kommunen, där vissa av dem nu behöver mer, medan andra behöver lika mycket som tidigare. Övriga är patienter som tidigare inte haft någon form av vård och omsorg från kommunen, men nu behöver stöd efter utskrivning. Alla berörda parter planerar den vård och omsorg som behövs efter utskrivningen. En del tas emot på Våbo. Merparten uppfyller dock inte kriterierna för Våbo men behöver mycket stöd av både hemtjänst och sjukvårdsinsatser. Alla har en mottagande ansvarig läkare inom primärvården på sin hälsocentral.

Ingen part kan bekräfta att de tilldelats mer resurser eller att hemtjänst, hemsjukvård och biståndshandläggare börjat jobba annorlunda mot tidigare, exempelvis med så kallade hemtagningsteam.

Resursplatserna har inte använts i någon större utsträckning.

Alla parter beskriver att det idag är mer komplicerat att bedöma och planera behov då patienterna som ska hem eller direkt till Våbo har större sjukvårdsbehov och är mycket skörare än tidigare. Tidigare flyttades de flesta av dem efter slutenvården först till veckor av återhämtning på korttidsenhet. Patienter och anhöriga upplever idag stor oro för hur den första tiden ska fungera i hemmet. Alla parter lägger mer resurser på planeringen runt utskrivningen idag, vilket bidrar till att övriga patienter och kunder i verksamheterna blir lidande. Arbetstiden till icke akuta och förebyggande insatser minskar.

Bland kunder som nu får beslut om Våbo, som inte kan eller inte vill komma hem, finns två kategorier; de som är i palliativt skede och de som har ett omfattande och varaktigt behov av vård och omsorg som inte går att ge i ordinärt boende. De flesta får mindre än ett dygn på sig vid utskrivning att både ta beslut om att flytta, skriva kontrakt, möblera lägenhet och flytta in. För de i palliativt skede är det inte värdigt, några hinner bo en kort tid, andra hinner inte ens flytta in. Efter avvecklingen av korttidsenheter märks även att fler kunder på Våbo återhämtar sig efter en tid och flera vill då flytta hem igen. I bästa fall har de kunnat behålla sitt tidigare boende. Andra som återhämtat sig vill gärna bo kvar, även om de inte längre har så stora omvårdnadsbehov. Deras beslut går heller inte att lagligt återkalla.

Av de kunder som nu skrivs ut till hemmet med stort behov av hemtjänst och hälso- och sjukvård, beviljas de flesta många besök per dygn för att säkra upp stöd och tillsyn. Vissa beviljas vak (24 timmar/dygn) då de på grund av oro och kognitiv svikt inte kan lämnas ensamma.

Det innebär även att planeringen tar mycket resurser för alla parter och utskrivningen av fler hjälpmedel och dess logistik innebär ökade kostnader. Det är svårt att få plats med alla hjälpmedel i hemmet och möjligheten till god vardagsrehabilitering och intensivträning blir mycket begränsad, med små ytor och avsaknad av personal dygnet runt.

Två fördelar lyfts fram idag, att kunder som bedöms ha ett permanent behov av Våbo slipper mellanlanda på korttidsenhet och att andra som vill komma hem numera får det, även om de är sköra och behöver mycket sjukvård hemma. En upplevelse hos delar av både regionen och kommunen är även att slutenvården inte är lika snabba som tidigare med att bedöma patienten som utskrivningsklar.

Alla är överens om att utskrivningsprocessen behöver skötas bättre av alla parter för att den ska fungera optimalt, oavsett korttidsenhet eller andra alternativ till vård och omsorg. Ingen part ser fördelar med att de tidigare korttidsenheterna byggs upp igen. Alla är ense om att det behövs flera alternativa, ofta samfinansierade, lösningar för att få till en individuellt anpassad personcentrerad vård och omsorg där resurser används på ett mer effektivt sätt.

Man förordar ett samfinansierat *hemtagningsteam* som ger både hemtjänst, sjukvård och rehabilitering de första 14 dagarna efter hemgång, oavsett vilken hälsocentral eller hemtjänstutförare som sedan väljs. Samordning av resurser med Mobila teamet är tänkbart. En *palliativ enhet* behövs med samlad kompetens för omvårdnad och sjukvård, gärna en slutenvårdsenhet med fast syrgas. Kan samordnas med palliativa teamet och dess läkarresurs. Det behövs även en *enhet för eftervård (mellanvård)* där patienter får tid för återhämtning, anpassning och rehabilitering/intensivträning. Parter inom både regionen och kommunen lyfter fram önskan om samfinansiering då allas ökade resurser idag går åt till mindre effektiv verksamhet. Regionen bör vara huvudman där och skriva in patienter för eftervård.

För att arbeta mer förbyggande ser parterna följande:

- Att *utveckla samverkan* mellan hälsocentralen, hemsjukvård respektive hjälp i hemmet (hemtjänst, boendestöd, personligt stöd) och personlig assistans samt att använda resurser till förebyggande hälsofrämjande insatser är grundläggande.
- Det behövs en verksamhet som kan minimera inskrivning i slutenvård, likt de regionfinansierade *HSL-platserna* på särskilda boendet Rosengården i Sandviken där man skrivs in av läkare och kan få stöd med förberedelser inför tex koloskopi, för att få blodtransfusion eller utreda vissa åkommor eller behandla enklare sjukdomstillstånd. Samordning med Mobila teamet är tänkbart.
- *ASIH- team* (Avancerad Sjukvård I Hemmet) inom slutenvården behövs.

- Om kunder på 90 år eller äldre med hemtjänstinsatser får beslut om Våbo när den själv tycker det är dags, *det vill säga tidig inflytt till Våbo för de sköraste*, skulle troligen slutenvårdsbehovet också minska.
- Fler *Trygghetsboenden* som ger närhet till aktiviteter, gemenskap, måltider och personal behövs för att uppnå mål som att bibehålla egna resurser, förebygga ohälsa och tidigt kunna fånga upp behov.
- Någon form av beredskap för *korttidsvistelse* enligt socialtjänstlagen, vid akut uppkomna situationer då en kund med stora behov inte kan vara kvar i sitt hem, behöver finnas.

Bakgrund

Omställningen

27 februari 2020 beslutade omvårdnadsnämnden (Dnr 200N47) att genomföra en ”omställning från korttidsboende till hemsjukvård – rätt insats till rätt individ”. Beslutet motiverades med att kunder inte skulle behöva mellanlanda på korttidsenhet i väntan på särskilt boende eller att få komma hem. Hemvårdsteamerna, där biståndshandläggare, hemsjukvård och hemtjänsten samarbetat i organisatoriska områden sedan Hemvårdsprojektet 2017, gav bra förutsättningar att få vård och omsorg i den egna bostaden direkt efter sjukhusvistelse. Hemvårdsteamets funktion är proaktiv samverkan i vardagen när kund/patient är inskriven i hemsjukvård och beviljad hjälp i hemmet.

Hemvårdsteamerna skulle rustas med ökade resurser vilket kunde innebära ökade personella resurser men framför allt genom att ta in ny teknik. Det handlade om att genomföra en omfördelning av resurser från korttidsenhet till hemvårdsområden. Rehab (leg arbetsterapeuter och leg fysioterapeuter) skulle ges i uppdrag att genomföra mer systematiska och intensiva insatser i samband med kundens hemgång. Detta för att minska känslan av otrygghet och öka individens självständighet.

Personer med stora varaktiga omvårdnadsbehov skulle även med fördel kunna flytta direkt till vård- och omsorgsboende (Våbo) efter sjukhusvistelsen. Några så kallade resursplatser tillskapades som tillfälligt alternativ för kunder då det inte var möjligt att bo hemma, till exempel under en större bostadsanpassning.

Under våren 2020 avvecklades 39 platser på korttidsenheten Bergmästaren, vilket gick fortare än planerat på grund av pandemin. Samma år avvecklades sedan 8 platser på korttidsenheten på Gävle Strand (VILS-Vård i livets slutskede).¹

Avvecklingen som skett parallellt med Covid-pandemin under 2020 försvårar analysen av statistik. Det pågår även sedan en tid två utvecklingsarbeten som påverkar samverkan för berörda parter. En översyn av hälso- och sjukvårdsarbetet inom Valfärd Gävle startades hösten 2021, vilket bland annat resulterat i att ett nytt kontor skapas från 1 april 2023 där alla resurser för hälso- och sjukvård kommer att samlas. Även i den pågående nationella satsningen *God och Nära Vård*, är samverkan mellan kommunen och regionen central för att utveckla framtidens hälso- och sjukvård.

Processen vid utskrivning från slutenvård

Sedan ny lagstiftning trädde i kraft 1 jan 2018 finns en länsöverenskommelse om utskrivning från slutenvård med tillhörande gemensamma rutiner². Alla parter som bedöms berörda att ge fortsatt vård och omsorg vid utskrivning ska få meddelande via det gemensamma verksamhetssystemet Lifecare vid inskrivning av patient. Det är mellan cirka 100 – 150 gävlebor som månatligen skrivs ut från slutenvård och behöver kommunal vård och omsorg. Inom målgruppen finns personer som redan har del av kommunens vård och omsorg, vissa av dem behöver mer, andra behöver lika mycket stöd som tidigare, samt de som inte haft behov av vård och omsorg tidigare.

¹ Omställning, från korttidsboenden till hemsjukvård – rätt insats till rätt individ, Dnr 200N47

² Se samverkanswebben på www.regiongavleborg.se [Kommun- och regionsamverkan - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](http://www.regiongavleborg.se)

Ett preliminärt utskrivningsdatum ska omgående uppges i Lifecare, men kan komma att justeras flera gånger fram tills patienten är utskrivningsklar och slutligt utskrivningsdatum uppges. Mottagare är primärvårdens hälsocentral samt ofta flera parter inom kommunen, både inom hemsjukvård och äldreomsorg, LSS eller socialpsykiatri. Alla mottagande parter ska omgående efter ett preliminärt utskrivningsdatum förbereda sig och planera inför utskrivning, men det är i det läget ofta svårt att avgöra patientens skick vid utskrivning. Alla parter ska delge varandra adekvat information så snart man inhämtat samtycke från patienten. I samband med utskrivningen där två lagrum behöver samverka ska en samordnad individuell planering (SIP) ske innan utskrivning, i annat fall ska parterna samlas till en SIP i hemmet efter utskrivning.

Slutligt datum för utskrivning kan uppges senast samma dag det är aktuellt med utskrivning. Slutligt datum kan ej uppges om inte slutenvård och primärvård är klara med sina moment i planeringen. Om kunden uppges utskrivningsklar på förmiddagen ska hemgången ske samma dag under förutsättning att alla parter är klara med sin planering och nödvändiga hjälpmedel är på plats. Om kommunen inte kan ta emot kunden på grund av att kommunens planering inte är klar börjar räkning av hur många dagar patienten blir kvar i slutenvården, vilket kan resultera i att kommunen får ett betalningsansvar.

Planeringsteam

Inom Valfärd Gävle finns särskilda biståndshandläggare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom planeringsteamet, vilka ansvarar för all planering i utskrivningsprocessen vid utskrivningar från slutenvården. De arbetar idag på samma sätt som innan avvecklingen av korttidsenheter. En muntlig överenskommelse mellan Gävle kommun och Region Gävleborg finns om att patienter som redan under slutenvårdsvistelsen bedömts behöva hälso- och sjukvård över tid, kan bli inskrivna i hemsjukvård redan i samband med utskrivningen.

Enligt länsrutinen ska annars patienter först efter hemgång skrivas in i hemsjukvården. Det innebär att för dessa patienter har hälsocentralen ansvar för all primärvårdens hälso- och sjukvård i samband med utskrivning. Runt patienter, som redan innan slutenvårdsvistelsen har haft till exempel Våbo eller hemtjänst och hemsjukvård blir dessa verksamheter också berörda av planeringen inför utskrivning.

Uppdrag

Ta fram en nulägesbild av effekterna av omställningen och utvecklingsområden som kan härledas till omställningen. Utredningen ska resultera i en rapport med följande innehåll:

- Bakgrund till beslutet
- En nationell lägesbild
- Lägesbild effekter på hemvårdsinsatser
- Lägesbild effekter på vård- och omsorgsboenden
- Lägesbild effekter på biståndsbeslut
- Lägesbild effekter på samverkan med Region Gävleborg
- Utvecklingsområden och förbättringsförslag inom ovanstående punkter (hemvårdsinsatser, boenden, biståndsbeslut, samverkan)

Utredningen ska innehålla statistik samt underlag från intervjuer med chefer i kontor Stöd i hemmet, Boende och Myndighet. Även intervjuer med företrädare för Region Gävleborg behöver genomföras, främst från Hälsovalskontoret (HVK), verksamhetschefer för primärvården samt slutenvården.

Metod

Sektorchefen Magnus Höijer informerade berörda chefer inom Region Gävleborg och Valfärd Gävle innan utredningsuppdraget tilldelades utredare Helena B Jansson. Projektledare Eva Söderhäll utsågs att bistå med intervjuer av berörda parter inom Region Gävleborg.

Omvärldsbevakning har skett via Socialstyrelsens lägesrapport samt några kommuners hemsidor.

Statistik inhämtades från regionala Samverkanswebben och via Ellinor Blomberg på Region Gävleborg, nationella väntetider.se som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) administrerar, från Valfärd Gävles verksamhetssystem Treserva och Power BI via utredare Lisa Allemo samt ställföreträdande enhetschef Hanna Lindahl på Myndighet SoL Omsorg (biståndshandläggare). Delar av utvärderingen som Myndighet SoL Omsorg genomförde på eget initiativ år 2021 finns återgiven i denna utredning.

Intervjufrågorna skickades ut cirka två veckor i förväg samtidigt som gruppintervjuer bokades, fyra inom regionen och fyra inom kommunen, enligt inbjudan i bilaga 1 och 2.

