

Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre

**Kartläggning av korttidsboenden samt
utbud av primärvård och övrig vård och
omsorg**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2013-12-18
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga och analysera primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre samt att kartlägga och analysera korttidsboenden och andra kommunala vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan akutsjukvård och permanenta insatser. Utbudet av primärvård, specialiserad vård och kommunal vård- och omsorg har också kartlagts i enlighet med uppdraget.

Syftet med rapporten är att ge samlad kunskap om och en analys av primärvårdens ansvar och insatser samt korttidsboenden och andra kommunala vård- och omsorgsformer med liknande syfte, för de mest sjuka äldre. Genom denna kartläggning ges förutsättningar för att kunna förbättra innehållet i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Resultatet syftar också till att öka kunskapen och stödja huvudmännen i deras arbete med målgruppen. Andra målgrupper för rapporten är beslutsfattare, regionalt och lokalt, samt professioner.

Rapporten har tagits fram av utredarna Malin Bruce (projektledare), Åsa Borén och Ann-Catrin Johansson. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef för projektet.

Lars-Erik Holm
generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser	7
Primärvårdens ansvar och insatser	7
Korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer.....	7
Utbud av vård och omsorg i fem län	8
Uppdraget	10
Metod och genomförande.....	10
Bakgrund	13
Vilka är de mest sjuka äldre?	13
Primärvårdens ansvar	13
Primärvårdens behov av utveckling.....	13
Primärvårdens förutsättningar.....	14
Korttidsboende idag.....	15
Korttidsboende – olika utmaningar	15
Primärvårdens ansvar och insatser	17
Frågeställningar och resultat.....	17
Diskussion och slutsatser	30
Korttidsboende och andra kommunala vård- och omsorgsformer.....	37
Frågeställningar och resultat.....	37
Diskussion och slutsatser	50
Utbud av vård och omsorg i fem län	56
Resultat och diskussion	57
Referenser	67
Bilaga 1. Begrepp	71
Bilaga 2. Källhänvisning	72
Bilaga 3. Kartläggning av fem län.....	75

Sammanfattning och slutsatser

I den här rapporten presenterar Socialstyrelsen resultaten från kartläggningen och analysen av primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre, samt av korttidsboenden och andra vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan specialiserad vård och permanenta insatser som ges av kommunen. Kartläggningen har genomförts som en totalundersökning med enkäter till alla kommuner och landsting. Dessutom har verksamhetschefer intervjuats vid vårdenheter i primärvården samt enhetschefer vid korttidsboenden. Här redovisas även resultat från kartläggningen av utbudet av primärvård, specialiserad vård och kommunal vård och omsorg i fem län. Denna kartläggning har genomförts genom att samla in uppgifter från kommunernas och landstingens webbplatser samt från offentlig statistik.

Primärvårdens ansvar och insatser

Kartläggningen visar följande:

- Primärvården är och vill vara den samordningsansvariga vårdnivån för de mest sjuka äldre, men få vårdenheter har särskilda äldrevårdcentraler, äldreteam, äldresjuksköterskor eller geriatrikkonsulter enligt verksamhetscheferna. Majoriteten av landstingen anger att de ställer krav på utförarna av primärvård när det gäller vården av målgruppen.
- En tredjedel av landstingen arbetar med att identifiera de mest sjuka äldre i primärvården respektive i den specialiserade vården.
- Enligt landstingen bör primärvården prioritera att utveckla hembesök av läkare, samverka med den specialiserade vården och delta i samordnad vårdplanering med den specialiserade vården. Enligt verksamhetscheferna bör primärvården prioritera bemanning och ha fortsatt fokus på målgruppen.
- Verksamhetscheferna anser att landstingen behöver utreda om ersättningssystemen bidrar till en efterfrågestyrd snarare än behovsstyrd primärvård. De anger att fortbildning i geriatrik är viktig för personal inom primärvården men svår att realisera på grund av resurs- och tidsbrist.

Korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer

Kartläggningen visar följande:

- Antalet personer som får insatsen korttidsboende minskade med 12 procent mellan 2008 och 2012. Det är stora skillnader mellan kommunerna i andelen personer som får korttidsboende. En tredjedel av kommunerna beviljar inte insatsen korttidsboende för rehabilitering. De vanligaste orsakerna till att en person vistas på ett korttidsboende är eftervård efter en sjukhusvistelse, anhörigavlösning och i väntan på att ett beslut om permanent särskilt boende verkställs.

- Många kommuner har särskilda korttidsboendeenheter för personer med demenssjukdom. Det är också relativt vanligt med särskilda enheter för anhörigavlösning. En del äldre personer måste fortfarande dela rum och hygienutrymme, och det finns önskemål från enhetscheferna om modernare lokaler och en mer hemlik miljö.
- Socialstyrelsens kartläggning visar att korttidsboende som insats fyller en viktig funktion för de mest sjuka äldre. Enhetscheferna beskriver att korttidsboende är en verksamhet där personalen med stor flexibilitet utgår från de individuella behoven hos den enskilde, trots att besluten ofta är övergripande utan tydliga mål och beskrivna behov. Korttidsboendena kan ta emot nya brukare utanför kontorstid och de flesta kommunerna kan verkställa ett beslut om korttidsboende inom fyra dagar från det att ansökan har kommit in.
- För att få en väl fungerande korttidsverksamhet behövs enligt kommunerna kompetens hos personalen, individuella mål och platstillgång. Dessa saker nämns också som hinder i dag.

Utbud av vård och omsorg i fem län

Kartläggningen visar följande:

- Utbudet av vårdenheter i primärvården kan anses vara god men den är främst tillgänglig under dagtid vardagar.
- Majoriteten av vårdenheterna tycks sakna riktade insatser till äldre såsom äldreomsorg samt geriatrik kompetens inom primärvården.
- Allmänläkartätheten, tillgången till specialistkompetens i geriatrik och i psykiatri samt användningen av hyrläkare skiljer sig mellan länen.
- Det finns stora skillnader mellan kommunerna, särskilt när det gäller tillgången till korttidsboende och till permanent särskilt boende.

Slutsatser

Socialstyrelsen konstaterar följande:

Landstingen kan behöva utreda de mest sjuka äldres primärvårdsbehov och hur dagens primärvård motsvarar dessa behov. Socialstyrelsen vill också lyfta fram frågan om och i vilken grad landstingens befintliga ersättningssystem stimulerar det i dag. Socialstyrelsen anser vidare att primärvården behöver utveckla ett situationsorienterat arbetssätt och säkerställa en god tillgång till geriatrik kompetens. Landstingen behöver också öka

- möjligheterna att identifiera de mest sjuka äldre i den specialiserade vården och föra över informationen till primärvården som då bättre kan vara målgruppens samordningsansvariga
- primärvårdens deltagande i vårdplaneringen genom att använda fast vårdkontakt i primärvården
- andelen äldre som erbjuds hembesök av läkare och använda vårdprogram riktade till målgruppen i vården.

Vidare vill Socialstyrelsen framhålla följande:

- Kommunerna behöver planera sin tillgång till korttidsplatser och andra vård- och omsorgsformer, och därmed ha en långsiktig strategi för att underlätta kvarboende eller flytt till permanent särskilt boende.
- Tillgång till platser för eftervård i korttidsboende behöver planeras i dialog mellan landstinget och kommunerna, så att den äldre får vård och omsorg på rätt nivå.
- Socialstyrelsen bedömer att det saknas kunskap om andra insatser som kan komplettera eller ibland ersätta korttidsboende, exempelvis hemtagningsteam eller trygghetsplatser, och om var den äldre personen och dennes anhöriga tycker att behoven bäst tillgodoses.
- Kommunerna kan tillsammans med landstingen behöva utveckla individuella behovsbedömningar, planering i vårdplaner och genomförandeplaner samt uppföljning av resultat för personer med korttidsboende.
- Rehabiliteringen behöver förstärkas för målgruppen. Korttidsboende kan vara en form för detta, men då krävs ett tydligt uppdrag och ansvar för detta samt rehabiliteringskompetens hos personalen.
- Socialstyrelsen bedömer att de stora skillnaderna mellan kommunerna i utbud av primärvård, specialiserad vård och särskilt boende inte ger förutsättningar för att ge en likvärdig tillgång till vård och omsorg.
- Landstingen bör tydligare än i dag dimensionera specialisttjänsterna i allmänmedicin och geriatrik i förhållande till andra specialiteter och mot den ökande andelen äldre i befolkningen.
- Socialstyrelsen avser att beskriva och analysera hemtjänstens tillgång till primärvårdens kompetens i samband med att äldre personer behöver vård i ordinarie boende.

Uppdraget

Regeringen gav i mars 2012 Socialstyrelsen i uppdrag att dels kartlägga och analysera primärvårdens ansvar och insatser för mest sjuka äldre och dels kartlägga och analysera korttidsboenden och andra vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan akutsjukvård och permanenta insatser som ges av kommunen. Även akutsjukvårdens och geriatrikens dimensionering i förhållande till primärvården ska beaktas i uppdraget.

Uppdraget delredovisades i oktober 2012 och 2013, samt ska slutredovisas senast i december 2013 för regeringen.