Efter gruppintervjuerna har några deltagare kompletterat med fallbeskrivningar, vilka finns med under lämpliga stycken i utredningen. Några intervjuade har även kompletterat med förtydliganden efter intervjun. Intervjuszvaren berörde både effekter för patient/kund och berörda verksamheter efter avvecklingen av korttidsenheter, förslag på utvecklingsområden, men även en del runt samverkan i själva utskrivningsprocessen från slutenvården. Utredningen beskriver i första hand effekterna av avvecklingen samt förslag på utvecklingsområden som lyfts fram för att få mer ändamålsenliga lösningar för patient/kund.

De fallbeskrivningar som lämnats in har oidentifierats för att bli mindre utlämnande. Dessa finns under respektive verksamhetsrubrik och illustrerar den verklighet verksamheten beskriver.

Avslutningsvis finns en kort slutsats och därefter en beskrivning av tänkbara utvecklingsområden.

Nationell lägesbild i samband med pandemin

Ur Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2022:

”Socialstyrelsen har analyserat pandemins eventuella påverkan på vårdkonsumtion hos personer 70 år och äldre. Trots ett upplevt behov avstod en av fem personer från att söka vård under våren 2020. Äldre var den grupp som i störst utsträckning kände oro och undvek att söka vård. Bland personer i åldern 70–84 år var det ungefär 60 procent som angav att de var oroliga för att inte få vård under pandemin. Under pandemin har många äldre drabbats på olika sätt. De kan ha råkat ut för sjukdom eller förlorat anhöriga, varit isolerade, känt oro och ensamhet. Ensamhet har stor betydelse för enskilda personers livskvalitet. Ökad psykisk ohälsa samt besvär av ensamhet och isolering har uppmärksamats av ett antal kommuner och i flera rapporter som publicerats om pandemins konsekvenser. Kommunerna uttrycker särskilt stark oro för isolering bland äldre som inte bor på äldreboenden, och då specifikt de som bor på landsbygden. Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre uppgick 2020 till 135 miljarder kronor, vilket är en ökning med 1,6 procent jämfört med året innan. Särskilt boende för äldre (SÄBO) stod för den största andelen av kostnaden (57 procent) följt av hemtjänst för personer i ordinärt boende (42 procent). Ökningen beror på att kostnaden per hemtjänsttagare och kostnaden per person på SÄBO har ökat. År 2020 innebar merkostnader till följd av pandemin, vilket är en möjlig förklaring till kostnadsökningarna.”

”Sedan 2014 har andelen personer 65 år och äldre med äldreomsorg minskat. Även omfattningen av socialtjänstinsatser till gruppen 80 år och äldre har minskat, trots att åldersgruppen har blivit större. Covid-19-pandemin har på olika sätt bidragit till en fortsatt minskning av socialtjänstinsatser under 2021, dels eftersom rädsla för smitta har gjort många äldre tveksamma till att använda omsorgsinsatser, dels eftersom vissa insatser har dragits in under pandemin. Socialstyrelsen har analyserat hur covid-19-pandemin har påverkat personer i gruppen 70 år och äldre att söka socialtjänstinsatser. Under pandemin har betydligt färre äldre än vanligt sökt, beviljats och fått utförd hemtjänst för första gången. Minskningen var tydligast under månaderna april till juni 2020, jämfört med motsvarande period 2019, och gick från 320 till 242 personer per 100 000 invånare. I juli 2020 började andelen personer med hemtjänst öka igen, och i oktober–november 2021 låg den på samma nivå som medelvärdet för motsvarande period 2019. Däremot valde fler personer att avsluta sin hemtjänst. För perioden juli–november 2021 låg andelen personer som avslutade hemtjänstinsatser högre 2021 än 2020 och 2019. En liknande effekt av pandemin som sågs i hemtjänsten märktes även på SÄBO. En klar minskning konstaterades när tecken på allmän smittspridning började visa sig. Minskningen var från 186 personer per 100 000 invånare under perioden januari–juni 2019 till 169 personer per 100 000 invånare under motsvarande period 2020. Under 2021 började andelen personer som flyttade in på SÄBO att öka igen, och under perioden oktober–november 2021 låg den på en högre nivå än motsvarande period 2019.”

2019 var det 155 av 100 000 personer som i okt-nov flyttade in på Säbo, 2020 var det 152 st och 2021 var det 165 st.

” Samtidigt minskade väntetiden för flytt till SÄBO mellan 2020 och 2021: från 63 dagar till 44 dagar. Väntetiden skiljer sig dock mycket mellan kommunerna. Fler kommuner än tidigare uppger att de har balans i utbudet av särskilda boenden för äldre. Effekter av covid-19-pandemin och ett ökat byggande

av specialbostäder kan vara förklaringar. År 2020 var antalet färdigställda specialbostäder genom nybyggnad det största på över 20 år. Medianvistelsetid på SÄBO varierar mellan kommunerna. En längre medianvistelsetid innebär i regel att fler platser krävs, eftersom de äldre bor där en längre tid. Medianvistelsetid för alla personer 65 år och äldre på SÄBO i riket är 25 månader. För personer med demenssjukdom är medianvårdtiden 30 månader, och för personer utan demenssjukdom 21 månader. Dessa medianvårdtider är beräknade för personer som flyttade in på SÄBO under åren 2015–2018. Kvinnor är som regel äldre än män vid flytt till SÄBO. På riksnivå är kvinnor 85,4 år och män 83,3 år gamla i genomsnitt. Män utan demenssjukdom flyttar i genomsnitt knappt två år senare än de med demenssjukdom, och för kvinnor är skillnaden nästan tre år. Medelåldern skiljer sig mycket mellan länen: nästan fyra år mellan länen med högst och lägst medelålder. Medelåldern vid flytt till SÄBO samvarierar med hälsoläget i befolkningen, såsom självrapporterad hälsa och förväntad medellivslängd.”

”Närståendes³ insatser har ökat under pandemin. Detta som en konsekvens av bl.a. inställda aktiviteter (t.ex. dagverksamheter) och rädsla för att bli smittad. Rädslan för smitta gäller både den enskilde och den närstående.”

”En analys av Socialstyrelsens patientregister visar att andelen vårdtillfällen i oplanerad och planerad slutenvård och öppenvård för personer 70 år och äldre minskade tydligt – med 10–14 procent – mellan helåren 2019 och 2020. Minskningen var mer uttalad hos kvinnor. Nedgången var mindre påtaglig hos de mest sjuka äldre. Ingen minskning av andelen vårdtillfällen sågs, i vare sig slutenvård eller öppenvård, för personer på särskilt boende för äldre och för äldre med hemsjukvård.”

Tabell 21. Utveckling av olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen för personer 65 år och äldre

Andel (%) personer 65 år och äldre som hade olika kommunala insatser enligt socialtjänstlagen, 2014–2021.

Årtal	Hemtjänst ¹			Särskilt boende			Korttidsboende			Dagverksamhet		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2014	8,5	5,0	6,9	5,4	2,9	4,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2015	8,5	5,1	6,9	5,3	2,9	4,2	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
2016	8,3	5,1	6,8	5,3	2,9	4,2	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
2017	8,2	5,1	6,8	5,2	2,9	4,1	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
2018	8,0	5,1	6,7	5,0	2,9	4,0	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
2019	8,3	5,3	6,9	5,0	2,8	4,0	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
2020	8,3	5,2	6,9	4,7	2,7	3,8	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
2021	8,0	5,1	6,7	4,6	2,7	3,7	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Not. Befolkningsuppgifter ifrån SCB Matris 000003O5, hämtad 2021-11-25).

Not. 1. I begreppet "Hemtjänst" ingår här endast hemtjänstbeslut som innefattar personlig omvårdnad eller service.

Källa: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, november 2021, samt befolkningstabell från SCB (se not 1).

³ Begreppen anhörig respektive närstående används inte konsekvent i olika lagar och inom olika områden. I Socialstyrelsens termbank definieras anhörig som "person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna". Med närstående avses enligt Socialstyrelsens termbank: "person som den enskilde anser sig ha en nära relation till". Denna rapport följer huvudsakligen begreppsanvändningen där den som ger omsorg, stöd eller vård benämns närstående

Omvärldsbevakning

I rapporten *Utvärdering avveckling korttidsboende*, Myndighet SoL Omsorg 2021, står följande; *"Efter en snabb omvärldsbevakning kan man dock konstatera att beslutet att avveckla samtliga platser på korttidsboende i Gävle kommun är ett ovanligt beslut⁴. 20 kommuner med en befolkningsmängd mellan cirka 84 000 och 160 000 invånare har alla tillgång till korttidsboende (utöver korttidsboende för växelvis avlastning för anhörig)."*

Slumpmässigt utvalda sökningar i augusti 2022 via tre större kommuners hemsida gav följande:

Stockholms stad

"Korttidsvård innebär att du vistas på ett vård- och omsorgsboende under en kortare period. Det kan antingen vara vid ett enstaka tillfälle eller regelbundet återkommande.

Du kan få korttidsvård för att en anhörig som vårdar dig ska ha möjlighet till vila och egen tid. Du kan också få korttidsvård för att återhämta dig efter att du varit inlagd på sjukhus.

Korttidsvård omfattas inte av valfrihet. Det betyder att du inte kan välja utförare."

[Korttidsvård - Stockholms stad \(aldreomsorg.stockholm\)](https://aldreomsorg.stockholm.se) 29 aug 2022.

Uppsala kommun

"Du som har behov av vård och omsorg dygnet runt under en kortare period kan ha rätt till korttidsvård. Korttidsvård kan exempelvis vara aktuellt efter att du har vistats på sjukhus, har ett komplext behov av sjukvård som du inte kan få hemma, har en demenssjukdom eller är förvirrad. För att få korttidsvård behöver du ett biståndsbeslut. Platser för korttidsvård kan finnas både som en egen enhet och som ett antal platser på ett vård- och omsorgsboende."

[Boende för äldre – en översikt - Uppsala kommun](#), 29 aug 2022

Svar från enhetschef Yvonne Österholm på följdfrågor till Uppsala kommun:

"Vi har fortfarande enstaka "insprängda" korttidsplatser på några särskilda boenden (vanlig avdelning) i egen regi men har även separata enheter enbart avsedda för omvårdnad korttid eller demens korttid." "De platser som är avsedda för korttid görs inte om till permanent boende men vi försöker att personen skall kunna få vara kvar på samma särskilda boende, om den så önskar när den får ett beslut om särskilt boende. "

Karlstad kommun

"Korttidsplats innebär att du vistas på ett boende under en kortare period. Det kan finnas olika anledningar till att vistas på en korttidsplats. Korttidsplats kan beviljas vid utredning av behov i samband med ansökan om särskilt boende eller för vård i livets slutskede. En vistelse på korttidsplats kräver alltid kontakt med en biståndsbedömare, en bedömning/utredning och ett beslut. Du kan beviljas korttidsplats för en tillfällig enstaka period eller för en regelbundet återkommande period i form av växelvård. Beslutet om korttidsplats är alltid tidsbegränsat. Bemanningen på korttidsplats består av omvårdnadspersonal och om behov finns arbetar sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut konsulterande."

[Korttidsboende \(karlstad.se\)](https://karlstad.se), 29 aug 2022

⁴ Information på respektive hemsida för kommunerna Linköping, Örebro, Västerås, Helsingborg, Norrköping, Jönköping, Lund, Umeå, Borås, Huddinge, Eskilstuna, Nacka, Halmstad, Sundsvall, Södertälje, Botkyrka, Karlstad, Växjö, Haninge och Kristianstad.

Effekter på hemvårdsinsatser (biståndshandläggare, hemtjänst och hemsjukvård)

Biståndshandläggning

Biståndshandläggarnas planering sker oftast i direkt anslutning till utskrivningen från slutenvården, det är svårt att bedöma behov av insatser tidigare. Det är kvarboendepincipen som är vägledande för biståndshandläggningen, bedömningen sker i första hand med målet att alla ska återgå hem. Oftast beviljas många dagliga insatser och ibland även vak. De flesta vak beviljas kunder som är oroliga och förvirrade, samtidigt har många svårt att acceptera personal tätt inpå dygnet runt.

Handläggarna bedömer att av de blivande eller befintliga kunder/patienter som skrivs ut från slutenvården varje månad beviljas numera mellan 5 – 10 Våbo. Det är både personer i palliativt skede och personer med stort omvårdnadsbehov. Ofta får de Våbo beviljat samma dag som planeringen och utskrivningen ska ske. Det är svårt för både kund och anhöriga att ta in och svårt för utföraren att hinna planera och slutligen svårt för parterna att genomföra praktiskt. Vissa kunder vägrar flytta in på Våbo och kommer vid utskrivning från slutenvårdens akuta läge hem med stora hjälpbehov i hemmet.

De flesta kunder beviljas hjälp i hemmet och återgår till hemmet, många med vak eller mer insatser per dygn än tidigare. Det är idag fler än tidigare som kommer direkt hem med stora omvårdnads- och sjukvårdsbehov och behov av rehabilitering. Några kunder återgår också till sin bostad på Våbo.

”Kund med demenssjukdom, genomgår en höftoperation och har restriktioner i hur kund får röra sitt ben. Kunden är väldigt orolig och har svårt att ta till sig information. Det föreligger stor fallrisk. Har ett invariant mönster av att gå en kort promenad utanför sin bostad och man är nu orolig att kunden ska fortsätta med det när hen kommer hem från sjukhuset med tanke på fallrisk och restriktioner. På sjukhuset har man vak dygnet runt hos kunden då hen varit mycket orolig och då det föreligger fallrisk. Ansöker om korttidsboende vilket avslås, i stället beviljas vak dygnet runt i samband med utskrivning från sjukhus. Vid uppföljning av vak framkommer att kunden är mycket orolig, vill gärna gå ut, går upp i en stor omfattning nattetid. Kan bli arg på personalen som utför vak och vill inte släppa in dem. Situationen blev efter någon vecka ohållbar och ansökan görs om vård- och omsorgsboende, vilket beviljas.

Slutsats:

Då inget korttidsboende fanns att tillgå fick man bevilja vak, vilket inte var en lämplig insats för kunden som blev mycket orolig av att ha en person vid sin sida dygnet runt. Därför hade det varit att föredra att kunna utreda behoven på ett korttidsboende.”