Metod och genomförande

Förstudien *Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser* som rapporterades 2011 genomfördes främst genom dokumentstudier. Denna rapport innehåller ny datainsamling från kommuner och landsting för att kunna besvara frågeställningarna. Data samlades in med hjälp av enkäter till alla landsting och kommuner. Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer i primärvården och enhetschefer vid korttidsboenden. Sveriges officiella statistik (mängdstatistik) och uppgifter från kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) har använts.

Enkätstudier till landstingen och kommunerna

Under våren 2013 genomfördes en enkätstudie om landstingens arbete för de mest sjuka äldre. I studien valde 19 av 21 landsting att delta (Gävleborg och Västmanland avstod).

Alla kommuner och stadsdelar fick då också en enkät om korttidsboende och andra kommunala vård- och omsorgsformer. Totalt 258 kommuner och stadsdelar svarade, eller drygt 80 procent. Några frågor hade ett stort internt bortfall, i huvudsak de frågor där kommunerna själva skulle ta fram och beräkna uppgifter.

Intervjustudier med verksamhetschefer och enhetschefer

Två intervjustudier har genomförts med verksamhetschefer på vårdenheter i primärvården och enhetschefer på korttidsboendena i syfte att belysa frågeställningarna ur ett verksamhetsperspektiv.

Intervjustudierna gjordes som telefonintervjuer under februari till april 2013 av Governo AB, på uppdrag av Socialstyrelsen. Urvalspopulationen utgjordes av samtliga kommuner i riket (290 stycken), som delades in i tre grupper efter befolkningsstorlek (färre än 70 000 invånare, 70 000–250 000 invånare och fler än 250 000 invånare). Ur dessa grupper gjorde Socialstyrelsen ett slumpmässigt urval av totalt 25 kommuner i 13 olika län, vilket därmed är antalet landsting som är representerade i urvalet. Slutligen gjordes ett

slumpmässigt urval av korttidsboenden respektive primärvårdsverksamheter i de utvalda kommunerna.

Verksamhetschefer i mindre kommuner var något mer benägna att ställa upp på intervjuerna, vilket innebär att mindre kommuner är något överrepresenterade i undersökningen. Totalt genomfördes 18 intervjuer med enhetschefer på korttidsboenden och 16 intervjuer med verksamhetschefer på vårdenheter i primärvården. De korttidsboenden som ingick i intervjustudien hade 6–44 platser. De som hade ett mindre antal platser låg ofta i samma fastighet eller i nära anslutning till ett permanent särskilt boende.

Kartläggning – utbud av vård och omsorg

Den tredje delen i uppdraget gäller utbud av primärvård, specialiserad vård och kommunal vård och omsorg, vilket redovisas som en beskrivning av fem läns utbud av vård och omsorg för personer 65 år och äldre. De fem länen är: Västerbotten, Gävleborg, Stockholm, Jönköping samt Skåne. Urvalet ger inte en heltäckande nationell bild utan ska ses som fem exempel på utbudet av primärvård, specialiserad vård och kommunala vård- och omsorgsformer, både lokalt och regionalt. I arbetet användes styrdokument från huvudmännen såsom förfrågningsunderlag för vårdvalet i primärvården, årsredovisningar, handlingsplaner samt avtal om läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården. Andra relevanta källor var landstingens och kommunernas webbplatser samt Kolada. Dessa källor har undersökts och uppgifterna har kartlagts utifrån ett urval variabler, se bilaga 2. Uppgifterna gäller för den äldre befolkningen, 65 år och äldre, eftersom uppgifter för de mest sjuka äldre inte var möjliga att ta fram för samtliga variabler. Därför beskriver den länsvisa bilden och resultatet hur situationen ser ut för en större målgrupp, alla äldre över 65 år, och inte endast för de mest sjuka äldre.

Övriga aktiviteter

Under 2012 arbetade Socialstyrelsen med pilotlänet Gävleborg för att ta fram en enkät samt en intervjuguide till både kommuner och landsting. Vidare gjorde myndigheten studiebesök och hade underhandskontakter med kommuner och landsting under både 2012 och 2013. Socialstyrelsen har också haft referensgrupper med utredare och sakkunniga med erfarenheter och kunskap om primärvård, geriatrik, hälso- och sjukvård i stort, kommunala särskilda boendeformer och kommunal äldreomsorg i stort.

Tolkning och avgränsningar av uppdraget

Socialstyrelsen har tolkat begreppet akutsjukvård i uppdraget som specialiserad vård och begreppet dimensionering som utbud.

Uppdraget har avgränsats till att i huvudsak kartlägga den landstingsfinansierade primärvården och har endast berört den kommunala primärvården med läkarinsatserna vid särskilda boenden. Den vård som ges på primärvårdsnivå av hemsjukvården och på delegering i hemtjänsten har inte kartlagts i denna studie. Korttidsboende har främst kartlagts med utgångspunkt i den verksamhet som beslutas enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453).

Kartläggningen har haft ett verksamhetsfokus för att besvara frågeställningarna och resultaten speglar därför huvudmännens och verksamhetschefernas respektive enhetschefernas perspektiv. Andra professioner, de äldre eller deras anhöriga har därför inte tillfrågats inom ramen för uppdraget.

Läsanvisning

I denna rapport redovisas uppdraget uppdelat på olika delar. Inledningsvis redovisas en bakgrund till området, sedan följer primärvårdens ansvar och insatser, korttidsboende och andra kommunala vård- och omsorgsformer, och avslutningsvis redovisas utbudet av vård och omsorg i fem län. I varje kapitel behandlas resultat och en diskussion ingår. Referenserna finns redovisade på en samlad plats i slutet av rapporten, sorterade under rubriken för varje kapitel. Definitioner och begrepp finns i bilaga 1. I bilaga 2 finns källhänvisning till använda variabler i delen om utbud av vård och omsorg.

Bakgrund

Vilka är de mest sjuka äldre?

Sedan 2010 pågår regeringens satsning för att förbättra vården och omsorgen som gäller de mest sjuka äldre [1]. Socialstyrelsen fick i uppdrag hösten 2011 att avgränsa gruppen utifrån register. I myndighetens avgränsning beskrivs gruppen på detta sätt; ”mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom” [2]. Totalt omfattar gruppen cirka 300 000 personer som är 65 år eller äldre.

Primärvårdens ansvar

Fler i gruppen mest sjuka äldre vårdas i det egna hemmet jämfört med tidigare. Detta är resultatet av en stegvis förändring under lång tid mot kortare vårdtider i slutenvården, mer öppen specialiserad vård och bättre avancerad hemsjukvård, samt av den medicinska och den medicintekniska utvecklingen. Personer med svåra sjukdomstillstånd kan vårdas i hemmiljön med insatser från primärvården och från hemsjukvården. Samtidigt minskar antalet slutenvårdsplatser och platser i särskilda boendeformer [3]. Tillsammans gör detta att primärvården och den kommunala vården och omsorgen har fått en annan roll i hälso- och sjukvården och ett allt större ansvar för vården av de mest sjuka äldre. Det är därför nödvändigt att huvudmännen samverkar om de sjuka äldre för att kunna ge dem en god vård och omsorg som är sammanhållen. Sammantaget finns en förväntan på att primärvården som vårdnivå ska ta huvudansvaret och fungera som koordinator i vården och omsorgen av målgruppen.

Primärvårdens behov av utveckling

Sedan några år tillbaka arbetar kommuner och landsting intensivt med gemensamma överenskommelser och utvecklingsprojekt med syftet att förbättra och utveckla vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Arbetet är både egeninitierat av huvudmännen och initierat av regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), och i det arbetet finns det också kritik mot primärvårdens passiva roll när det gäller att delta i allt från samverkansprojekt till samordnad vårdplanering kring personer i målgruppen. De mest sjuka äldre blir allt fler och deras vårdkonsumtion är hög samtidigt som vården är fragmenterad och ojämlik [4]. Gruppen riskerar att inte få företräde eller rätt behandling, trots stora hälso- och sjukvårdsbehov. Den etiska plattformen i proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården betonar att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd kostar mer. För de mest sjuka äldre är det viktigt att primärvården kan ge en god vård som är utformad med hjälp

av tydliga styrdokument, riktlinjer, rutiner, och arbetssätt samt bygger på tillgänglighet.

En god tillgång på grundutbildad personal borde förbättra möjligheterna att rekrytera läkare även till specialisttjänstgöringen [5]. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar huvudmännen för att utbilda specialistläkare i sådan utsträckning att det motsvarar den framtida efterfrågan.

Primärvårdens förutsättningar

I Socialstyrelsens förstudie till denna rapport identifierades olika förutsättningar för primärvården att bidra till en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. För att kunna ta ansvar för målgruppen måste man känna till dem och ha ett system för att identifiera personerna. De äldre som blivit inskrivna i den kommunala hemsjukvården är redan identifierade och kända av primärvården. Däremot är det svårare för primärvården att identifiera de mest sjuka äldre i ordinärt boende som besöker den öppna specialiserade vården och inte är inskrivna i den kommunala hemsjukvården. En annan förutsättning är att det finns en fast vårdkontakt, som bör kunna hjälpa patienten att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen samt förmedla kontakter med andra personer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten [6]. Särskilt äldre personer med insatser från flera olika vårdgivare och professioner behöver stöd i att samordna sina insatser [7]. En tredje förutsättning är tid i samband med läkarbesök på vårdenhet. Konsultationstiden eller besökstiden i ett patient- och läkarmöte är en komplex fråga och vilken tid som avsätts kan ha olika strukturella orsaker eller bero på olika arbetssätt [8]. När det gäller hembesök av läkare har Socialstyrelsen tidigare beskrivit den s.k. tröskelprincip som finns, och som innebär att äldre patienter troligen inte får hembesök av läkare om de anses kunna ta sig till vårdenheten och inte är inskrivna i hemsjukvården [9]. Läkarförbundet har gjort en intervjustudie med läkare i primärvården och den visar att läkarna inte kunde se några större skillnader i sjukdomar, problem och behov mellan de äldre patienter som var inskrivna i hemsjukvården och de som inte var det [10]. Vidare kan det finnas ett behov av och ett värde i att göra hembesök, men det blir ändå inte av på grund av tidsbrist. Få utförda hembesök av läkare kan leda till att de äldre drivs till akuten av otrygghet och oro [10].

Ytterligare en annan förutsättning är ersättningssystemen i primärvården. I allt fler system kompletteras den fasta ersättningen till vårdgivare med en rörlig ersättning som är baserad på mängden besök, resultaten eller målfyllnelsen [11]. Olika modeller utvecklas för att påverka produktiviteten, kvaliteten och ytterst effekterna av hälso- och sjukvårdens insatser. Modellerna kan också kopplas till vissa sjukdomsgrupper, vårdtyngd, olika vårdflöden eller service och medicinsk resultat kvalitet [12]. Valet av ersättningsmodell har kritiserats för att det kan bli mer lönsamt för en vårdenhet att premiera korta besök om besöksersättningen är stor relativt den fasta ersättningen [9,13,14]. Ersättningen kan nämligen vara densamma för ett kort och ett långt läkarbesök, vilket kan missgynna personer med kroniska sjukdomar

och äldre personer med sammansatta vårdbehov, eftersom de ofta behöver längre läkarbesök.

Korttidsboende idag

Korttidsboende är en kommunal insats som ska ta hand om tillfälliga vård- och omsorgsbehov hos äldre personer. Sedan Ädelreformen genomfördes 1992 har korttidsboende varit en biståndsbedömd insats som äldre personer med behov av vård och omsorg kan ansöka om hos socialtjänsten [15]. I regeringens proposition inför reformen framhölls att kommunerna måste få ta över ansvaret för såväl permanent boende som tillfälligt stöd i en särskild boendeform. Det tillfälliga stödet, korttidsboendet, skulle ha resurser för att ge växelvård, avlastning för närstående och rehabilitering. Varken skyldigheterna eller ansvaret gällande korttidsboende har förändrats sedan Ädelreformen infördes.

I kommunerna minskade antalet personer som bor permanent i särskilda boendeformer, från 97 500 år 2007 till drygt 90 500 personer år 2012 [3]. Denna utveckling innebär bl.a. att många fortfarande behöver vård och omsorg i sitt ordinära boende eller på ett korttidsboende när de skrivs ut från sjukhuset.

Korttidsboendet har i dag många olika funktioner och ett mycket varierat innehåll. Det används för att uppfylla en mängd behov, både organisatoriska och individuella. Det kan bl.a. vara anhörigavlösning, palliativ vård, rehabilitering, eftervård efter sjukhusvistelse, boende i väntan på verkställande av permanent särskilt boende eller väntan på bostadsanpassning. Insatsen korttidsboende bedrivs också i flera olika organisatoriska former, bl.a. som särskilda separata enheter, delar av ett särskilt boende och insprängda platser i permanent särskilt boende, eller så kan kommunen köpa platser av andra kommuner.

Det är kommunen som ansvarar för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå på korttidsboendet enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Kommunen har ett ansvar som är likställt med landstingets när det gäller primärvård (inklusive rehabilitering). Läkarinsatserna är dock landstingets ansvar. År 2007 infördes en ny bestämmelse i HSL (26 d §) som bl.a. anger att landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden och i dagverksamhet samt i ordinärt boende i de kommuner som ansvarar för denna vård. Läkarmedverkan och tiden för besök på äldreboenden varierar mycket mellan olika län och inom länen [16].

Korttidsboende – olika utmaningar

Socialstyrelsen konstaterade i förstudien till den här rapporten att de huvudsakliga problemen med korttidsboende var att äldre personer med olika tillstånd blandas i samma verksamhet. Det finns också brister i planeringen, genomförandet och uppföljningen av de beviljade insatserna [10]. Andra studier har visat på brister i boendemiljö och de aktiviteter som erbjuds

[17,18]. Kritik har också riktats mot att korttidsboenden inte har kunnat användas vid akuta behov och att de har varit stängda under kvällar och helger [19].

Det finns begränsad information på nationell nivå som beskriver insatsen korttidsboende och dess innehåll, vistelsetider och resultat för den äldre efter en vistelse. De få studier som finns beskriver att korttidsboende många gånger fungerar som ett slags vänthall där personen vistas i avvaktan på att något ska hända i någon annan del av systemet [19]. Det finns de som uppfattar korttidsboende som ett slags "kommunal akutsjukvård" eftersom de som kommer dit ofta har stora vårdbehov. Det har även kommit upp att det är en svårstyrd verksamhet eftersom den inte alltid kan användas för rätt syfte [20]. En aktuell rapport från Äldrecentrum, *Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll*, visar dock på flera positiva effekter för de personer som fått korttidsplats jämfört med dem som inte fick det [17].

Att bli beviljad insatsen korttidsboende är inte alltid okomplicerat. I en studie från Äldrecentrum, *Biståndshandläggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov*, framkommer den komplexa och mångfasetterade roll som handläggarna har [21]. De är förutom socialarbetare även administratörer, informatörer och grindvakter – med uppgift att vakta pengar. Grindvaktssituationen gör det svårt att fatta de beslut som behövs enligt en individuell behovsbedömning. Hur korttidsboende "marknadsförs" av kommunen påverkar säkerligen hur många som ansöker om insatsen [17]. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin senaste tillsynsrapport pekat på att rättssäkerheten ibland åtsidosatts eftersom kommunen inte har informerat om den äldres rätt att ansöka om olika insatser [22].

Primärvårdens ansvar och insatser

I följande kapitel redovisas hur landstingen som beställare ser på primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre samt hur utförare av den landstingsfinansierade primärvården gör det. Underlaget bygger dels på enkätsvar från landstingen, dels på intervjusvar från verksamhetschefer i primärvården.

Frågeställningar och resultat

Frågeställningarna för den här delen av kartläggningen har varit:

- Hur arbetar landstingen strategiskt med de mest sjuka äldre?
- Hur har landstingen och vårdenheter organiserat sig för att möta målgruppens behov?
- Hur följer landstingen upp primärvården?
- Hur fungerar primärvårdens samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer?
- Vilken tillgång till geriatrisk kompetens finns?
- Vilka utvecklingsområden finns för primärvården?

Resultaten redovisas i samma följd som frågeställningarna ovan. Sist i detta kapitel följer en diskussion med slutsatser.

Landstingens strategier för att arbeta med de mest sjuka äldre

De mest sjuka äldre i styrdokument

Hos 16 av de 19 svarande landstingen finns de mest sjuka äldre beskrivna i landstingets verksamhetsplaner för hälso- och sjukvård. I de övriga landstingen beskrivs de inte specifikt som en målgrupp, utan omfattas av primärvårdens generella ansvar för hela befolkningen. Hos 15 landsting finns särskilda krav för målgruppen formulerade i förfrågningsunderlaget till utförare av primärvård. Arbetssättet ”Leon-principen” (lägsta effektiva omhändertagandenivå) används av 16 landsting för att målgruppen ska få vård på rätt nivå.

I intervjuerna med verksamhetscheferna framkommer en samsyn om att primärvården har ett stort ansvar för de mest sjuka äldre och ska vara den samordnande vårdinstansen. Det är ovanligt att ha någon särskild organisation eller specialistkompetens för de mest sjuka äldre. Många är nöjda med landstingens styrdokument som rör målgruppen och de flesta upplever att ansvaret är tydligt beskrivet i de styrande landstingsdokumenten. Som exempel nämns läkarinsatser inom särskilt boende och satsningar på läkemedelsgenomgångar.

Några verksamhetschefer menar dock att det finns otydligheter och att exempelvis multisjuka äldre inte uttalat prioriteras. Samtidigt säger de flesta av dem att detta inte försvårar deras arbete och att ansvaret för de mest sjuka äldre inte behöver förtydligas. Ett par lyfter dock fram att landstingen i sin roll som beställare behöver tydliggöra primärvårdens ansvar för målgruppen, t.ex. genom att specificera resursanvändningen i avtal och arbeta med kvalitetshandböcker. Samtliga verksamhetschefer understryker det stora samordningsansvar som de har för målgruppen. Primärvården beskrivs som första linjens sjukvård för de mest sjuka äldre och utgör den del i vårdkedjan som har det huvudsakliga samordningsansvaret för denna målgrupp.