”Kund med blanddemens, förvirrad och inte adekvat vid tilltal. Inkommer till sjukhus med en fraktur i sin fot och får därför inte stödja på foten på sex veckor. Är mycket förvirrad i samband med sjukhusvistelsen och anhöriga önskar att kunden får komma någonstans en kortare tid då man inte tror att kunden kommer att komma ihåg att hen inte får stödja på sin fot. Vidare har hen ramlat flera gånger, framför allt nattetid. Anhöriga uttryckte en stor oro inför kundens hemgång från sjukhuset. Anhöriga informeras om att korttidsboende inte finns att tillgå, och i stället beviljas vak dygnet runt. Kunden kommer hem med vak och vid uppföljningar visar det sig att hen är mycket orolig och förvirrad. Sedermera beviljas kunden vård- och omsorgsboende.”

”Kund som inkommer till sjukhuset för en magoperation. Har efter operationen problem med magen och att hålla tätt, är väldigt trött, har yrsel och är mest sängliggande. Sedan tidigare beviljad hemtjänst med besök på morgonen, hjälp med frukost och dusch två gånger i veckan. Känner sig

mycket otrygg inför hemgång då hen är så pass medtagen och trött och vill helst komma till sjukhusets rehab-avdelning eller korttidsboende. Då varken rehab-avdelning eller korttidsboende är aktuellt kommer kunden hem med omfattande hemtjänstinsatser, från ett besök om dagen (morgonomvårdnad och frukost) samt dusch två gånger per vecka till tio dagliga besök och två tillsynsbesök nattetid.

Med anledning av den stora otryggheten hos kunden samt hur medtagen hen varit efter operationen bedömer handläggare att det hade varit skäligt att bevilja korttidsboende där man sedan hade kunnat planera för insatser i ordinärt boende. Kunden bor fortfarande i ordinärt boende och har fortfarande kvar de beviljade insatserna.”

”Person som kommer in till sjukhus efter en fallolycka på cykel i samband med en hjärnblödning. Efter olyckan är hen förvirrad och rastlös, ramlar ofta och är vinglig på benen. Är motoriskt orolig, försöker klättra ur sängen och har haft vak på sjukhuset. Behöver hjälp av två personer vid personlig hygien och nära tillsyn och stöd vid förflyttningar. Anhörig är osäker på en ansökan om vård- och omsorgsboende i samband med utskrivning, då det är svårt att veta hur hens hjälpbehov kommer att bestå. Anhörig vill avvakta och ge hen en chans att komma hem för att se om det blir någon förbättring. Upplever att det är ett för stort beslut att fatta direkt vid utskrivning från sjukhus. Kund beviljas vak dygnet runt i samband med utskrivning från sjukhus, återhämtar sig dock inte och har vak tills hen flyttar till vård- och omsorgsboende. Här bedömer handläggare att det hade varit skäligt att bevilja korttidsboende för att utreda och se en förbättring hos kund.”

”Kund med diagnos ALS. Är beviljad hemtjänst sedan tidigare och anhörig kontaktar handläggare då hen kraftigt försämras, palliativa teamet är inkopplat. Kunden har vid möte med läkare uttryckt att hen inte känner sig trygg och att hen inte vill dö hemma. Anhörig informeras om att man då kan ansöka om vård- och omsorgsboende samt ärendets gång vid en sådan ansökan. Anhöriga efterfrågar en skyndsam handlägningsprocess då kunden är så pass försämrad och förmodligen inte har långt kvar. Kund beviljas vård- och omsorgsboende och flyttar in efter drygt en vecka. Kunden avlider ett dygn efter att hen flyttat in. I detta fall bedömer handläggare att korttidsboende varit en lämplig insats för en kund som är i livets slutskede och som inte känner sig trygg i sitt hem utan istället vill komma till ett boende med omvårdnadspersonal dygnet runt sin sista tid i livet. Att komma till ett korttidsboende innebär en kortare process då man kommer till en möblerad mindre lägenhet tillfälligt, mot att komma till ett vård- och omsorgsboende där man får vänta på en ledig lägenhet, erbjuds en lägenhet, ska skriva ett kontrakt samt möblera en lägenhet.”

”Vid samordnad individuell planering (SIP) på sjukhuset framkommer att patienten som ska planeras har svåra smärtor som kommer plötsligt. Har cancer och bedöms vara i livets slutskede. Livskamraten berättar att hen, när smärtorna kommer plötsligt, blir mycket orolig och vid ett tillfälle tänkt kasta sig från balkongen. Vid SIP diskuteras om hemsjukvården kan tillgodose behovet av snabba insatser för att avhjälpa smärtan. Hemsjukvårdens sköterska uppger att det kan ta upp till en timme att komma. Bedömning görs därför att hen behöver komma till en boendeform med tillgång till omvårdnadspersonal dygnet runt. Patienten ansöker om och beviljas vård- och omsorgsboende där hen bor i en vecka och sedan avlider. Handläggare bedömer att det hade varit en mer human process att få komma till ett korttidsboende i direkt anslutning till utskrivning i stället för att behöva ingå ett hyreskontrakt, möblera en lägenhet osv.”

”Kund som kommer in till sjukhuset på grund av oklar infektion där man upptäcker en hjärninfarkt. Har hemtjänst beviljad med dagliga insatser sedan innan och går nu hem från sjukhuset med utökade dagliga insatser från hemtjänst. Väl hemma fungerar det inte bra, hen har svårt att ta emot hjälp på grund av svår smärta, ”hänger bara” enligt hemtjänsten, vill inte äta eller dricka. Kunden är helt

adekvat (ej förvirrad) men kraftigt påverkad efter hjärninfarkten. Inkommer till sjukhus igen för att vätskas upp. Anhöriga, som sedan tidigare ordnat med en anpassad bostad till kunden och livskamraten, är mycket oroliga och anser inte att kunden kan gå hem, ansökan lämnas därmed om vård- och omsorgsboende. I detta fall hade det varit lämpligt att kunden hade fått komma till en korttidsplats för att utreda fortsatt behov. Kunden hade kunnat återhämta sig men anhöriga vill inte utsätta hen för att komma hem med hjälp av hemtjänst. Det skulle kunna bli så att kunden flyttar till ett vård- och omsorgsboende och sedan återhämtar sig, och sedermera vill flytta hem igen till ordinärt boende.”

Flera kunder som kommer till Våbo, kan och vill sedan flytta hem och blir då även inskrivna i hem-sjukvård. Handläggarna uppskattar nu att cirka 10 – 12 per år flyttar ut från Våbo, tidigare var det enstaka personer under senare 20-årsperiod. Handläggarna tror att det även kan finnas fler kunder på Våbo som nu piggnat på sig men som inte handläggare får kännedom om. Dessa hade inte behövt flytta in om det funnits korttidsenhet för rehabiliteringen de behövde efter sin sjukhusvistelse. Samtidigt finns individer som fått avslag på ansökan om både Våbo korttidsvistelse på grund av att det inte finns korttidsboende. Det är dock hittills inte överklagat och prövat i förvaltningsdomstol.

En fördel som någon lyfter fram är upplevelsen av att fler sjuka patienter blir kvar på sjukhus för att de behöver det, slutenvården är inte riktigt lika snabba på att bedöma dem som utskrivningsklara. Handläggarna upplever att de idag är bättre på uppföljning av besluten om hjälp i hemmet jämfört med uppföljningen som skedde på korttidsboendena.

Resursplatser ska enligt uppmaning bara användas då bostaden inte går att bo i. Det har varit ett fåtal sådana ärenden under perioden. Enstaka kunder har bott länge och bor kvar i väntan på bostad.

Det finns inget hemtagningsteam i annan mening än det vanliga samarbete som sker mellan handläggare, hemtjänst och hemsjukvård i organisatoriska (delvis geografiska) hemvårdsområden. Arbetet med samverkan och teamträffar är inte annorlunda nu mot tidigare.

Målgrupper inom socialpsykiatri⁵/LSS⁶

Vad gäller, korttidsenhet, hemvårdsteam, hemsjukvård med mera som ofta är en del av utskrivningsprocessen upplever biståndshandläggare (psyk/LSS) att målgruppen ofta inte riktigt passar in. Hemsjukvården hävdar att man inte har tagit över ansvar för målgruppen. De fasta vårdkontaktarna finns ofta på öppenvård psykiatri och är sällan delaktiga i utskrivningsprocessen. När korttidsenhet fanns saknades kompetens för att bemöta dessa målgrupper och det blev ofta diskussion runt dessa korttidsbeslut. Det blir ofta diskussion med utförarna av hjälp i hemmet när det planeras hem för omvårdnadskrävande personer från sjukhus med exempelvis vak eller medicindelegering eller liknande. De hävdar att de inte har kompetens för detta.

Vad gäller hemvårdsteam har biståndshandläggare (psyk/LSS) aldrig blivit kallade till teamträff/SIP gällande kunder inom *boendestöd* eller *personligt stöd*. Det har skett en gång runt en kund som tillhör personkrets enligt LSS men hade *hemtjänsten* som utförare. Biståndshandläggaren upplevde dock att enda skälet till kallelsen var att övriga kunde framföra att personen borde vara någon annanstans.

⁵ Begreppet används av Socialstyrelsen för kommunalt stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning

⁶ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

"Kunden som tillhör personkrets 1 LSS, bor i ordinärt boende, är beviljad hjälp i hemmet som utförs av personligt stöd. Har en svår somatisk ohälsa med komplicerade såromläggningar med mera. Får inte vara kvar på sjukhus, får ej rehabilitering. Hälsocentralen upplever att personen är för dålig för att vårdas i hemmet. Personligt stöd upplever att de inte har kompetens för att vårda hen i hemmet och motsätter sig verkställighet av vak i ett första stadie. Personen företräder sig själv och vill inte söka om bostad med särskild service. Här hade korttids kunnat vara ett alternativ under en period då personen varit där tidigare och kände till det. Här var det aldrig aktuellt med något hemtagningsteam. Handläggare och enhetschef satt i otaliga möten med alla inblandade tills personen till slut kunde komma hem. Personen avled senare."

"Kunden som tillhör personkrets 1 LSS till följd av komplicerad somatisk sjukdomsbild i samverkan med kognitiv nedsättning åker in och ut från sjukhus. Är beviljad hjälp i hemmet som utförs av personliga stödet. De upplever att de ej kan tillgodose hens behov och ifrågasätter myndighetsbeslutet. Finns inget hemvårdsteam. Finns ingen ledig gruppbofastadsplats. Flyttas i ett akut skede till LSS-korttids och flyttar sedermera till gruppbofastad. Korttids enligt LSS är inte tänkt att vara ett alternativ till SoL korttids utan syftar till avlastning för anhöriga och miljöombyte för den enskilde."

Hemtjänsten

Det kommer fler kunder med stort sjukvårds- och omvårdnadsbehov jämfört med innan avvecklingen. Det är fler kunder i palliativt skede, vilket även innebär fler yngre kunder. Det beviljades mycket vak inom hemtjänsten direkt efter avvecklingen, det upplevs ha planat ut lite nu. Det krävs mer planering nu mot tidigare och mer samarbete med regionen, dess palliativa team och kommunens hemsjukvård. Det ställer högre krav på kompetens utifrån ovanstående.

Många kunder kommer idag hem med beslut om insatser för åtta besök per dag, flera besök är insatta för att säkra upp och lugna både kund och anhöriga innan hemgång. Det visar sig ofta att alla dessa besök inte behövs, ens från första dagen. Det tar tid för handläggare att då ta bort beslut. Ibland har hemtjänsten schemalagt extra personal som sen inte behövs, vilket innebär både onödig administration och högre kostnad. Det hade varit enklare och bättre för oss utförare att sätta in akuta extrabesök i de fall vi upptäckt att det hade behövts, säger man. Hemtjänsten har inte personal anställd nattetid. Det innebär att vid behov av vak behöver man beordra ordinarie personal eller ta in timvikarier. Både Bemanningsenheten och planerare inom hemtjänsten försöker nå en hög personalkontinuitet, men det är svårt. Det kan i sämsta fall bli sju olika personer på sju nätter samt många olika personer dag-/kvällstid.

I hemmen är det ofta trångt, medskickade "akuta" hjälpmedel fungerar inte alltid som avsett. Konsekvensen blir att dessa kunder med större sjukvårds- och omvårdnadsbehov har svårt med förflyttningar och blir ofta sängliggande stora delar av dygnet, trots mycket stöd av hemtjänsten.

Oftast bokas hemtjänstpersonal att möta upp sjuktransporten vid hemgång. Chauffören får inte lyfta enligt avtal, så hemtjänstpersonalen behöver få kunder upp för trappor och över trösklar, ofta utan hjälpmedel, vilket innebär stora risker både för kund och personal. Det är vanligt med utskrivningar på fredagar och uppföljningen av bistånd eller hälsocentral dröjer minst till måndag. Det blir då tre långa dygn som upplevs oroliga och riskfyllda främst gällande toabesök och mediciner. Kunden har ofta eget ansvar för sina mediciner men kan i praktiken inte sköta detta. Det finns ingen

egenvårdsplanering inlämnad till biståndshandläggare, varför det heller ej blir beviljat stöd med detta. Kunden beviljas stöd med dusch, men kan inte ta sig in på toaletten eller in i duschkabinen.

Hemtjänsten ser även idag att fler flyttar hem igen efter att ha bott på Våbo en period. De nämner samtidigt exempel på en kund som på sjukhuset ville till Våbo, men kom hem med insatsen vak. De tror att fler kunder borde fått Våbo redan vid utskrivningen från slutenvården. Man har uppfattat att patienter "inte får" söka Våbo vid utskrivning från slutenvården, utan får först hemtjänst i ordinärt boende för att sedan få beslut om Våbo. Hemtjänsten ser kunder som inte vill hem för att få flytta in i vardagsrummet med alla hjälpmedel och till exempel dö hemma.

De hör att anhöriga missuppfattat att avlösningstjänsten avvecklats, vilket känns olyckligt.

Bättre samverkan med primärvården behövs runt de kunder som kommer hem med hemtjänst och har stort sjukvårdsbehov, men inte tillhör hemsjukvården sen tidigare. Först efter en tid är delegering klar för de sjukvårdsuppgifter som förutsätts utföras. Många gånger får därför sjukvårdsinsatser ske med hjälp av anhöriga de första dagarna.

"Livskamraten skötte läkemedel åt kund med minnessvikt. Båda hade lite hemtjänst. Livskamraten blev akut inskriven i slutenvård. I överenskommelse med anhöriga började de sköta läkemedel åt kunden tills hälsocentralen delegerade uppgiften till hemtjänsten"

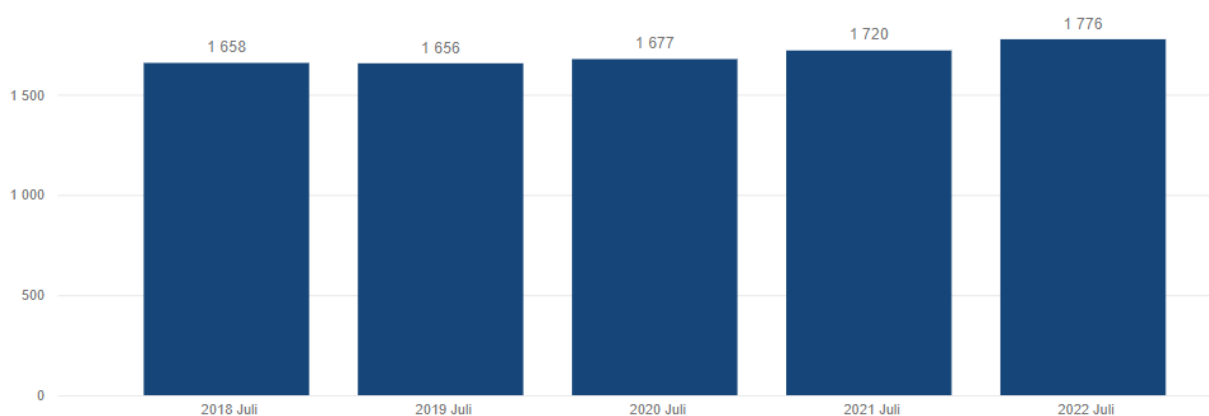
Tvärprofessionella hemvårdsteam (hemtjänst och hemsjukvård samt biståndshandläggare) jobbar generellt sett mer tillsammans numera.

Hemtjänsten i egen regi har idag avstämningsmöten på strukturell nivå med både hemsjukvårdens chefsnivåer respektive handläggarenhetens chefsnivåer. De följer flera indikatorer, såsom genomförda teamträffar, SIP och samverkansmöten på strukturell nivå.

Statistik

Antal unika kunder (inklusive anhöriganställda, exklusive insatsen trygghetstelefon)

Antal personer med tid av År och Månad

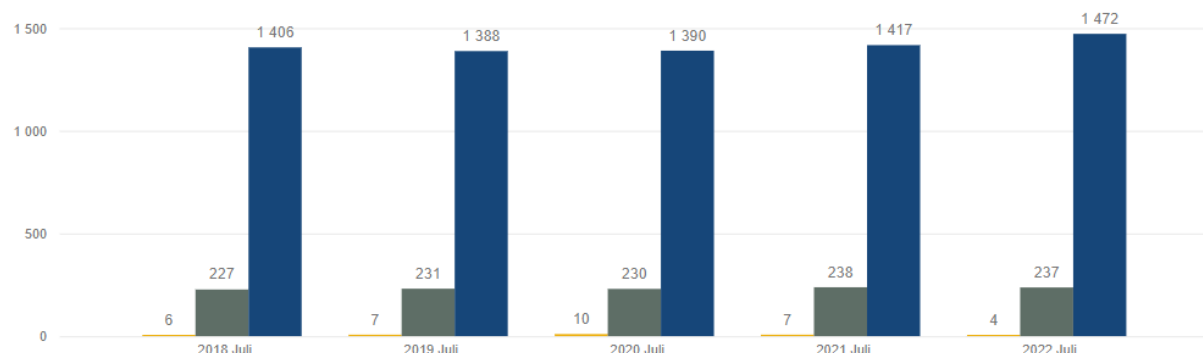


Ur Power BI 2022-08-29

Fördelade på tre åldersgrupper.

Antal personer med tid av År, Månad och Åldersgrupp

Åldersgrupp ● 18-25 ● 26-64 ● 65-



Ur Power BI 2022-08-29

Fördelad tid - totalt per insatstyp

Insatstyp	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
Allmänna uppgifter och krav		431,08	1 319,39	2 936,70	2 873,34	7 560,51
Apoteksärende	4 443,35	5 629,91	7 569,83	8 360,79	5 287,17	31 291,06
Avlösning	10 620,40	5 576,32	8 619,47	10 905,96	4 299,71	40 021,86
Digital tillsyn	12,00	1 400,08	1 813,28	2 042,08	1 419,76	6 687,20
Dubbelbemanning	35 631,30	38 641,90	42 864,56	58 223,37	39 938,93	215 300,06
Dusch		4 230,39	12 630,98	17 465,60	11 621,43	45 948,41
Eftermiddagstillsyn		15 556,30	50 313,87	71 116,08	47 985,11	184 971,37
Egenvård (SoL)	36 147,73	37 050,63	34 619,72	31 055,19	19 499,40	158 372,67
Enklare hushållsgöromål		832,90	2 725,47	4 114,07	2 569,31	10 241,75
Frukost		8 860,47	29 549,68	41 818,13	28 538,87	108 767,15
Förmiddagstillsyn		15 693,67	49 236,77	68 414,08	45 583,99	178 928,51
Inköp	30 830,96	32 834,02	33 651,30	32 091,95	20 519,49	149 927,72
Kompletterande anhöriganställd	796,74	1 461,15	623,07	12,84	83,09	2 976,88
Kvällsomvårdnad		18 813,91	62 403,55	85 416,35	57 051,77	223 685,58
Kvällstillsyn		10 354,68	32 589,23	44 615,43	30 398,32	117 957,65
Ledsagning	3 278,11	3 834,15	5 574,87	6 941,85	5 148,57	24 777,57
Lunch		13 373,05	45 001,19	61 961,91	41 674,36	162 010,50
Lunchtillsyn		2 438,10	7 900,66	12 195,79	7 507,31	30 041,86
Matdistribution	219,18	38,60				257,78
Middag		11 263,16	37 925,67	53 678,23	36 153,12	139 020,18
Middagstillsyn		2 022,38	6 681,92	10 477,78	6 733,53	25 915,61
Morgonomvårdnad		28 016,70	93 275,54	127 560,45	86 096,70	334 949,40
Natttillsyn	25 570,55	24 376,71	21 878,90	20 773,48	13 276,27	105 875,91
Nattomvårdnad	3 576,98	2 873,40	2 865,47	2 543,52	1 261,13	13 120,51
Personlig omvårdnad	575 883,41	473 451,45	174 746,02	15 454,41	1 767,26	1 241 302,55
Post/Bankärende	388,02	400,37	186,73	19,85	3,89	998,85
Social aktivitet	50 894,12	51 935,11	50 408,98	48 097,00	30 235,10	231 570,30
Städ	34 617,01	36 564,05	37 366,54	37 935,67	25 156,70	171 639,98
Telefontillsyn		248,76	1 200,95	2 141,90	1 712,52	5 304,13
Tillfällig Ledsagning	1 098,17	346,67	241,10	33,71		1 719,65
Tillfällig utökning av Hjälp i hemmet	25,42					25,42
Tvätt	27 873,01	30 525,72	31 310,50	31 056,95	20 166,44	140 932,62
Vak	19 777,93	19 664,50	18 467,43	37 292,71	17 357,00	112 559,57
Övrigt	4 123,13	6 238,70	5 073,90	4 458,10	2 888,16	22 781,99
Totalt	865 810,51	904 982,02	910 639,54	951 214,92	614 809,69	4 247 456,68

Ur Treserva 2022-08-29 (inklusive anhöriganställda, exklusive insatsen trygghetstelefon)

Det är svårt att dra slutsatser ur denna statistik med både antal kunder och fördelad tid per insatstyp. Dels har covid-pandemin påverkat efterfrågan och behov under dessa år.

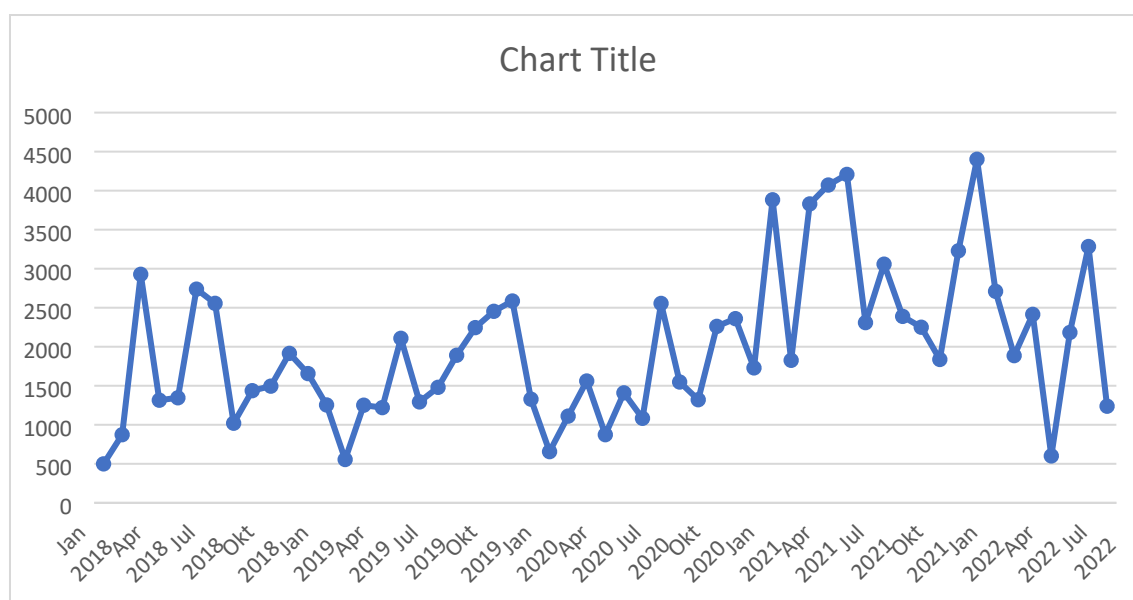
Dels har insatsen *Personlig omvårdnad*, i och med införandet av IBIC under denna period övergått i flera nya insatstyper, vilket förklarar den drastiska minskningen på timmar och ökningen på flera dagliga insatser som motsvarar stöd med personlig omvårdnad.

Antal timmar med vak och dubbelbemanning har dock dubblerats under dessa två år, vilket motsvarar de timmar som hemtjänsten ökat totalt under dessa år.

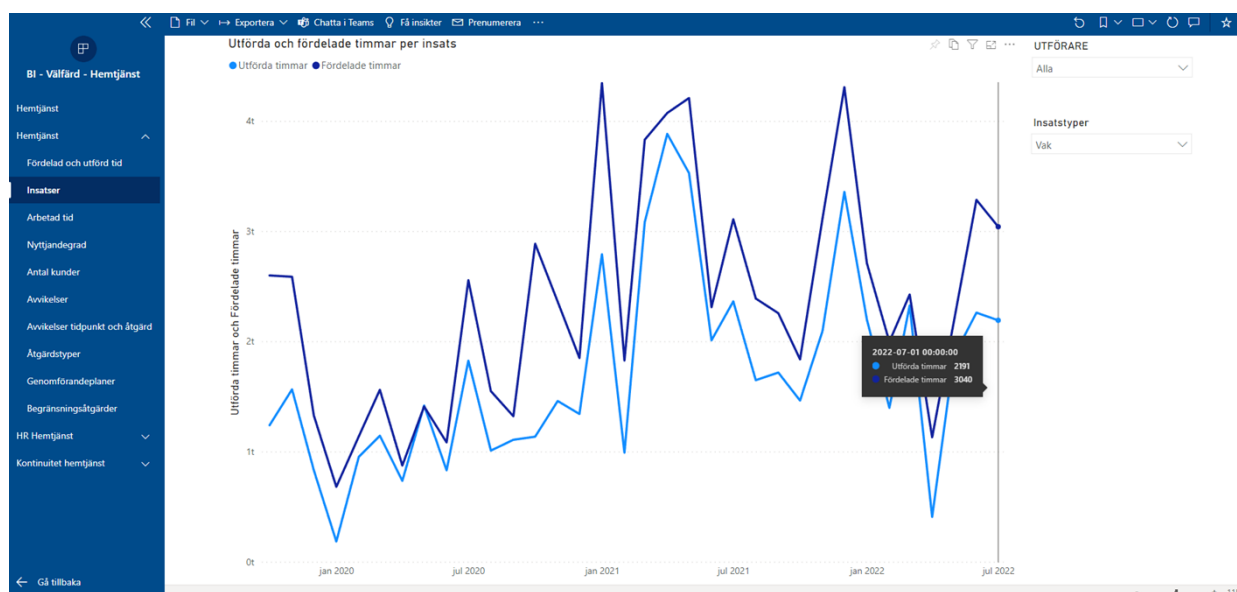
Enligt intervjuerna har främst insatsen vak ökat då fler kommer hem direkt efter vistelse i slutenvården och är sköra, men samtidigt har även antalet kunder med hemtjänst ökat under år 2018–2022. Den fördelade genomsnittstiden som totalt är registrerad per kund per månad varierar lite under åren i exemplet nedan där den är beräknad på antal kunder den 31 juli.

År	Antal kunder 31 juli	Timmar per kund per månad	Kommentar
2018	1658	43,5	
2019	1656	45,5	
2020	1677	45,25	Både pandemin och avveckling av korttids kan ha påverkat i olika riktningar
2021	1720	46,1	Både pandemin och avveckling av korttids kan ha påverkat i olika riktningar
2022	1776	43,2	OBS: Beräknat helår utifrån timmar t o m aug

Vak, antal fördelade timmar per månad jan 2018 – juli 2022:



Vak, antal fördelade och utförda timmar per månad jan 2020 – juli 2022:



Antal beslut om vak under 2018 – 2022:

2018	32 beslut
2019	34 beslut
2020	65 beslut
2021	132 beslut
2022	59 beslut till och med 29 augusti

Före år 2020 togs oftast bara ett beslut om vak per person och sedan avslutades beslutet i samband med att man ofta kom till korttidsenhet eller Våbo. När korttidsenheterna utvecklades blev det både fler personer och fler beslut per person med anledning av fler korta beslutsperioder, på bara några dagar i taget, för att regelbundet kunna göra uppföljning av behov.