Strategi för att identifiera de mest sjuka äldre

Landstingen fick i enkäten ange hur de arbetar strategiskt för att identifiera de mest sjuka äldre inom primärvården respektive den specialiserade vården. Resultaten redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Identifiering av mest sjuka äldre i hälso- och sjukvården

Insatser	Primärvård			Specialiserad vård		
	Ja	Nej	Ej svar**	Ja	Nej	Ej svar**
Vårdadministrativa system	7	9	3	7	9	3
Anteckning eller markering i journal	3	13	3	2	14	3
Bedömningsinstrument	0	16	3	6	10	3
Särskilda arbetsrutiner*	5	11	3	5	11	3
Annat	5	11	3	4	12	3

n=19 landsting (2 landsting valde att inte delta i studien)

Källa: landstingsenkät

*Identifiering av målgrupp vid patientmöte, telefonkontakt eller provtagning

**Tre landsting har inte besvarat frågan

Inom primärvården och den specialiserade vården används främst vårdadministrativa system för att identifiera de mest sjuka äldre, och fem landsting använder sådana system i både primärvården och den specialiserade vården (redovisas inte i tabellen). I primärvården är det näst vanligaste att ha en särskild arbetsrutin som innebär att identifiera målgruppen vid exempelvis patientmöten, telefonkontakter eller provtagningar. I den specialiserade vården identifieras målgruppen även med hjälp av bedömningsinstrument. I några landsting görs anteckningar eller markeringar i journalen, både i primärvården och i den specialiserade vården.

Under det öppna svarsalternativet beskrevs att identifiering sker tack vare en samordnad individuell plan för äldre patienter och genom riktade projekt till målgruppen, såsom "Trygg hemgång" och "Webbkollen" (SKL-initierade projekt). Webbkollen är ett webbaserat verktyg som gör det lättare att följa upp oplanerade återinskrivningar och som visar vilket stöd patienten behöver för att känna trygghet hemma. En del använder också en checklista för identifikation både inom primärvården och inom den specialiserade vården. Inter-

vjuerna med verksamhetschefer visade att ett fåtal använder sig av de vård-administrativa systemen för att identifiera de mest sjuka äldre, eller någon annan form av screening. Många verksamhetschefer upplever ändå att de i praktiken har ganska bra kontroll över målgruppen och att ett nära samarbete med kommunerna är en viktig framgångsfaktor för att identifiera de mest sjuka äldre. Primärvården anser sig ha kontroll över de äldre som har kommunala insatser, exempelvis de som är inskrivna i hemsjukvården och de som bor i ett särskilt boende. Däremot kan de som inte har kommunala insatser vara svåra att identifiera.

En av vårdenheter bedriver ett samverkansprojekt för att identifiera de inte tidigare kända mångbesökarna, både på vårdenheten och vid akutmot-tagningen vid ett närliggande sjukhus. Där kan också patienter som tillhör de mest sjuka äldre identifieras. På mindre orter kan det sociala nätverket eller andra samhällsfunktioner höra av sig till vårdenheten när det finns en oro för att en äldre person inte verkar må bra eller för att det inte längre fungerar hemma.

Utredning av behov ur ett patientperspektiv

Tretton landsting har utrett målgruppens hälso- och sjukvårdsbehov under de senaste två åren och inom följande områden: strategier för äldre med stora sammansatta vårdbehov, behov hos personer som är amputerade, trygg hemgång, webbkollen, återinläggningar och vårdkonsumtion. Detta har också utretts i behovsanalyser inför formulering av hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Informationsinsatser riktade till de mest sjuka äldre

Fjorton landsting har tagit fram informationsmaterial till målgruppen och till deras anhöriga och närstående. Informationen kan handla om demens, fall-prevention, medverkan i kvalitetsregister, vårdplanering, risk för trycksår, undernäring, läkemedel och egenvård samt vara riktad till anhöriga som vårdar. Informationen har lämnats i form av nyhetsbrev och broschyrer och ibland med fallbeskrivningar. Ett landsting har gjort en film som riktar sig till de mest sjuka äldre.

Organisering av vård i primärvård och specialiserad vård

Det varierar hur landstingen har organiserat insatser inom hälso- och sjukvården för patienter ur målgruppen samt vilka insatser man erbjuder inom respektive vårdnivå. Resultatet redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Landstingens organisation av insatser för mest sjuka äldre

Funktioner, arbetssätt och arbetsrutiner inom primärvård respektive specialiserad vård för insatser till målgruppen.

Insatser	Primärvård		Specialiserad vård	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Vårdsamordnare eller motsvarande	5	14	9	6
Fast vårdkontakt	16	3	7	12
Kontaktsjuksköterska	7	12	8	11
Mobil läkare	7	12	4	15
Snabbspår på mottagning för målgruppen	1	18	7	12
Direktinskrivning	1	18	14	5
Geriatrisk verksamhet*	0	19	16	3
Demensteam	13	6	13	6
Äldreteam	6	13	4	15
Dygnetruntöppen mottagning	1	18	3	16
Vårdprogram eller liknande för målgruppen	7	12	7	12
Annat	1	18	3	16
n = 19 landsting (2 landsting valde att inte delta i studien)				

Källa: landstingsenkät

*Geriatrisk mottagning eller geriatrisk vårdavdelning

Inom primärvården används främst fast vårdkontakt som insats för de mest sjuka äldre, och de flesta landsting uppger även att det finns demensteam i primärvården. Enligt enkätsvaren finns dock ingen geriatrisk verksamhet eller mottagning i primärvården, utan i stället främst i den specialiserade vården vid geriatriska mottagningar och vårdavdelningar. De flesta landsting uppger att patienter kan direktinskrivas till vårdavdelningar och att det finns demensteam både i primärvården och i den specialiserade vården. Andra insatser inom primärvård gäller kontaktsjuksköterska, äldreteam, mobil läkare samt vårdprogram för målgruppen. I den specialiserade vården finns vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska, fast vårdkontakt, snabbspår på mottagning och vårdprogram i vården av de sjuka äldre. Fem landsting använder särskilda vårdprogram i både primärvården och i den specialiserade vården (redovisas inte i tabellen).

Flera landsting beskriver andra sätt att organisera vården för målgruppen. Ett landsting skriver att de mest sjuka äldre ingår som en målgrupp för den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH). Andra exempel är att landstingen testat samordnare, fasta vårdkontakter, mobila läkare i de palliativa teamen som också finns tillgänglig för de mest sjuka äldre, ett äldrepsykiatriskt team, direktinskrivningar och ett utökat samarbete med ambulansen. Ett landsting beskriver fördelen med att ha en specialist i allmänmedicin i fronten på akutmottagningen, vilket innebär att personer ur målgruppen får ett säkert och effektivt omhändertagande. Ett annat landsting beskriver hur äldre mångbesökare på akutmottagningen identifieras och remitteras till sina vårdenheter för eventuellt ställningstagande om en samordnad individuell vårdplanering.

Vårdenheternas organisering av insatser

Intervjuerna med verksamhetschefer visar att det råder en varierad uppfattning kring nyttan med en särskild organisation för de mest sjuka äldre i primärvården och vilka insatser som erbjuds.

Det finns olika modeller för hur vårdenheterna har valt att organisera sitt arbete med de mest sjuka äldre. Vissa har läkare som är specialiserade på de äldre patienterna och som också genomför besöken på de särskilda boendena. Ibland är det bara vissa läkare på vårdenheterna som har ansvar för hemsjukvården. En verksamhetschef beskriver hur de har byggt upp en hemsjukvårdsavdelning som inledningsvis endast var bemannad med distriktssköterskor, men nu finns även en läkare eftersom patienterna har blivit mer vårdkrävande. Många försöker anpassa arbetet så att patienterna ska ha en fast vårdkontakt, vilket de anser är viktigt för målgruppen. Detta kan dock vara svårt att få till i praktiken på grund av tids- och resursbrist. Många framhåller det som en styrka att alla husläkare arbetar med målgruppen.

Den generella bilden är att relativt få vårdenheter har en särskild organisation för de mest sjuka äldre, såsom äldreteam, äldremottagning eller någon form av geriatrisk verksamhet.

Några vårdenheter har en demenssjuksköterska eller distriktssköterskor som arbetar primärt med målgruppen. Några få vårdenheter har knutit till sig geriatrisk kompetens och det framkommer att läkarna vill ha en utökad geriatrisk kompetens. Verksamhetscheferna som har geriatriker knutna till sina vårdenheter uppger också att det är en styrka och en av dem uttrycker det så här:

En allmänmedicinare räcker långt men om man är specialist på äldres sjukdomar så är jag övertygad om att vi kan jobba ännu mer förebyggande. Att jobba på rätt läkemedel, att få den hjälp man behöver, men inte tas ifrån det man faktiskt klarar. Geriatrikern är också en viktig kunskapsbärare för oss andra på vårdcentralen. Vi har fått en tydligare kunskapsbärare genom geriatrikern.

Verksamhetscheferna upplever att det är efterfrågan snarare än behoven som styr vården, vilket gör det till en utmaning att kunna erbjuda särskilda insatser till målgruppen. Bristande resurser ses generellt som ett hinder och som

exempel nämns att det är svårt att få tiden att räcka till ett hembesök. Vissa resonerar kring att det ibland kan vara svårt att fånga de personer i målgruppen som inte kommer spontant. Verksamhetschefer beskriver att det är en ”tyst grupp” som inte hörs så mycket eller ställer så höga krav. Gruppen kan lätt bli utkonkurrerad av andra mer efterfrågestarka grupper.

De mest sjuka äldre erbjuds olika insatser, exempelvis läkemedelsgenomgångar, hälsosamtal, tätare återbesök, fast vårdkontakt, hembesök av läkare och samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från slutenvården. Det framkommer tydligt att vårdenheterna särskilt värderar arbetet med läkemedelsgenomgångar. Samtliga uppger att detta är av stor betydelse och flera pekar på att läkemedelsgenomgångar tydligt prioriteras av landstinget. Vissa menar dock att det kan vara svårt att leva upp till ambitionerna eftersom de har svårt att hinna med läkemedelsgenomgångar.