Under exempelvis november och december 2021 beviljades vak till 25 personer. Fem personer var i livets slutskede. En person beviljades vak direkt efter utskrivning från slutenvård för att utreda

fortsatt behov. 19 personer beviljades vak med anledning av oro. Oron beror på demens eller att de av annan anledning är förvirrade, vissa hade hallucinationer, vissa var aggressiva, vissa gick utanför bostaden nattetid med för lite kläder och hittade inte hem, men även kunder med vak i livets slutskede eller vak efter sjukhusvistelse var oroliga eller förvirrade.⁷

Hemsjukvård

Det är numera fler vårdtunga patienter som tar längre tid att planera och behöver mer resurser för vård och behandling. Det krånglar ofta runt utskrivningar från sjukhuset. Ofta förbereds utskrivningen av hemsjukvården under tis – tors inför helgen, men sen skriver man ut tidigare eller med kort varsel. Det blir ofta SIP på fredagar runt patienter med stort omvårdnadsbehov.

Hemsjukvården upplever att det är godtyckligt om man beviljas Våbo eller hjälp i hemmet i ordinärt boende efter utskrivning. Ibland har palliativa patienter fått vänta 3 veckor på beslut.

Anhöriga aktualiserar ofta korttids/avlösningstvilstelse/resursplats vid utskrivning och har många fler frågor och är oroligare än tidigare. Många patienter vill ej dö hemma, men tvingas hem.

Att flytta till ett Våbo är ett stort och definitivt steg. Samtidigt är det idag bra att personer med demens kommer direkt till Våbo, inte via korttidsenhet.

Många har stort behov av rehabilitering, men det finns inte resurser att avsätta till det inom hemsjukvården. Det är trångt hemma med alla hjälpmedel och det blir svårt att göra en tidig och viktig rehabilitering. Hemsjukvården skriver ut mer hjälpmedel än tidigare och ser fler patienter med vak. Några kunder som nu flyttat in på Våbo direkt efter slutenvårdsperiod piggnar på sig och vill flytta ut igen. Handläggare verkar då ha svårt att förbereda utflyttningen i tid.

Hemsjukvården upplever även att handläggare brister i uppföljning av beslutet efter hemgång från slutenvården, det räcker inte att man då ringer kunden.

Varken rehab-enheten eller sjuksköterskor har fått ökade resurser efter avvecklingen av korttidsenheter. Det har inte blivit fler hemsjukvårdspatienter, men de kommer tidigare i sämre skick vilket innebär att det går åt mer resurser att både planera och ge hälso- och sjukvård.

Resursplatserna skulle kompensera avvecklingen av korttidsenheter. Resursplatserna är bara till för sociala behov inte vid behov av sjukvård. Inga rutiner för hur hanteringen runt resursplatserna skulle gå till togs fram. Flera personer uppehåller en resursplats för länge.

Det finns inget så kallat hemtagningsteam. Ingen planering för detta har skett. Man samverkar i de tvärprofessionella hemvårdsteamerna (handläggare, hemtjänst och hemsjukvård) som tidigare.

Effekter på vård- och omsorgsboenden

Det är mer vårdkrävande kunder som flyttar in direkt från slutenvårdsperiod mot tidigare. De har behov av mer kvalificerad sjukvård. Inte förrän under SIP, som oftast sker på utskrivningsdagen, blir

⁷Utvärdering avveckling korttidsboende, Myndighet SoL Omsorg 2021,

det bestämt att kunden ska till vård- och omsorgsboende. Kunden ska då först välja vård- och omsorgsboende, sen ska inflyttningen planeras och genomföras, helst samma dag enligt gällande lagstiftning. Anhöriga måste med kort varsel avveckla tidigare bostad och möblera lägenhet på Våbo. Från början var det mer kaos än idag. Nu har hanteringen med den snabba inflyttningsprocessen direkt från slutenvården blivit mer en vana.

Boendesamordnaren uppskattar idag att det är två till tre kunder i veckan som flyttar direkt från sjukhusvistelse till vård- och omsorgsboende, fler är yngre (50–60-årsåldern) och i palliativt skede. En Våbo-enhet har erfarenhet av att tre kunder som flyttat in efter avvecklingen av korttidsenheterna, avled innan ens kontrakt var skrivet. En kund hann möblera upp lägenheten men avled innan inflyttning.

”En äldre kund som kom från stroke-avdelningen, i både palliativt skede och i mycket dåligt skick, var det stor brådska att få ut från sjukhuset. Kunden flyttade in en sen tisdag eftermiddag, avlider på torsdagen. Detta är inte värdigt, vare sig för kunden eller anhöriga.”

Sjuksköterskor behöver numera ägna så mycket mer resurser åt inflyttningar med den nya målgruppen, vilket tar resurser från andra ”vanliga” vård- och omsorgskunder som får stå tillbaka med sina behov. Ett stort bekymmer som uppkommer är även att undersköterskor varken har kompetens eller erfarenhet av att delegeras komplicerade sjukvårdsuppgifter. Problemet blir ännu större då inflyttningen direkt från sjukhus många gånger ska ske omgående.

Det sätts in mer vak än tidigare för att möta behov hos svårt sjuka patienter. Verksamheten har inte kompensats för denna extra kostnad. Verksamheten uppger att de under senare år utvecklat den ekonomiska kontrollen och använder resurser mer effektivt, men går ändå fortfarande back.

Det finns läkare som idag kommer tidigare till rond för att hinna sätta sig in i patienternas komplexa sjukdomsbild. Verksamheten har hört läkaren uttrycka att flera patienter inte borde skrivits ut från slutenvård i detta skick.

Tidigare var det mycket ovanligt att en kund flyttade ut från ett vård- och omsorgsboende, endast enstaka fall på 20 år. Idag uppskattar boendesamordnare och Våbos representanter att det rör sig i snitt om en kund i månaden. Det innebär att kunden åter behöver skaffa bostad och möblera den, då de oftast hunnit avveckla tidigare bostad. Det finns även exempel på kunder som återhämtat sig och idag bara behöver stöd med bäddning, men som vill bo kvar. Ett gynnande beslut är nästan omöjligt att upphäva för kommunen.

”Patienten flyttade in på vård- och omsorgsboende, kom från stroke-avdelning på Gävle sjukhus. Tidigare gångare, men efter stroke rullstolsburen, men kan resa sig och gå några steg. Blir successivt stadigare på benen. Har en släkting långt bort som denne har god kontakt med, inga andra släktingar. Kundens föresats när denne kom till Våbo var att återgå till sitt ordinarie boende, men allt efter att veckorna gått, har denne mer och mer bestämt sig för att bo kvar på Våbo. Kunden har fortfarande idag, 6 månader senare, kvar sitt ordinarie boende och betalar två hyror. Jag tror (och hoppas) att om korttidsenhet funnits vid utskrivning från sjukhuset hade denne förhoppningsvis sedan kunnat och fått flytta hem efter en period på korttids.”

Det är viktigt med teamets samarbete och teamträffar. Tyvärr är det svårt att avsätta tillräckligt med tid att jobba mer proaktivt på teamträffar. Svårast för rehab-personal att överhuvudtaget kunna närvara. Det fungerar egentligen inte annorlunda nu mot tidigare. Resultatet är bara att den nya målgruppen som är mer sjukvårdskrävande och kommer direkt från sjukhuset med kort varsel tar mer resurser så att övriga "vanliga" kundernas samverkan i teamet blir lidande.

Statistik

Systemförvaltare och utredare har försökt få statistik ur Treserva över antal utflyttade kunder från särskilt boende. Det går dock inte tekniskt att göra urvalet vilka som avslutat Våbo, flyttat ut och då fått beslut om hemtjänst.

Effekter på korttidsvistelse / resursplatser

Beslutstyp	2018	2019	2020	2021	2022
Korttidsvistelse 4 kap 1 § SoL	465	442	180	5	2
Resursplats 4 kap 1 § SoL				10	9
Totalt	465	442	180	15	11

Denna statistik ur Treserva ger ingen större vägledning i hur behov hanterats efter avvecklingen av korttidsenheter. Det är osäkert hur handläggare använt beslutskoden Korttidsvistelse i förhållande till Resursplats och samtidigt kan flera kunder ha fått beslut om vård- och omsorgboende, även om de utnyttjat resursplats. Siffran för 2022 avser heller inte heller helår utan omfattar jan – aug.

Resursplats har beviljats till tio personer under år 2021. Åtta av dessa personer levde i sanitär olägenhet eller att bostaden var i sådant skick att det inte gick att utföra hjälp i hemmet. Alla hade mer eller mindre omfattande behov av stöd med sin omvårdnad och/eller med att sköta sin bostad. En person hade en ohållbar hemsituation och stort behov av stöd med anledning av demenssjukdom. En person kom till resursplats efter en brand i bostaden. Sex av dessa tio personer beviljades och flyttade till vård- och omsorgsboende efter vistelsen på resursplats. Tre personer flyttade hem igen med hemtjänstinsatser. En person behövde resursplats för vidare planering av fortsatta insatser.⁸

Effekter på Region Gävleborg

Hälsovalskontoret (HVK)

HVK poängterar den knapphändiga informationen de fick inför nedläggning av korttids. Avvecklingen av korttidsenheterna påverkade hälsocentralerna och den ersättning som de får enligt avtal. HVK hade behövt veta mer om processen, tidplan samt kriterier för resursplatser. Resursplatser har ingen ersättningsmodell och det råder nu otydlighet kring läkaransvaret kring dessa då de ej finns med i

⁸ Hela stycket från *Utvärdering avveckling korttidsboende*, Myndighet SoL Omsorg 2021

samverkansavtal. Hälsocentral som tidigare haft läkarresurser på korttidsenhet fick fortsatt resurser trots minskning av platser, då kommunikation kring avvecklingen saknades.

Slutenvård

Det är mycket svårare att få hem patienter i tid då de är utskrivningsklara. Biståndshandläggningen kräver nu mer, då patienten ska direkt hem. Processen tar längre tid. Stora medicinska behov (PEG, trach etc.) tar alltför lång tid att planera i hemmet, kring utbildning och behov av stor personalstyrka etc. Mycket frustration och oro hos anhöriga och patienter läggs på slutenvårdspersonalen. Patienter känner sig inte respekterade, de upplever att de bara är siffror och statistik vilket ofta leder till tårar.

Samtidigt kommer vissa patienter direkt hem, utan att mellanlanda på korttidsenhet mot sin vilja. Patienter får en stor informationsbunt från handläggaren för att omgående vid utskrivningen välja hemtjänstutförare, vilket är svårt för många. Innan valet av hemtjänstutförare är gjort kan heller inte den praktiska planeringen komma i gång.

Det skrivs ut för mycket hjälpmedel. Patient som skulle ha glidbräda förskrivs med lift, då stor osäkerhet råder kring hur hemtjänstens medarbetare kan hantera glidbräda, enligt information från primärvård och kommunens rehab-enhet. Patienten blir då lidande av för stora hjälpmedel i hemmet. Den stora förskrivningen av hjälpmedel för att säkra upp vid utskrivning direkt hem har även lett till brist på hjälpmedel på Hjälpmedel Sam. Den ökade förskrivningen innebär ökade kostnader, för hjälpmedel som kanske bara behövs en kort period. Det är idag även fler kostsamma akuta transporter av hjälpmedel för en kort period, med retur när behovet snabbt minskar.

Det är svårt för patienter att få rehabilitering. Det blir fördröjning i den fortsatta rehabiliteringen då patient först ska följas upp av hälsocentralen och sedan skrivas över till hemsjukvården för fortsatta insatser i stället för att slutenvården kan rapportera direkt till exempelvis korttidsenhet där uppföljning och rehab kan starta snabbare.

Många är väldigt sköra och har behov av att mellanlanda någon annanstans för att repa sig, träna, återfå autonomi och sedan kunna gå hem till en bättre tillvaro, med minskat antal hjälpmedel och vara en tryggare patient. Många patienter (t ex. stroke, ortoped) har behov av ytterligare 1–2 veckors lugnare miljö där möjlighet finns att träna i vardagen, inte nödvändigtvis intensivträning, även om det vore ännu bättre.

”Patient som tidigare var frisk fick stroke, med svaghet i ena sidan. Skulle hem med mycket hjälpmedel och begränsade möjligheter till träning i trångt boende. Anhörig valde att själv bekosta rehab på annan ort under en period och patienten kunde sedan gå hem med mindre hjälpmedel och mindre omsorgsbehov.”

Det finns en stark upplevelse av att det bara är mot Gävle kommun som slutenvården har fått större problem i samverkan vid utskrivning. Det blir mycket strid mellan parterna i utskrivningsplaneringen. I Gävle kommun finns enbart ett spår där alla ska hem, vilket passar många, men långt ifrån alla. Andra kommuner i regionen löser det mer flexibelt och personcentrerat. Det tar i Gävle lång tid att få till alla hjälpmedel till hemmet och den hemtjänst som krävs. Patient som går hem med insatsen vak får endast det garanterat i 2 – 3 dygn, sedan råder osäkerhet om fortsättningen. Det blir en mycket otrygg tillvaro för patient och anhöriga. Slutenvården ser mycket fler returer till sjukhus på grund av att hemsituationen inte fungerar, vilket inte är relaterat till hälso- och sjukvårdsproblem.

”Patient som absolut skulle flyttas hem, trots att anhöriga, patient och personal starkt betvivlade att det skulle fungera med enbart utedass och hemtjänst. Man fick flytta runt säng för att över huvud taget kunna vårda i hemmet. Blev ohållbart, skickades på retur till sjukhuset och avled där. Skulle behövt komma på annan plats, mobiliserats alternativt fått avsluta livet värdigt.”