Även hälsosamtal för 75-åringar är en relativt vanligt förekommande insats riktad till äldre. Några verksamhetschefer ifrågasätter dock vikten av hälsosamtal och vill hellre ha hälsosamtal med yngre målgrupper (55–60 år) för att patienterna ska hinna lägga om vissa livsvanor. Några andra menar att många 75-åringar är mycket pigga och inte utgör en relevant målgrupp för hälsosamtal. När det gäller tätare återbesök är det flera av cheferna som pekar på att återbesök görs efter behov och få förefaller ha en tydlig inriktning på tätare återbesök.

Några verksamhetschefer understryker att man strävar efter att ha en kontinuitet vad gäller läkarmedverkan i vården om de mest sjuka äldre. Hälften av verksamhetscheferna uppger att de erbjuder en fast vårdkontakt, men flera menar att man inte riktigt förmår erbjuda detta fullt ut och en chef uttrycker sig så här:

Målsättningen är att alla patienter ska ha en fast vårdkontakt. Vi är inte i hamn där än. Men vi prioriterar fast vårdkontakt för de mest sjuka äldre. Det behöver inte vara en läkare, det kan också vara en distriktssköterska eller en äldresjuksköterska.

De flesta vårdenheter deltar regelbundet i samordnade vårdplaneringar och flera använder interna it-system för att kommunicera med vårdgrannar. Vid några vårdenheter uppger man dock att man sällan eller aldrig deltar i samordnad vårdplanering. En vårdenhet beskriver att det finns en särskild sjuksköterska på sjukhuset som primärvårdsenheterna har anställt gemensamt för att underlätta vårdplaneringen. En verksamhetschef beskriver att deltagandet vid vårdplanering i den specialiserade vården är ett utvecklingsområde:

Vi har börjat diskutera om vi kan göra vårdplaneringar över videokonferens. Tanken är då att vår äldresköterska och geriatriker skulle kunna vara med. Spännande om det skulle gå att genomföra. Då skulle vi kunna vara mer aktiva. Nu är vi mer av mottagare. Det är ett utvecklingsområde – vårdplanering via videokonferens. Alla aktörer är intresserade och vill prova.

Vårdenheterna genomför hembesök i olika utsträckning. Många vittnar om att det är svårt att hinna med sådana besök, för avstånden är ibland långa och resurserna begränsade. Hembesök görs då primärt till patienter som inte kan ta sig till vårdenheten. Det är dock många som vill göra fler hembesök och en chef uttrycker följande:

Ibland kanske patienter skickas lite onödigt emellan primärvård och specialistvård. Vi kanske skulle kunna ge mer vård hemma. Vi kanske borde gå på ett hembesök och se vad vi kan göra hemma innan någon skickas till sjukhus. Vårdkedjan kan bli bättre.

Hur insatserna matchar målgruppens behov

Verksamhetscheferna konstaterar att vårdbehoven är näst intill oändliga för de mest sjuka äldre och man ser stora och ökande behov som man inte riktigt förmår möta. Många av verksamhetscheferna skulle vilja göra fler insatser för målgruppen och anser att insatserna inte fullt ut svarar mot behoven. En verksamhetschef beskriver det så här:

Vi har gått från behovsstyrd vård till efterfrågestyrd vård. Kommer att leda till att kroniker kommer att skjutas undan. Viktigt att på olika sätt arbeta för att detta inte sker.

Några verksamhetschefer upplever att man klarar behoven i målgruppen på ett bra sätt och några andra konstaterar att situationen ändå är förhållandevis bra även om det finns förbättringsområden. Verksamhetscheferna pekar på flera hinder i arbetet med att ge insatser till de mest sjuka äldre och ungefär hälften anser att resurser generellt är ett problem, med både tidsbrist och läkarbrist. Enligt vissa verksamhetschefer är det mycket viktigt med kontinuitet i läkarkontakten.

Ett par chefer upplever utmaningar som är kopplade till kompetensförsörjningen, och det handlar både om läkarbemanningen då det är svårt att få läkare till vissa vårdenheter och om att kraven på sjuksköterskekompetensen generellt behöver höjas. Mer och mer krävande uppgifter läggs på sjuksköterskor och även undersköterskor, varför det är angeläget att kontinuerligt arbeta med kompetenshöjning.

De flesta verksamhetschefer uppger att de inte har något vårdprogram eller liknande för vården av de mest sjuka äldre. Samtidigt finns det vårdprogram för särskilda diagnoser och situationer som gäller bredare grupper, exempelvis palliativ vård och demenssjukdom. Några tror att ett särskilt vårdprogram för de mest sjuka äldre skulle kunna vara bra, medan andra anser att vårdprogram ska vara riktade mot tydliga diagnoser och inte generella målgrupper.

Resurser och ersättningssystem i primärvården

Primärvården kan få särskild ersättning för vissa insatser riktade till målgruppen mest sjuka äldre. Tabell 3 visar vilka insatser som landstingen i dag ger sådan ersättning för.

Tabell 3. Insatser i primärvården riktade till målgruppen som ger särskild ersättning

Insatser	Primärvård		
	Ja	Nej	Ej svar*
Läkemedelsgenomgångar	13	3	3
Registrering i kvalitetsregister	12	4	3
Undvikbar slutenvård	3	13	3
Minskning av återinläggningar inom 30 dagar	0	16	3
Hembesök av läkare	10	6	3
Demensutredningar	8	8	3
Läkarkontinuitet	5	11	3
Samordnad individuell vårdplanering i samband med utskrivning	0	16	3
Samordnad individuell vårdplanering i hemmet	3	13	3
Samverkan med andra vård och omsorgsaktörer	3	13	3
Annat	6	10	3

n = 19 landsting (2 landsting valde att inte delta i studien)

Källa: landstingsenkät

*Tre landsting har inte besvarat frågan

De insatser i primärvården som flest landsting får ersättning för är läkemedelsgenomgångar och registreringar i kvalitetsregister. I ungefär hälften av de svarande landstingen ges även ersättning när läkare gör hembesök samt för demensutredningar. Läkarkontinuitet ger ersättning i fem landsting och några ger ersättning för undvikbar slutenvård och för samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer. Samordnad individuell vårdplanering i samband med utskrivning ger inte särskild ersättning i något landsting, men om den sker i hemmet ger tre landsting ersättning. Inget landsting ger heller ersättning för att minska återinläggningarna inom 30 dagar.

Landstingen beskriver även andra insatser till de mest sjuka äldre som ger särskild ersättning. Ett landsting har läkemedelsmål via kvalitetsindikatorer för läkemedelsförskrivning. I fyra landsting får primärvården ta del av den särskilda ersättningen som landstinget i stort får genom att leva upp till de nationella målen för minskade återinläggningar och undvikbar slutenvård, i enlighet med överenskommelsen inom äldreområdet 2013. Ett landsting beskriver en särskild ersättning till primärvården för att de ökar sin andel direktinläggningar, minskar förskrivningen av olämpliga läkemedel, minskar antalet besök på akutmottagningen som inte leder till inläggning samt har en strukturerad samverkan med kommunen och de närliggande sjukhusen. Ett landsting ger särskild ersättning för läkarinsatser i särskilt boende.

Vissa verksamhetschefer beskriver ersättningssystemen som en utmaning, och ersättningsmodeller där man styr mot besöksprestationsersättning upplevs ske på bekostnad av de multisjuka äldre.

Några verksamhetschefer pekar på att tillfälliga satsningar och styrsignaler som varierar från år till år riskerar att leda till en ryckighet. Det behövs fokus på målgruppen men riktade pengar kan bli fel. Kontinuiteten är dessutom viktig i vården av målgruppen. Av de insatser som prioriteras under 2013 och som ger särskild ersättning lyfts läkemedelsgenomgångar fram av flera chefer som något positivt.

Hur följer landstingen upp primärvården?

Tretton landsting har under de senaste två åren utrett kvaliteten på vården för de mest sjuka äldre ur ett verksamhetsperspektiv. Exempel på områden i vården som har utvärderats är: strategier för äldre med stora och sammansatta vårdbehov, stroke, journalgranskning för patientgruppen, hembesök av läkare, analys av återinläggningar inom 30 dagar och andra delar som ingår i överenskommelsen om de mest sjuka äldre för 2013, landstingsgemensam utveckling av ersättningssystem samt läkarinsatser i särskilt boende. Flera landsting nämner också SKL:s uppföljning av kvaliteten i vården till de mest sjuka äldre som SKL gjorde år 2011.

Sexton landsting har särskilda kvalitetsmått för att följa upp målgruppen i primärvården. Exempel på kvalitetsmått som beskrivs är läkemedelsgenomgångar, njurfunktion, hälsosamtal för 75-åringar, läkarmedverkan vid särskilt boende, brytpunktssamtal i särskilt boende och i hemsjukvård, antal äldre som använder olämpliga läkemedel, deltagande i SweDem och Senior Alert, antal registreringar i Palliativregistret och Rikssår samt de övriga läkemedelsindikatorerna som är relevanta för 2013 års överenskommelse. Andra kvalitetsmått som nämns är hembesök av läkare i ordinärt boende, funktionen samordningssjuksköterska och antalet samordnade individuella planer. Ett mått handlar dessutom om att 50 procent av patienterna med demenssjukdom ska ha en diagnos. Ytterligare kvalitetsmått är att personalen deltar i utbildningar angående målgruppen vid exempelvis demensdagar, uppföljning inom 72 timmar efter utskrivning, läkarkontinuitet och fast vårdkontakt. Femton landsting följer årligen upp kvalitetsmåten för primärvård.

Samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer

För att kunna ge särskilda insatser till målgruppen behövs ett väl fungerande samarbete med kommunen, och många verksamhetschefer understryker vikten av goda kontakter samt både formella och informella täta kontakter med kommunen och hemsjukvården. Majoriteten av verksamhetscheferna beskriver en väl fungerande samverkan med kommunerna.

Någon enstaka verksamhetschef uttrycker dock svårigheter när det finns många utförare inom hemtjänsten eftersom det kan vara svårt att få kontinuitet i samverkan. Det finns också hinder i samverkan mellan primärvård och kommunen och då handlar det om att båda parter har förväntningar som inte alltid infrias.

Många verksamhetschefer pekar på ständiga kontakter mellan personalgrupperna på vårdnheten respektive i kommunen, både informella och formella. De löpande kontakterna är viktiga och inte sällan dagliga, och många framhåller betydelsen av en tät kontakt där man har utvecklat ett ömsesidigt

förtroende som karaktäriseras av prestigelöshet. Ofta finns någon form av regelbundna möten mellan ledningarna i organisationerna. En vårdenhet har ett visst ansvar för hemsjukvårdens fortbildning.

Synen på samverkan med den specialiserade vården varierar mer – vissa är mycket nöjda och andra är missnöjda. Missnöje kan bero på brister i kommunikationen runt enskilda patienter. Flera chefer pekar dock på en god samverkan där man har etablerade relationer med kollegorna inom den specialiserade vården samt en god och kontinuerlig dialog. Vårdenheten får stöd från den specialiserade vården såväl i patientnära ärenden som i utbildning inom vissa specifika områden.

Utmaningarna för primärvårdens samverkan med den specialiserade vården gäller exempelvis olika former av kommunikationsproblem. Det handlar om fall då läkare inom slutenvården inte fullt ut tar del av existerande data om patienten, även om de har tillgång till journalanteckningar, och detta kan leda till onödiga prover och felaktig medicinering. Utskrivningar kan ske snabbt och utan tillfredsställande informationsöverföring mellan slutenvård och primärvård. Någon verksamhetschef pekar också på att patienter ibland skrivs ut innan man fullt ut kan bedöma effekterna av exempelvis ny medicinering och beskriver brist på informationsöverföring.

Tillgång till geriatrisk kompetens

Femton av landstingen har under de senaste två åren erbjudit personalen fortbildningsinsatser för att öka kompetensen om de mest sjuka äldres vårdbehov. Denna fortbildning har t.ex. gällt neurorehabilitering, stroke, demens, nutrition, palliativ vård, fall, hälsosamtal, motiverande samtal, kvalitetsregister, läkemedel till äldre, brytpunktssamtal, frakturer, geriatrisk omvårdnad, självmordsrisk, osteoporos, urinvägsinfektioner, antibiotikaanvändning, patientsäkerhet och samordnad individuell vårdplanering.

Landstingen fick i enkäten även uppge om fortbildningsinsatser har genomförts för personal inom olika vårdnivåer. Resultatet redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Vårdnivåer inom vilka personal har erbjudits fortbildningsinsatser

Fortbildningsinsatser	Ja	Nej	Ej svar*
Akutmottagningarna	8	7	4
Ambulanssjukvården	4	11	4
Sluten specialiserad vård (vårdavdelningar)	11	4	4
Öppen specialiserad vård (mottagningar)	8	7	4
Primärvården (landstingsdriven)	14	1	4
Privata utförare av primärvård	13	2	4
Annat	6	9	4

n = 19 landsting (2 landsting valde att inte delta i studien)

Källa: landstingsenkät

*Fyra landsting har inte besvarat frågan

I de flesta landsting har personal inom primärvården erbjudits fortbildning, liksom privata utförare av primärvård och personal som arbetar inom den slutna specialiserade vården. Drygt hälften svarar att personal som arbetar vid akutmottagningar och i den öppna specialiserade vården fortbildas. Tre landsting beskriver att personal från kommunerna också erbjuds att gå kurserna som anordnas av landstinget och ett landsting svarar att alla AT-läkare erbjuds att gå kurserna.

I intervjuerna med verksamhetschefer framkommer att det varierar i vilken utsträckning som vårdenheterna arbetar med fortbildning och kompetenshöjning. Samtliga tycker att fortbildning är viktigt men har olika uppfattningar om inom vilka områden det behövs, och som tidigare beskrivits är geriatrisk kompetens ett sådant område. Andra områden som nämns är psykiatri, demens och diabetes. Verksamhetscheferna beskriver att de arbetar för att få till stånd ett kontinuerligt arbete med fortbildning, med allt från konferenser till seminarier på den egna vårdenheten där läkarna kan ansvara för att vidareutbilda den övriga personalen. Några beskriver svårigheten med att hinna med fortbildning i det dagliga arbetet, för arbetssituationen kan vara pressad. Några upplever att det är lättare för läkarna än andra professioner på vårdenheten att komma i väg på utbildning. Andra upplever tvärtom att just läkarna har svårt att komma ifrån.

Vilka utvecklingsområden finns för primärvården?

Utvecklingsområden enligt landstingen

Landstingen fick i enkäterna skatta de fem främsta utvecklingsområdena för primärvården. Resultatet redovisas i tabell 5.

Tabell 5. Utvecklingsområden för primärvården

Områden inom primärvården som behöver utvecklas för att bättre svara mot målgruppen mest sjuka äldres behov enligt landstingen.

Insatsområden	Primärvård	
	Ja	Nej
Identifiering av målgruppen	10	9
Tillgänglighet – kvällar, helger och jourtid	3	16
Läkarkompetens – t.ex. i geriatrik, psykiatri eller akutmedicin	6	13
Sjuksköterskekompetens – t.ex. i geriatrik, psykiatri eller akutmedicin	1	18
Besök av specialistkonsult i geriatrik på vårdenhets	0	19
Hembesök av läkare	14	5
Läkemedelsgenomgång	8	11
Medicinteknik som möjliggör diagnostik och behandling på vårdenhets	0	19
Medicinteknik som möjliggör diagnostik och behandling vid hembesök	1	18
Samordnad individuell vårdplanering	11	8
Informationsöverföring till och från den specialiserade vården	8	11
Informationsöverföring till och från kommunen	8	11
Samverkan med specialiserad vård	11	8
Samverkan med kommun	8	11
Landstingets ersättningssystem	4	15
Annat	1	18
n = 19 landsting (2 landsting valde att inte delta i studien)		

Källa: landstingsenkät

Hembesök av läkare är det insatsområde som flest landsting anser att primärvården behöver utveckla för att svara mot de mest sjuka äldres behov. Därefter anser landstingen att samordnad individuell planering, samverkan med specialiserade vården samt identifiering av målgruppen behöver utvecklas. Andra utvecklingsområden som många landsting tar upp är läkemedelsgenomgång, informationsöverföring till och från den specialiserade vården respektive kommunen och samverkan med kommunen. Ungefär en tredjedel av de svarande landstingen anser att det behövs mer läkarkompetens i geriatrik, psykiatri eller akutmedicin. Några landsting ser ersättningssystem och tillgänglighet (öppettider) som utvecklingsområden. Inget landsting ser behov av en specialistkonsult på vårdenhets eller medicinteknik för utökad diagnostik vid vårdenhetserna. Ett landsting beskriver att samverkan mellan vårdgivare i hela vårdkedjan behöver utvecklas.

I enkäten fick landstingen även möjlighet att ge ytterligare synpunkter på primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Flera landsting

gav exempel på utvecklingsarbeten som pågår eller förbättringsområden som behöver få ökat fokus. De arbetar med att

- etablera multiprofessionella team för målgruppen
- få en aktiv hälsostyrning för de mest sjuka äldre
- anställa psykiatriker i primärvården för att höja kompetensen hos alla personalkategorier, samt för ett kostnadseffektivt omhändertagande
- öka antalet hembesök av läkare
- genomföra fler läkemedelsgenomgångar tillsammans med apotekare
- göra processkartläggningar tillsammans med kommunerna och slutenvården
- säkerställa ett mer behovsorienterat arbetssätt
- öka primärvårdens ansvar för de utskrivna patienterna för att minska onödiga återinläggningar, eftersom det finns avsevärda skillnader mellan vårdenheterna
- förbättra det akuta omhändertagandet genom förbättrad samordning mellan primärvård, internmedicin, rehabilitering och psykiatri
- ge patienter med stora sammansatta vårdbehov en fast vårdkontakt inom primärvården
- identifiera de mest sjuka äldre i de patientadministrativa systemen och ha ett system för att följa upp hela vårdprocessen för dem
- betona primärvårdens och kommunernas samlade ansvar för målgruppen och tona ner den specialiserade vårdens roll för dessa patienter
- betona primärvårdens förebyggande roll och breda ansvar inom flera områden inte bara demens, utan följsamhet till många riktlinjer såsom hjärtsvikt och osteoporos, som alla är lika viktiga även för de mest sjuka äldre.