”En patient inkommer med symtom relaterat till en medfödd neurologisk sjukdom. Dessa symtom hämmade hens svälj- och gångförmåga. Det resulterade i planerad operation i Uppsala. Patienten fick en PEG för att få sig tillräckligt med näring samt flera bedömningar av paramedicinare. Allt detta var noggrant dokumenterat i planeringsunderlag inför planerad SIP. Väl på SIP krävs ett uppföljningsmöte då hemsjukvården önskade information om PEG, något de senare ändå inte hade planerat att ta ansvar över, samt att ingen ur patientens hemtjänstpersonal var utbildad i PEG-hantering. Hemtjänstpersonal fick komma till oss på avdelningen för en genomgång av hur PEG fungerar och skulle sedan via hälsocentralen uppvisa att de kunde hantera PEG för att få delegering. Hemtjänsten får sen inte tag på personalen på hälsocentralen så ingen personal kunde bli delegerad inför helgen. De kontaktade avdelningen att patienten var välkommen hem med ambition att det skulle lösa sig, en fredag eftermiddag, trots ingen återkoppling från hälsocentralen. Det slutade med att patienten blev utan sondmat och läkemedel under hela helgen. Anhöriga ringde avdelningen och bad oss komma hem till dem för att ge läkemedel och sondmat, något vi inte får göra. Anhöriga hade då försökt hantera PEG själv och det resulterades i att patienten började kräkas och lades åter in på sjukhus för hantering av sond och vårdplanering.”

Resursplatserna har oklara kriterier och används mycket sällan. Det råder stor osäkerhet om hemvårdsteam finns inom kommunen, hur de arbetar och om de kan kontaktas.

Palliativa patienter får inget val, de måste hem, alternativt dö på sjukhus, vilket inte blir värdigt mot vare sig patienter eller anhöriga. Många vill hem, men inte alla. Det är inte meningsfullt att bedöma dessa patienter som utskrivningsklara. Informera dem i stället om att de får bli kvar på sjukhus.

Kommun och primärvård är mer passiv i utskrivningsprocessen nu än tidigare, de väntar med att planera tills patienten är utskrivningsklar, vilket medför att patienten blir kvar flera dagar i onödan jämfört med andra kommuner. När Gävle kommun hade korttidsenheten upplever man att planeringsprocessen gick fortare och samverkan var lättare.

”En patient kom in med en svag sida. Varit frisk och uppegående innan utan hjälpmedel. Efter stroke blev patienten rullstolsburen. Bodde i lägenhet 2 r o k några våningar upp, utan hiss. I lägenheten var det även höga trösklar, speciellt tröskeln in till badrummet var väldigt hög, hade ej kunnat ta sig in med hjälpmedel. Sovrummet var trångt och patienten hade en stor säng, hade nu behov av en vårdssäng. Patienten hade ej några barn eller andra anhöriga i Gävle, ett syskon bor långt bort och var inte heller medicinskt stabil.

En SIP planeras och bokas. Under SIP vill man att patienten ska kontakta en flyttfirma för att flytta sängen från sovrummet för att vårdssängen ska få plats. Patienten och syskonet har en vision om att patienten behöver rehabilitering under en tid på exempelvis ett korttids för att sedan kunna återgå till hemmet. Det går ej att tillmötesgå då Gävle inte har några korttidsboenden. Då vill patienten ansöka om ett boende för att bo en tid, rehabiliteras och sedan flytta hem igen. Syskonet erbjuder sig att

betala den ena bostaden då det annars skulle bli dubbla hyror. Patienten beviljas och erbjuds en plats på ett boende. Syskonet betalar den andra hyran.”

Statistik

Nedanstående statistik finns på SKRs hemsida www.vantetider.se. Där presenteras exempelvis medelvårdtiden för de patienter i målgruppen som blir kvar i slutenvården mer än 1 dygn eller mer på grund av att kommunen inte har planerat klart inför utskrivningen. Här syns att antal patienter som blir kvar efter så kallad dag 0 varierar, likaså antal dagar.

Maj 2019

Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
Alla län	6 530	17 890	2.7
Gävleborgs län	93	335	3.6
Gävle	38	153	4

Maj 2020

Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
Alla län	4 080	8 563	2.1
Gävleborgs län	71	144	2
Gävle	23	41	1.8

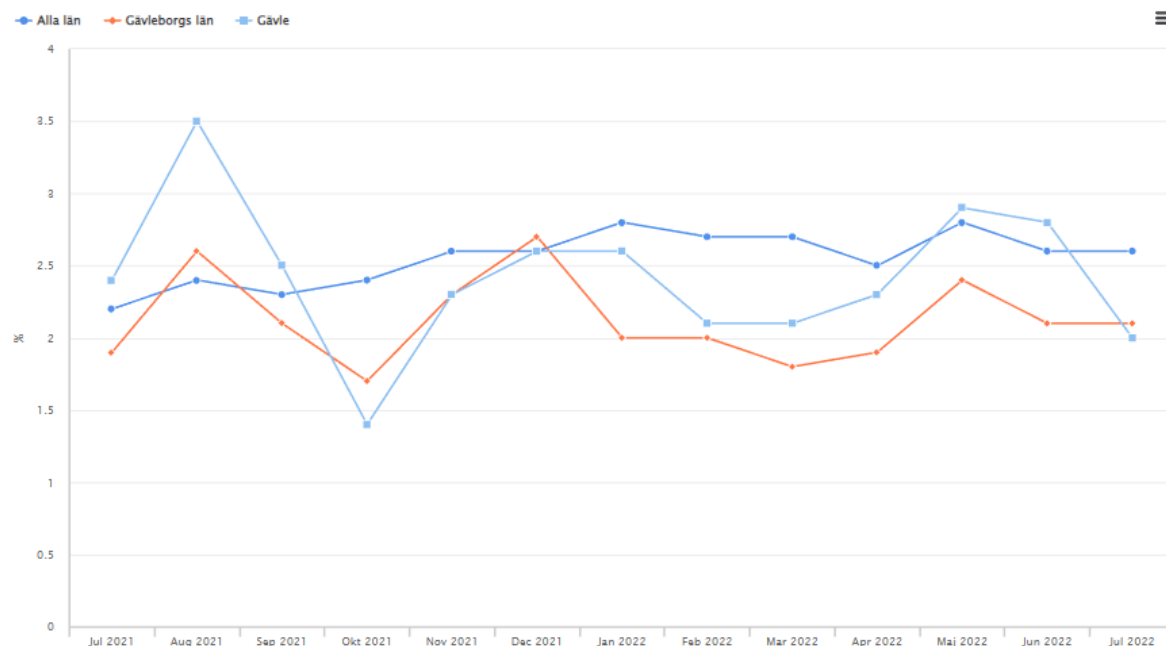
Maj 2021

Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
Alla län	5 066	11 033	2.2
Gävleborgs län	72	138	1.9
Gävle	27	59	2.2

Maj 2022

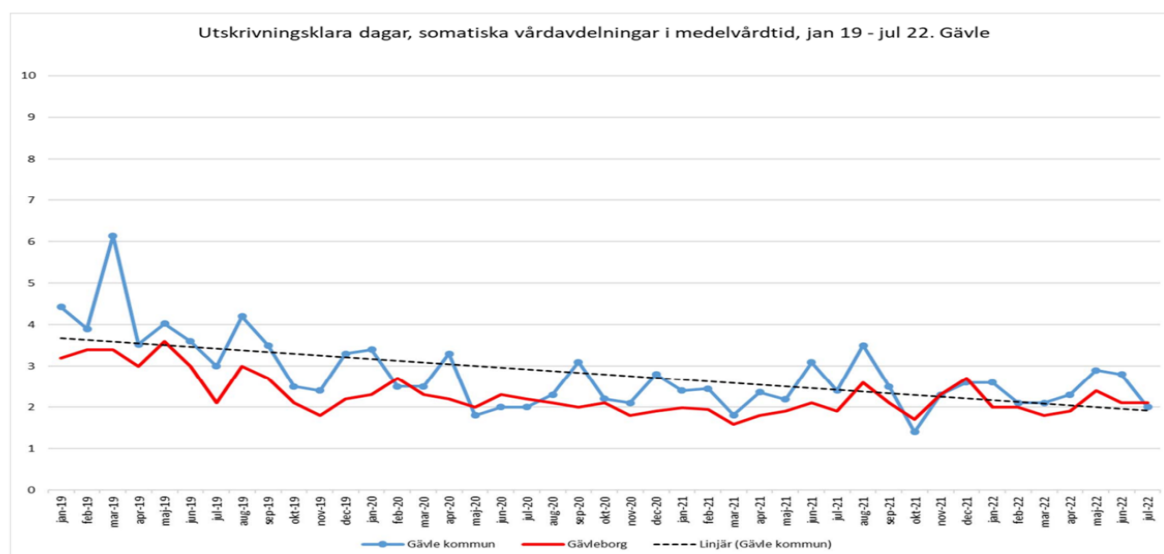
Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
Alla län	5 758	15 918	2.8
Gävleborgs län	126	304	2.4
Gävle	45	129	2.9

Diagrammet nedan jämför ovanstående parametrar i riket, länet och Gävle juli 2021 till juli 2022. Siffrorna i tabellen nedanför diagrammet avser juli 2022.



Region	Antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Summa vårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklar 1 dag eller fler	Medelvårdtid som utskrivningsklar
Alla lään	3 602	9 369	2.6
Gävleborgs län	126	263	2.1
Gävle	61	124	2

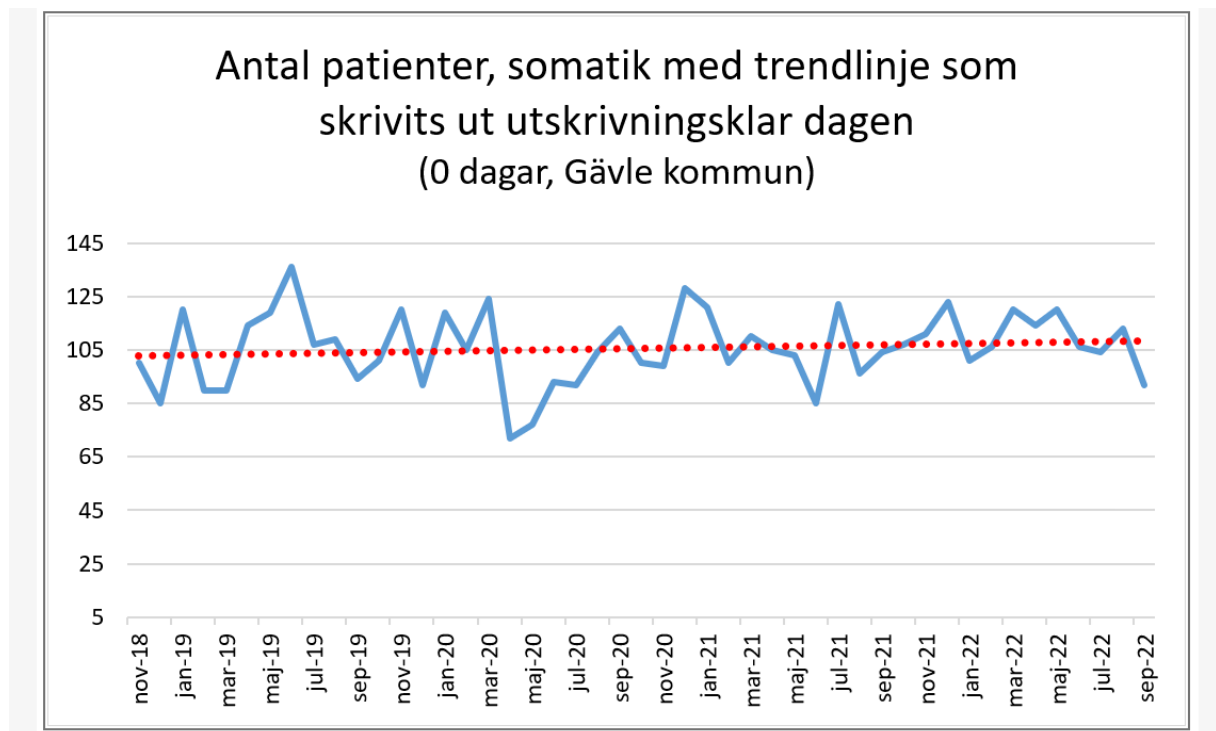
Diagrammet nedan visar medelvårdtid för de som blev kvar mer än 1 dygn från Gävle kommun (inkl trendlinje) respektive hela Gävleborg, jan 2019 till juli 2022.



Från www.samverkanswebben.se där Region Gävleborg sammanställer statistik ⁹.