Utvecklingsområden enligt vårdenheterna

Många verksamhetschefer anser sig erbjuda en bra primärvård för de mest sjuka äldre, men alla vill göra mer. Brist på tid och kompetens är det största hindret för att kunna erbjuda det man vill fullt ut.

I diskussioner kring centrala utvecklingsområden och framtidens primärvård lyfter verksamhetscheferna fram två centrala faktorer: bemanning och fokus på målgruppen. Det gäller att bemanna primärvården med stabila resurser. Framför allt läkarbemanningen är en utmaning men också sjuksköterskebemanningen kommer att bli allt viktigare framöver. Det handlar om att ha tillgång till kompetens och då krävs både mer resurser och fler utbildningsplatser på grundutbildningarna.

Många ser ett hinder i en omfattande administrationstid för läkare och att detta är något som uppfattas öka.

Det nationella fokuset och satsningar på de mest sjuka äldre skapar förhoppningar om att det ska bli lättare att prioritera målgruppen. Flera ser att verksamheterna behöver fokusera mer på denna patientgrupp för att bättre svara mot de behov som finns. Fler verksamhetschefer pekar också på att dagens ersättningssystem, där fokus ligger på efterfrågan snarare än behoven,

kan missgynna denna grupp. Vårdenheten tvingas prioritera dem med lättare sjukdomar och besvär snarare än de äldre multisjuka.

Några verksamhetschefer pekar på vikten av dialog med de äldre, en dialog där den äldre personen har möjlighet att reflektera och berätta hur den önskar ha det. Sammanfattningsvis beskriver verksamhetscheferna följande hinder:

- låg bemanning på vårdenheten och ibland i kommunen
- läkarbrist
- kompetensbrist på vårdenheten och i kommunen
- tidsbrist för kompetensutveckling
- bristande intresse för målgruppen äldre
- efterfrågad snarare än behovsstyrd primärvård

Diskussion och slutsatser

Primärvården är och vill vara samordningsansvarig

Kartläggningen visar att både landstingen och primärvårdens verksamhetschefer uttrycker att det är primärvården som har ett samordningsansvar för de mest sjuka äldre.

Nästan alla landsting uppger att de mest sjuka äldre finns beskrivna i verksamhetsplanerna och att det i förfrågningsunderlagen finns särskilda krav som är riktade till utförare av primärvård. Detta kan ses som resultat av landstingens ökade arbete med att tydliggöra målgruppens behov i hälso- och sjukvården och visa vad dessa patienter kan förvänta sig i kontakterna med primärvård såväl som specialiserade vården.

Verksamhetscheferna beskriver både primärvårdens svåra samordnande roll och ingredienserna för en välfungerande samverkan. Det innebär en fungerande helhet runt de mest sjuka äldre där roller och ansvar är tydliga inom landstinget och mot kommunen. Var och en ska ta sitt ansvar, men gränsdragningarna måste vara tydliga och det ska vara enkelt att komma i kontakt med funktioner som är viktiga för vården och omsorgen om målgruppen. Verksamhetscheferna beskriver vidare att det naturligtvis finns fler patientgrupper än målgruppen i primärvården, och därför måste det vara tydligt hur prioriteringar ska göras i det dagliga arbetet i patientmötet samt i insatser till kroniker och äldre patienter i förhållande till yngre som söker för ett symptom och med en diagnos.

För att landsting, kommuner och utförare av primärvård ska kunna beskriva och hantera sitt ansvar och uppdrag för denna patientgrupp, behöver innebörden av vårdnivån vara tydlig. Den pågående förflyttningen av vården av de sjuka äldre från sjukhusens slutenvård till vård i hemmet med hjälp av primärvård gör att den beskrivning av primärvården som finns i 5 § i HSL är svårtolkad. Lättare akutsjukvård, avancerad hemsjukvård och palliativ vård som tidigare gavs vid sjukhusen ges numera av primärvården. Därför är den avgränsning som anges i primärvårdsdefinitionen, att det är den vård som inte kräver "sjukhusens medicinska och tekniska resurser" inte lika tydlig längre. Socialstyrelsen kan konstatera att primärvårdsuppdraget för de mest

sjuka äldre i dagens sjukvård har förändrats i förhållande till den specialiserade vården och frågan är om gällande primärvårdsdefinition fortfarande är aktuell.

Tillgänglighet i primärvården

Tillgänglighet är ett mångfasetterat område, för den innebär inte bara tillgänglighet till primärvård för de äldre, deras anhöriga och närstående när ett planerat eller ett akut vårdbehov uppstår. Tillgängligheten innebär också att primärvården ska vara tillgänglig för vårdgrannar, såsom kommunens hemsjukvård och hemtjänst samt personal i den specialiserade vården, när de vill konsultera den landstingsfinansierade primärvården.

Endast tre landsting skattar tillgängligheten i primärvården som ett av de fem främsta utvecklingsområdena för primärvården när det gäller de mest sjuka äldre. Alla landsting beskriver att de använder sig av Leon-principen, men det är oklart vad det i praktiken betyder för primärvårdens arbetssätt och organisering, eftersom det är en vårdnivå med begränsade öppettider och telefon tillgänglighet samt en centraliserad jourorganisation och jourmottagning.

De mest sjuka äldres behov av primärvård handlar främst om läkar-kontinuitet, längre besökstider och planerade återbesök med uppföljning av vårdplaner. Vårdenheternas tillgänglighet innebär framför allt kontorsliknade öppettider och en mer begränsad verksamhet under kvällar och helger, och utbudet möter kanske inte de mest sjuka äldres behov av primärvårdens tjänster. På grund av ett snabbt uppkommet vårdbehov kan de behöva konsultation från primärvården oavsett dag eller tid på dygnet, vilket kan vara svårt i dag om den kommunala hemsjukvården inte ansvarar för vården av de äldre. Socialstyrelsen anser att tillgänglighet är ett område som landstingen kan behöva studeras vidare för att kunna bedöma hur den ser ut i primärvården för de mest sjuka äldre i ordinärt boende.

Ersättningssystemens betydelse

En del insatser i primärvården ges särskilt till de mest sjuka äldre, exempelvis läkemedelsgenomgångar och hembesök, och dessa insatser ska ge adekvat ersättning så att de också erbjuds och inte blir bortprioriterade av ekonomiska skäl. Om exempelvis längre besökstid för en äldre inte ges högre ersättning i jämförelse med ett kort besök finns risk för att ett antal korta besök av yngre patienter prioriteras under samma tid, enligt verksamhetscheferna. Detta innebär ett etiskt dilemma för de kliniskt verksamma allmänläkarna som då ställs mellan vårdenhetens krav på att vara ekonomiskt lönsam och kravet med de medicinska prioriteringsgrupperna [1].

I dag ligger ersättningarna i nivå med utförarnas kostnader för äldre patienter, men det finns ändå skäl att ifrågasätta om systemen ger tillräckliga drivkrafter för att utveckla insatser och arbetssätt som svarar mot de mest sjuka äldres behov. Ambitionen är att ersättningssystemen i primärvården ska bidra till ökat patientfokus, högre kvalitet och bättre resultat, och det innefattar även vården av de mest sjuka äldre. Socialstyrelsen vill lyfta fram frågan

om och i vilken grad landstingens befintliga ersättningssystem stimulerar det i dag.

Personalens geriatrikkompetens

Resultaten från den här kartläggningen ger en bild av begränsade geriatrik-resurser och begränsad kompetens i primärvården i form av geriatrisk verksamhet, kontaktsjuksköterska eller äldreteam. Vården av de mest sjuka äldre förutsätter en hög kompetens bland personalen, eftersom många har flera svåra sjukdomar samtidigt i kombination med sviktande kognitiva funktioner, i en komplicerad och ibland hastigt föränderlig sjukdomsbild. Kompetensen behöver framför allt bestå av kunskaper inom det allmänmedicinska området men också kunskap i geriatrik, vilket Socialstyrelsen också har framfört i tidigare rapporter på området [2,3].

Med en ökad kompetens minskar risken för felbehandling, såväl under- som överbehandling, vilken är särskilt stor när en person lider av flera sjukdomar samtidigt och vården parallellt tillämpar rekommendationer från flera olika riktlinjer [4]. I förfrågningsunderlag och i avtal med utförare av primärvård kan huvudmännen ställa tydligare krav på att personalen, inte bara läkarna, har eller ska ges geriatrisk kompetens.

Geriatrikerns specialistkompetens utgör den naturliga utgångspunkten för en framtida spridning av kompetens inom geriatrik och gerontologi, såväl genom egen klinisk verksamhet som genom kunskapsöverföring. Socialstyrelsen har föreslagit en strategi för detta [3]. För att strategin med specialistkompetenskurser i geriatrik och gerontologi för läkare ska lyckas måste dock landstingen se över prioriteringen när de inrättar ST-tjänster. Socialstyrelsen har tidigare bedömt att antalet ST-block i hela landet behöver fördubblas för att överhuvudtaget kunna säkra tillgången till kompetens i geriatrik och gerontologi [3].