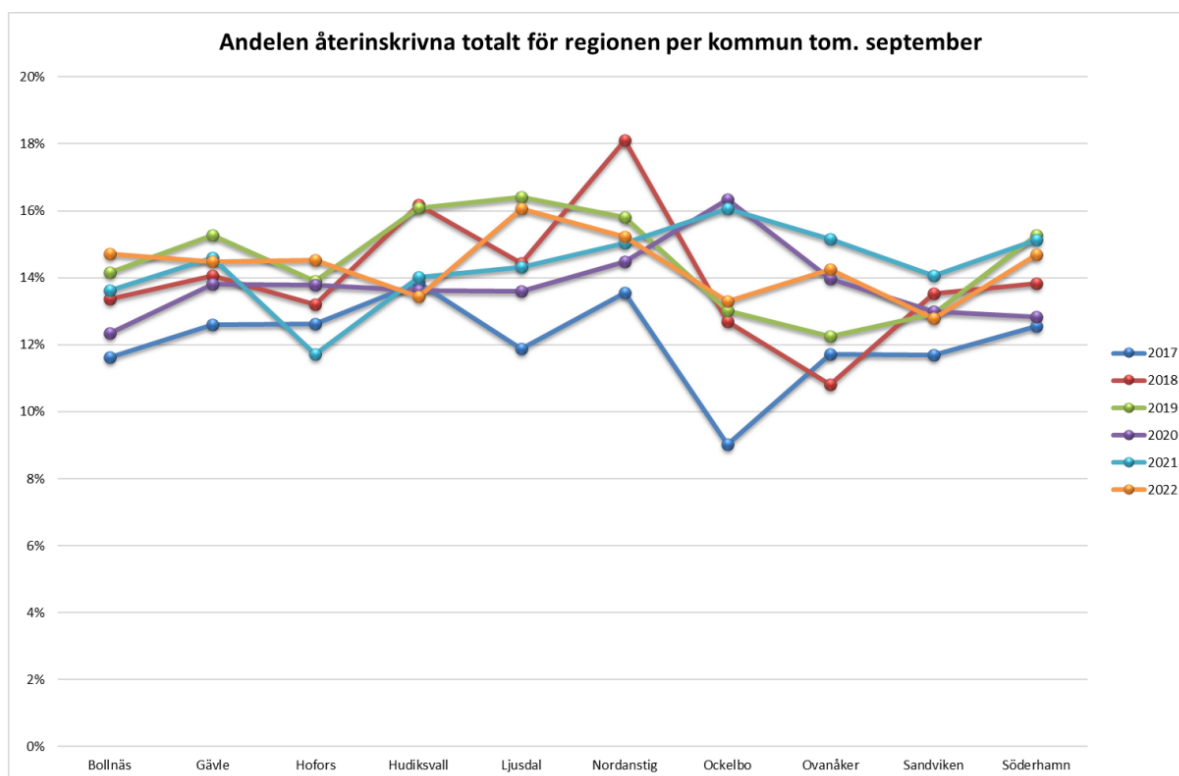
⁹ [Utskrivningsklara - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](http://Utskrivningsklara - Region Gävleborg (regiongavleborg.se))

Diagrammet nedan visar övriga i målgruppen, d v s det antal personer som blir utskrivna dag 0 med Gävle kommun som mottagare.



Från Ellinor Blomberg, Region Gävleborg 2022-10-03

På regionens samverkanswebb finns även Återinskrivna inom 30 dagar efter utskrivning. Diagrammet nedan omfattar oplanerad vård och alla åldrar visar resultat över år för alla länets kommuner.



Analys

Av ovanstående statistik kan man inte dra slutsatsen att antal/andel utskrivningar eller återinskrivningar ökat på grund av avvecklingen av korttidsenheter, tvärtom syns en förbättring. Av diagrammen med trendlinjer kan man se att Gävle kommun tar hem större andel patienter som kan skrivas ut dag 0 har ökat samtidigt som även medelvårdtiden för de som blir kvar mer än 1 dygn minskar under samma period.

Medelvårdtiden efter utskrivningsklar, som ligger till grund för ersättningsmodellen i länets överenskommelse kring utskrivningsprocessen behöver sammanställas enligt följande exempel.

Månad/år	Totalt antal patienter (exkl psyk) både utskrivna dag 0 och de som ligger kvar mer än 1 dygn	Medelvårdtid (antal totalt / antal dygn efter utskrivning) efter utskrivningsklar (gäller i ersättningsmodellen)
Maj 2019	120 + 38 = 158 patienter	153 dgr/158 = 0.97 dygn
Maj 2020	77 + 23 = 100	41 / 100 = 0.41
Maj 2021	103 + 27 = 130	59 / 130 = 0.45
Maj 2022	119 + 38 = 157	129 / 157 = 0.82

Här syns ett tydligt samband mellan antal patienter och medelvårdtid efter utskrivningsklar, ett högt antal patienter påverkar Gävles möjligheter att snabbt ombesörja rätt stöd. I detta exempel varierar det mellan 100 – 158 patienter för de fyra slumpmässigt utvalda majmånaderna under 2019 – 2022. Detta visar att antal patienter att planera för varierar mycket mellan olika månader och att månader med högt planeringstryck ökar medelvårdtiden, även om den här ligger långt under 2,0 dagar. Så

länge medelvårdtiden inte är över 2,0 flera sammanhängande månader föreligger inget betalningsansvar för kommunen enligt gällande länsöverenskommelse.

Offentlig och privat primärvård

Det har blivit ett väldigt tydligt glapp mellan sjukhusvistelse och vård i hemmet. Upplevelsen är att det idag tar längre tid med utskrivningar än innan avvecklingen av korttidsenheter. Planering med vak i hemmet tar längre tid och patienten blir kvar innan det ordnats. Det är dock svårt att bara isolera det till avvecklingen av korttids. Många patienter som ska hem efter slutenvård är i mycket sämre skick än tidigare. Vissa patienter skulle må bättre av att landa på korttidsenhet före hemgång.

Det märks en ökad oro hos patienter och anhöriga i utskrivningsprocessen över hur det ska fungera hemma när stora förändringar i hälsotillstånd och livssituation skett i och med vistelsen i slutenvård. Anhöriga kan själva vara sjuka och oroliga över att få hem en svårt sjuk anhörig. Vissa patienter har inte heller anhöriga på plats och oroas över att de ska lämnas ensamma under långa tider mellan besök.

Det finns även oro över hur hjälpmedel ska få plats i hemmet. Det blir stora förändringar i livsmiljön hemma när många hjälpmedel ska få plats och man kanske får flytta ut i vardagsrummet. Det är trånga toaletter där det är svårt att komma in och klara det själv. Det finns idag risk för att patienten som går hem med mycket hjälpmedel blir fast med dessa och ej får möjlighet till mobilisering i hemmiljön. De blir exempelvis fast i rullstol i stället för att få möjlighet att gångträna intensivt i bättre miljö, för att sedan kunna gå hem med en rullator i stället. Rehab-personal upplever att de första 14 dagarna är avgörande för de mest sköra patienterna. Att då lägga största ansvaret på omvårdnadspersonalen att mobilisera och träna funktioner blir fel. Primärvårdens kompetenser i hemmet sker endast under korta besök denna tid. De har behov av kontinuitet över dygnet med intensiv träning för att återfå så många funktioner som möjligt. Möjlighet till bättre rehabilitering än i trånga lägenheter behövs.

"Patient kom hem med stort hälso- och sjukvårdsbehov och stora rehab-insatser. Gick ej att ha alla hjälpmedel i hemmet på grund av platsbrist. Kunde ej mobiliseras och tas omhand på optimalt sätt relaterat till hjälpmedelsbehov och den faktiska omgivningen. Blev allt sjukare och avled senare. Här hade korttids eller liknande behövts."

"Patient med bäckenfraktur som gick hem med förskriven rullstol, skulle träna hemma för att mobiliseras till gående med rullator. Väl hemma var det obekvämt och svårt att få till bra träningsmöjligheter vilket gjorde att patienten blev kvar i rullstol. Om hen fått landa på korttids någon vecka och tränat mobilisering hade hen kunnat gå hem med rullator utan rullstol."

Man ser också att fler flyttar in direkt på Våbo från slutenvården, men också att flera av dessa sedan flyttar ut och hem igen då de piggnat på sig efter mer tid för mobilisering genom att "landa", äta och återfå fler egna funktioner. Det går att återgå till hemmet för de som ej hunnit avveckla sitt ordinära boende, annars blir man fast på Våbo utan att egentligen ha det behovet.

Primärvården ser att sjuksköterskor på Våbo kommer in för sent i processen då patient ska till Våbo. Processen går idag så fort och läkaren med ansvar för detta Våbo är inte med i utskrivningsprocessen och det blir då heller inte patientansvarig läkare, då denna patient i samband med utskrivningen ofta byter patientansvarig läkare och hälsocentral. Denna snabba och komplexa överlämning av hälso- och sjukvård innebär stora risker i patientsäkerhet. Läkarresurs för snabb inskrivning i detta akuta

läge finns idag inte i regionens ersättningsmodell gällande Våbo. Det behövs en befogad högre ersättning för den hantering som nu råder här, vilket fanns tidigare gällande korttidsenheterna. Fler patienter får idag möjlighet att gå hem med insatser när de så önskar, i stället för som tidigare då det blev korttidsenhet, även om önskan var att komma hem. Primärvården upplever att hemgång blev tryggare och bättre för patienter via korttidsenhet och hem, än som nu, direkt till hemmet.

”Flera patienter som är mycket gamla med stora omsorgsbehov, förvirring etc. som får gå hem med vak då hemmiljön inte är anpassad utifrån behoven. Vak beviljas kort tid och sedan ännu ett beslut och flytt till exempelvis Våbo. Stort beslut för patient och anhöriga på kort tid när det är oklart om patient faktiskt kan repa sig, om den hade fått mer tid på sig. Fall där anhöriga tvingats ta hem patient för att det inte blev fortsatt vak och inte velat ta beslut om permanent flytt så snabbt.”

Många patienter som tidigare kom till korttidsenhet var långt ifrån utskrivningsklara med stora vård- och omsorgsbehov, det var patientosäkert. Nu kommer dessa hem i stället med dålig kontinuitet och utan personal på plats hela tiden vilket är mer patientosäkert.

”Patient med fistel, var svårt att sköta hemma med stora hälso-och sjukvårdsbehov, hemtjänst skötte om tillsammans med primärvård, dock många in-/utskrivningar från sjukhuset. Korttids hade behövts, få bättre struktur och ordning, landa, utbilda och samla ihop innan hemgång då patient hade stora vård- och omsorgsbehov.”

”Covidsjuk patient utan anhöriga tvingades till flertalet returer till slutenvården, då det ej fungerade att upprätthålla vård och omsorg hemma. Ej behov av slutenvård, men ej fungerande hemma då det inte var möjligt med kontinuerligt vak och på grund av alla hjälpmedel i hemmet.”

Vissa insatser och hjälpmedel är befogade vid utskrivning, men många hade ej behövts efter någon vecka om patienten fått landa på annat ställe för att sen planera för hemgång utan stress. Många piggnar på sig snabbt och alla hjälpmedel såsom sängar och liftar hade ej behövts i hemmen vilket innebär ökade kostnader. Stora insatser innebär också stora förändringar för patient och anhöriga.

Palliativa patienter har ej valmöjlighet till annat än att dö hemma. Kan bli lång väntan på smärtstillande när behovet kommer och går. Anhöriga tvingas vistas i sjukhusliknande miljö i hemmet under lång tid, utan plats för vila i en svår stund. Det passar många, men inte alla.

Kommunen pratade om hemtagningsteam i stället för korttids, oklart om det finns något team? Vilka uppgifter har de i så fall? Hur jobbar de?

Det tog lång tid innan de så kallade resursplatserna blev kända. När primärvården väl fick kännedom om dessa fick personalen information från kommunen att den möjligheten skulle döljas.

Det krävs idag mycket fler insatser och besök från primärvården runt patienterna i direkt anslutning till utskrivning från slutenvården. Det påverkar ekonomin för hälsocentralen och även klimatet på grund av mer resor då många patienter är listade på hälsocentral utanför det geografiska området.

Det finns flera händelser som varit ganska allvarliga där det funnits ett tydligt ansvarsglapp. Om inte hälsocentralens personal ”trollat med knäna” har patienten riskerat att stå helt utan stöd i hemmet.

Primärvården har även varit involverad i flera fall där utskrivningen tagit väldigt många arbetstimmar i anspråk just på grund av "Svarte Petter-fenomenet" och platsbrist.

Slutsats

Syftet med omställningen var god. Motivet var att kunder skulle kunna komma direkt hem med mer sammanhållen vård och omsorg alternativt direkt till vård- och omsorgsboende. Men resultatet visar på en mer komplex bild av målgruppens behov vid utskrivning, med fler individuella livssituationer och behov än vad man både planerade för och har kunnat erbjuda.

Hanteringen av snabba utskrivningar runt dessa patienter, där många är sköra och har ett stort hälso- och sjukvårdsbehov samt en ny förändrad livssituation, är mer komplex när allt ska planeras snabbt till kundens hem eller direkt till ett Våbo. Mycket resurser hos alla berörda parter går åt till planering och verksamhet som inte blir ändamålsenlig för många inom målgruppen, bland annat de i palliativt skede, de som efter en period av återhämtning blir mer självständiga igen och de som hade behövt bättre möjlighet till god rehabilitering.

Hemvårdsteamet har inte kunnat arbeta på annat sätt än innan avvecklingen. De arbetar dessutom bara med planeringen under utskrivningsprocessen runt de patienter som sedan tidigare haft både hemtjänst och hemsjukvård.

Sammanfattningsvis framför alla intervjuade en samstämmig bild av att det inte är önskvärt att få tillbaka traditionella korttidsenheter, även om det omnämns som saknat i flera fallbeskrivningar. Lika samstämmigt uttrycker man att det behövs olika verksamheter som alternativ för att möta de olika behov och önskemål som målgruppen har vid utskrivning från slutenvård. De ökade resurserna som idag används hos alla parter bör användas till mer ändamålsenliga samverkanslösningar.

Nu finns förutsättningar för kommunen och regionen att göra skillnad, arbeta mer förebyggande och i större samförstånd för att möta individuella behov hos den enskilde patienten.

Utvecklingsområden

Så gott som alla intervjuade har lyft nedanstående sammanfattade utvecklingsområden:

Samverkan och resurser

Alla parter är överens om att de rutiner som rör samverkan och utskrivningsprocessen från slutenvården måste fungera bättre. Planeringen innan utskrivning behöver få bättre förutsättningar för att kunna påbörjas tidigare. Alla parter behöver se sin roll och sitt uppdrag och samtidigt kunna se vad samverkansparter har för ansvarsområden. En översyn pågår redan för hur arbetet i utskrivningsprocessen kan förbättras.

Samarbetet inom hemvårdsteamerna och i teamträffar behöver förbättras.

Man behöver klargöra hur sekretess, samtycke och menprövning ska hanteras på ett tydligare sätt.

Alla parter lägger idag mer tid på planering och administration, mer hjälpmedel skrivs ut för att användas en kort period och många kunder får ändå mindre effektiv rehabilitering än tidigare. Det behöver omfördelas resurser till ett mer effektivt arbetssätt med mer adekvata insatser/verksamheter efter utskrivning från slutenvård.

Alternativ vid utskrivning från slutenvård

Alla parter är ense om att det behövs flera alternativa samfinansierade lösningar för att få till en flexibel, individuell och personcentrerad vård och omsorg där resurser används på ett effektivt sätt.

Hemtagningsteam

Ett hemtagningsteam bör utvecklas gemensamt för primärvård och kommun där det finns sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, omvårdnadspersonal och biståndshandläggare. Teamets uppdrag är att ge stöd till kunder som sedan tidigare inte är inskrivna i hemsjukvård, med både hemtjänst, sjukvård och rehabilitering första tiden efter hemgång, oavsett vilken hälsocentral eller hemtjänstutförare man sedan väljer. Först när man valt hemtjänstutförare kan det bli aktuellt med hemsjukvård, inom samma hemvårdsområde som vald hemtjänstutförare finns.

Enhet för palliativ vård

Det behövs en verksamhet för palliativ vård då patienten inte kan, eller vill få vård och omsorg i hemmet. Det är inte rätt att denna målgrupp ska behöva ordna och möblera nytt boende i detta skede med en kort tid kvar att leva.

Det behövs samlad spetskompetens med resurser för att ge en bra omvårdnad och sjukvård i livets slutskede. En sjuksköterskeresurs dygnet runt är önskvärt, det är svårt för konsultsköterskor idag. Det är önskvärt med breda dörrar så att man kan dra ut sängar på uteplats eller takterrass.

Av intervjuerna framgår att det är önskvärt med gemensam finansiering, men enheten bör klassificeras som slutenvård där fast syrgas finns i verksamheten. Alla kunder med cancer i palliativt skede tillhör palliativa teamet som har egen läkare. Teamet bör därför kunna knytas till/ ansvara för denna enhet.

Alternativet till palliativ enhet inom slutenvården är en korttidsenhet enligt socialtjänstlagen (SoL) där biståndshandläggare tar beslut om insats, läkarresurs finns på hälsocentralen och mobil syrgas skrivs ut vid behov.

Enhet för eftervård/rehabilitering (mellanvård)

Det behövs en *enhet för eftervård (mellanvård)* för patienter som behöver tid för återhämtning, anpassning och rehabilitering efter sjukhusvistelse. Intensivträning och mobilisering behövs för de som detta ej kan genomföras för på tillfredsställande sätt hemma. Flera parter, både regionen och kommunen, lyfter fram önskan om att det ska ske i samverkan med delat ekonomisk åtagande mellan kommunen och regionen då båda parter sparar resurser som idag går åt till mindre effektiv verksamhet. Regionen bör vara huvudman och skriva in patienter till en slutenvårdsavdelning för eftervård i avvaktan på återhämtning och planering inför utskrivning.

Alternativet till en sådan enhet inom slutenvården är en korttidsenhet enligt socialtjänstlagen (SoL) där biståndshandläggare tar beslut om korttidsvistelse.

Slutenvården uppger att de kan följa med för överlämning i hemmet eller direkt till ett vård- och omsorgsboende. Slutenvården bedömer även att de kan vara länk mellan slutenvård och öppenvård och under några dagar utbilda i hur till exempel medicintekniska produkter ska skötas för att sedan dra sig tillbaka. Även hemtagningsteamet kan bli ett naturligt steg för dessa patienter vid utskrivning.

Åtgärder för att undvika inskrivning i slutenvård

Att *utveckla samverkan* mellan parterna som vårdar och stödjer personer i ordinärt boende, mellan hälsocentralen, hemsjukvård respektive hjälp i hemmet (hemtjänst, boendestöd, personligt stöd) och personlig assistans är en åtgärd som minimerar antalet inskrivningar i slutenvård. Det bör avsättas resurser för regelbundna teamträffar respektive SIP, där de förebyggande åtgärderna runt personen är i fokus. Man behöver jobba mer förebyggande med riskbedömningar av olika slag. Idag finns onödiga inskrivningar i slutenvård på grund av förstoppning, vätskebrist o s v.

Det finns även behov av en *verksamhet som kan minimera inskrivning i slutenvård*, på samma sätt som de regionfinansierade "HSL-platserna" på kommunala Rosengården i Sandviken. Där skrivs man in av läkare och kan få stöd med förberedelser inför till exempel koloskopi, för blodtransfusion, för att utreda vissa åkommor eller för att behandla enklare sjukdomstillstånd.

Även *Mobila teamet* kan utvecklas och användas i högre utsträckning för att förebygga inskrivning i slutenvård. Det kan samordnas med ett hemtagningsteam och användas till inskrivning på olika alternativa platser. Det framförs önskemål om mer ansvar för rehabilitering och en fast läkarkontakt. Teamet bör även exempelvis jobba kl. 8 – 20 och kanske även delar under helg.

Rehabilitering som ska utföras i hemmet bör planeras tillsammans med stöd från Rehabiliteringen inom slutenvården, för att sedan lämna över till Mobila teamet eller Hemtagningsteamet.

ASIH-team (Avancerad Sjukvård I Hemmet) för kvalificerad vård i hemmet, behövs inom slutenvården. Idag finns en överenskommelse/rutin där kommunen och regionen samfinansierar och

där kommunen rekryterar personal som utbildas i vissa avancerade sjukvårdsuppgifter. Övrig avancerad sjukvård i hemmet finns det ingen lösning på i dagsläget.

Tidigare inflyttning till Våbo

En enhetschef, med lång erfarenhet av hemtjänst och vård- och omsorgsboende, framför att om äldre personer får flytta till Våbo när de själva tycker det är dags minskar behovet av slutenvård. Hemtjänstinsatser kan sällan tillgodose den trygghet som de efterfrågar när de vet att de "inte har så långt kvar", även om de inte har så omfattande behov omvårdnad och tillsyn som ger rätt till Våbo. När man nått en viss ålder, exempelvis 90 år, bör man kunna beviljas boende om man själv vill det. Idag rekommenderar biståndshandläggare 90-plussare att byta bostad (vanliga bostadsmarknaden) då den fysiska miljön inte fungerar. Med en strikt kvarboendep princip uppkommer nu akuta situationer runt äldre som kan minimeras. Idag bor man ofta kvar i sitt ordinära boende till dess det blir "katastrof" eller i samband akut sjukdom eller olycka. Enhetschefen erfar att slutenvårdsbehov bland kunder på Våbo är lägre än för de i ordinärt boende. Möjligheten att skrivas ut från slutenvården till Våbo är även enklare att genomföra.

Kostnaden för mycket hemtjänst per dygn är minst lika hög som en plats på Våbo. När det nu finns ett överskott på lägenheter inom Våbo bör man inte hålla lika hårt på kvarboendep principen. Och, en plats på Våbo kostar i princip lika mycket när den är tom, eftersom det inte går att dra ner bemanningen om det bor till exempel sju istället för åtta kunder på en avdelning.

Regionen har gjort en liknande åtgärd, de har anpassat bedömning efter ålder på sjukresor så att personer fyllda 85 år inte behöver ansöka om ledsagare utan man utgår från att många har behovet. Kommunen bör kunna göra lika.

Rättspraxis ger dessutom numera personer födda på 1920-talet med omvårdnadsbehov rätt till beslut om Våbo.

Förebyggande åtgärder

Flera parter ser behov av fler *Trygghetsboenden* som ger närhet till aktiviteter, gemenskap, måltider och personal. Syftet är att bibehålla individens resurser, förebygga och kunna fånga upp behov tidigt.

Resursplatser

Syftet med resursplatserna var att lösa boendet för kunder under större bostadsanpassningar och vid större saneringar. Nuvarande resursplatser innebär att det ordnas en bostad i akut situation.

De som idag använt resursplats (korttidsbeslut) har ibland inte ett omvårdnadsbehov, vilket inte är förenligt med socialtjänstlagen § 7. 1 punkt 3. Detta bör ordnas via individens eget ansvar eller då bostaden inte är beboelig på grund av olycka, via hemförsäkringen.

För personer med omvårdnadsbehov, som tillfälligt behöver annat boende på grund av större bostadsanpassning, behöver kunna få korttidsplats. Sådana beslut kan tillfälligt verkställas i en tom lägenhet på Våbo som möbleras upp tillfälligt av kommunen.

Psykiatri / LSS

Hälsovalskontoret och handläggare lyfter fram svårigheter vid utskrivning runt patienter med psykiatriska diagnoser och personer inom personkrets i LSS. Många av dessa personer som får somatiska och fysiska åkommor är svåra att fånga upp då benägenheten att tacka nej till insatser och att klara sig själv hemma är stor. Här behövs bättre samverkan i det förebyggande arbetet mellan parterna men även tydligt ansvar vid utskrivning från slutenvård, där ofta även psykiatrins slutenvård och/eller öppenvård är berörda.

Det saknas ibland korttidsenhet för denna målgrupp då de har en komplex eller ny somatisk sjukdomsbild och glappet mellan slutenvården och stöd i ordinärt boende blir för stort.

Det behövs tydligare spår för dessa, vilket torde bli möjligt med flera alternativa verksamheter som presenteras i denna utredning.

Referens

Omvårdnadsnämndens beslut enligt handlingar i Platina "*Omställning, från korttidsboende till
hemsjukvård, rätt insats till rätt individ*", Dnr 200N47

Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2022: Artikelnummer 2022-3-7791

Utvärdering avveckling korttidsboende, Myndighet SoL Omsorg 2021, Hanna Lindahl, Alejandra Olivares och Katarina Södergren-Pettersson

Inbjudan till intervju

Bakgrund och syfte

Välfärd Gävle, Gävle kommun genomför under september en utredning för att ta fram en nulägesbeskrivning och eventuella utvecklingsbehov efter nedläggning av korttidsenheter våren 2020. Er verksamhet bjuds nu in till gruppintervju, med andra i motsvarande roller, för att bidra med synpunkter om hur nedläggning av korttidsenheter på kommunen påverkat patienter. Beslutet att lägga ner korttidsenheterna grundades i att hemvårdsteamerna sedan start 2017 stadigt har utvecklats med möjlighet för kunder att kunna flytta direkt hem till egen bostad efter sjukhusvistelse alternativt då behov har funnits till vård- och omsorgsboende.

Frågeställningar

Svar på följande intervjufrågor kan med fördel förberedas av verksamheten:

1. Märks det skillnad i utskrivningsprocessen efter kommunens nedläggning av korttidsenheter? Hur har det i så fall påverkat vård och omsorg till patienter?
2. Har något blivit bättre i stöd till patienter efter nedläggningen, i s f vad?
3. Har något blivit sämre i stöd till patienter efter nedläggningen, i s f vad?
4. Om ni upplever brister efter nedläggningen av korttids, vilka utvecklingsbehov finns?
5. Har ni exempel på patienter som inte får sina medicinska och/eller omvårdnadsbehov tillgodosedda med nuvarande resurser, motivera varför?
Skriva gärna ner "fallbeskrivning med motivering", som lämnas in vid intervjutillfället.

Målgrupp

De som deltar i intervjuerna bör ha arbetat sedan tiden före nedläggningen år 2020.

Minst en chefsnivå och en medarbetare som arbetar i processen vid utskrivning från slutenvård och primärvård bör delta liksom representant från HVK.

Tidpunkt och plats

6/9 10.30-11.30 Teknikparken	Hälsovalskontoret
8/9 15.00-16.30, Magasinsplan 19, Intensivo	Privat primärvård
14/9 15.00-16.30, Magasinsplan 19, Milea	Offentlig primärvård
20/9 15.00-16.30, Gävle sjukhus hus 21 Ängeln	Slutenvården

Meddela vilka som deltar till mig på eva.soderhall@gavle.se senast måndag 12 sept.

PS: Har man inte möjlighet att delta i intervjun kan man mejla sina svar/synpunkter till Eva Söderhäll.

Välkomna!

// Eva Söderhäll

Inbjudan till intervju efter nedläggning av korttidsenheter

Bakgrund och syfte

Välfärd Gävle, Gävle kommun genomför under september en utredning för att ta fram en nulägesbeskrivning och eventuella utvecklingsbehov efter nedläggning av korttidsenheter våren 2020. Er verksamhet bjuds in till gruppintervju, för att bidra med synpunkter om hur nedläggning av korttidsenheterna påverkat kunder/patienter. Beslutet att lägga ner korttidsenheterna grundades i att hemvårdsteamerna sedan start 2017 stadigt utvecklats med möjlighet för kunder att kunna flytta direkt hem till egen bostad efter sjukhusvistelse alternativt då behov har funnits till vård- och omsorgsboende.

Målgrupp

De som deltar i intervjuerna bör ha arbetat sedan tiden före nedläggningen år 2020. Minst en chefsnivå från respektive verksamhet, samt minst en medarbetare som arbetar i processen vid utskrivning från slutenvård bör närvara.

Frågor

Svar på följande intervjufrågor kan med fördel förberedas:

1. Märks det skillnad i utskrivningsprocessen efter kommunens nedläggning av korttidsenheter? Hur har det i så fall påverkat vård och omsorg till kunder/patienter?
2. Hur har hemvårdsteamerna utvecklats i sin roll som hemtagningsteam?
3. Hur arbetar ni idag med samverkan och teamträffar? Följer ni gällande rutin?
4. Om ni upplever brister efter nedläggningen av korttids, vilka utvecklingsbehov finns?
5. Har ni exempel på kunder/patienter som inte får sina medicinska och/eller omvårdnadsbehov tillgodosedda med nuvarande resurser, motivera varför? Skriv gärna ner "fallbeskrivningar", som lämnas in vid intervjutillfället.

Tidpunkt och plats

Månd 7 sept kl 13-14.30 i Intensivo pl 1 på M19	Våbo /Boendesamordnare
Månd 12 sept kl 10-11.30 i Bistro plan 4 på M19	Hemsjukvård
Månd 12 sept kl 13-14.30 i Don Pedro pl 2 på M19	Hemtjänst
Månd 12 sept kl 15-16.30 -- " --	Handläggare/Planeringsteam

Vidarebefordra den möteskallelse i Outlook ni chefer fått de ni utser till intervjun, så får jag avisering av Outlook om vilka som ska närvara.

Välkomna att bidra till utredningen utifrån ert perspektiv!

// Helena B Jansson

Utredare inom Planering, analys och utvärdering