Vårdprogram för att öka samordningen

Resultatet från landstingen visar att det är få landsting som använder vårdprogram i både primärvården och i den specialiserade vården, när det gäller att vårda de mest sjuka äldre. Ett vårdprogram kan förtydliga vem i vården som gör vad och öka möjligheten för att den äldre får en sammanhållen vård och omsorg. I de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen i uppdrag att tydliggöra de mest sjuka äldres specifika förutsättningar och behov. Målet med att anpassa riktlinjerna är att öka tydligheten i vården om de mest sjuka äldre [4]. Med stöd i de nationella riktlinjerna kan sedan vårdprogram bidra till att utveckla vården för de mest sjuka äldre både lokalt och regionalt genom att skapa rutiner, samt vara ett stöd till personalen och därmed öka kvaliteten i vården om målgruppen.

Identifiera de mest sjuka äldre

Socialstyrelsens kartläggning visar att landstingen har ett fortsatt behov av att identifiera de mest sjuka äldre som ett första steg.

Identifieringen är viktig för att ge en ändamålsenlig vård på rätt vårdnivå, när den äldres självbestämmande kan vara nedsatt på grund av skörhet,

funktionsnedsättningar och samsjuklighet. Socialstyrelsen menar att den äldre personen måste vara identifierad för att primärvården ska kunna ta ett samordningsansvar. En stor utmaning är att identifiera dem ur målgruppen som inte är kända i primärvården. Den specialiserade vården kan ha en central roll i arbetet med att identifiera de mest sjuka äldre för vidarebefordring av uppgifter till respektive äldres vårdenhet.

Primärvården behöver utveckla sitt arbetssätt

Den traditionellt uppbyggda primärvården, liksom den specialiserade vården, är fortfarande till stora delar uppbyggd och organiserad utifrån diagnoser. En del landsting beskriver arbete med s.k. patientprocesser för att sätta fokus på patientens hela situation och ansvaret hos olika vårdgivare och vårdnivåer. Kartläggningen visar också att flera landsting och verksamhetschefer beskriver att de strävar mot ett situationsorienterat arbetssätt i primärvården när det gäller målgruppen.

Ibland är vårdbehovet mer återkommande och rutinartat hos målgruppen där primärvården i dag har kontroll, men ett intensifierat vårdbehov uppstår ibland utanför kontorstid. Därför kan primärvården behöva utveckla tillgängligheten. Denna beredskap förutsätter även att snabbt kunna avgöra vårdbehovet och målet för vården samt se till att vården sker på rätt nivå vid rätt tidpunkt. Ett diagnosorienterat arbetssätt fungerar inte särskilt bra i vården av de mest sjuka äldre som kan ha flera kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar till följd av ett naturligt åldrande [5].

Socialstyrelsen anser att en strategi kan vara ett situationsorienterat arbetssätt och ett situationsorienterat synsätt i enlighet med den geriatriska vården och den palliativa vården, med beredskap för både akuta och planerade vårdhändelser samt tydliga kontaktpersoner för patienten och närstående.

Fast vårdkontakt för de mest sjuka äldre

Fast vårdkontakt kan anses vara en form av individuell samordnare i vården av de mest sjuka äldre. En fast vårdkontakt står för kontinuitet och samordning gentemot patienten och dennes anhöriga samt internt och externt i kontakter med annan vård och omsorg.

Nästan alla landsting arbetar med fast vårdkontakt i primärvården vilket finns reglerat i 29 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, men mindre än hälften använder det i både primärvården och den specialiserade vården. Däremot arbetar cirka en tredjedel av landstingen med kontaktsjuksköterska för att trygga målgruppens behov av samordning och kontinuitet.

I rollen som den fasta vårdkontakten bör primärvården kunna vara initierande vårdnivå och den aktör som ansvarar för att en samordnad individuell plan upprättas samt att vården följs upp kontinuerligt. Samordningsrollen för primärvården bör förtydligas, och förslagsvis är fast vårdkontakt en viktig funktion i den rollen. Det kan vara en sjuksköterska eller en undersköterska som i sin arbetsbeskrivning får funktionen som fast vårdkontakt vid en vårdenhet inom primärvården. Allmänläkarnas arbetssituation är redan i dag administrativt tyngd och därför bör den fasta vårdkontakten i första hand vara från en annan personalkategori. Särskilt vid vårdenheter utan kontinuerlig

läkarbemanning kan behovet av fast vårdkontakt behöva tillgodoses av en yrkesgrupp med lägre grad av bemanningsproblem, såsom sjuksköterskor.

Socialstyrelsens systematiska översikt av individuell samordnad av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre visar dock att det vetenskapliga stödet för effekterna är begränsat men att det kan komma att ändras av ny forskning [6]. Resultat från olika studier visar positiva effekter på kort sikt, såsom kortare vårdtid på sjukhus, minskad risk för inläggning samt färre läkarbesök [6,7]. Det kan därför vara ett bra arbetssätt i vården av målgruppen. Socialstyrelsen bedömer att primärvården i större utsträckning behöver erbjuda målgruppen en fast vårdkontakt, i enlighet med HSL, samt tydligare former för denna i det dagliga kliniska arbetet.

Hembesök av läkare

Kartläggningen visar att landstingen och verksamhetscheferna anser att hembesök är det område eller den insats som främst behöver utvecklas och erbjudas de mest sjuka äldre i större utsträckning än i dag. Socialstyrelsens granskning av förfrågningsunderlagen 2011 visade att det är tröskelprincipen som gäller i de flesta landsting, dvs. att patienten så långt som det är möjligt ska komma till vårdenheten i samband med ett läkarbesök. Hembesök av läkare utlovas inte och patienten kan inte kräva det, vilket beskrivs i flera förfrågningsunderlag.

Verksamhetscheferna uppger bristen på läkartid och ett ersättningssystem som inte gynnar insatsen som förklaringar till att hembesök inte kan prioriteras i önskad utsträckning. Detta resultat stödjer de resultat som Läkarförbundet redovisar i sin intervjustudie [1] med verksamhetschefer om omfattningen av hembesök i primärvården. Landstingens ersättningssystem för hembesök beskrivs som en avgörande faktor. I hälften av landstingen ger hembesök av läkare redan en högre ersättning till vårdenheten, medan det i andra landsting kan innebära att hembesök inte ges eftersom man inte får någon större ersättning för hembesök i jämförelse med ett mottagningsbesök.

Socialstyrelsen anser att de mest sjuka äldre behöver få tillgång till hembesök av läkare i större utsträckning än i dag, för att tillfredsställa vårdbehovet hos målgruppen.

Samverkan mellan vårdnivåerna

Både landstingen och verksamhetscheferna lyfter fram samverkan mellan vårdnivåerna inom landstinget som ett av de främsta utvecklingsområdena.

En samordnad individuell vårdplanering liksom samverkan med den specialiserade vården är två av de fem främsta utvecklingsområdena för primärvården enligt landstingens bedömning. Därför kan det finnas flera syften med att primärvården deltar vid samordnade individuella vårdplaneringar när patienter skrivs ut från den specialiserade vården. Ett syfte är att förbättra övertagandet av den fortsatta medicinska vården och ansvaret, och det andra är att förbättra samverkan med den specialiserade vården inför kommande vård och konsultationer.

I dag finns en del skillnader i vårdnivåernas uppdrag, kompetensområden och kultur hos läkarprofessionen inom primärvården respektive den speciali-

serade vården, och det kan också bidra till att samverkan fungerar olika. En högre grad av kompetensutbyte där läkarprofessioner från både primärvård och den specialiserade vården kan mötas, eller ett riktat fortbildningsprogram i geriatrik för läkare, skulle sannolikt också kunna ge ett mervärde i form av ökad samverkan mellan vårdnivåerna.

Samverksproblematiken mellan primärvård och den specialiserade vården kan också ytterst handla om den ansvars- och resursfördelning som landstinget gör i egenskap av beställare av vård. Hur och var det medicinska ansvaret för målgruppen ska tillgodoses bedöms i dag på individnivå, men det kan behöva utredas hur landstingen som huvudman, beställare och resursfördelare för primärvård respektive specialiserad vård bedömer att målgruppens vårdbehov kan tillgodoses på bästa sätt.

Om patienten har en fast vårdkontakt och helst en namngiven sådan i primärvården finns en tydlig adressat i samband med kontakter med den specialiserade vården och i samband med vårdplanering och utskrivning.

Socialstyrelsen anser att den specialiserade vården och primärvården behöver utveckla sin samverkan, så att informationsöverföringen säkerställs mellan vårdnivåerna.

Framtida utmaningar

Socialstyrelsens kartläggning och analys av vården och omsorgen av de mest sjuka äldre visar att primärvården är en vårdnivå som vill ta samordningsansvaret. Primärvården har svårt att prioritera fler riktade insatser till de mest sjuka äldre såsom fast vårdkontakt, hembesök samt samordnad individuell vårdplanering eftersom efterfrågan och tillgänglighet också ska prioriteras för alla andra i befolkningen. Socialstyrelsen menar att utförarna av primärvård också behöver tydliggöra för beställarna av primärvård vilka resurser som samordningsansvaret och insatserna till de mest sjuka äldre kräver. I denna rapport har Socialstyrelsen inte studerat vilka kostnader primärvården och vårdenheterna faktiskt har för målgruppen, vårdenheternas ekonomiska förutsättningar för att ge en effektiv, ändamålsenlig, tillgänglig och säker primärvård eller i vilken utsträckning landstingen omfördelar medel redan i dag. Andra studier visar dock att hälso- och sjukvården kan öka sin effektivitet genom att ge primärvården större roll och mandat i hälso- och sjukvården [8], eftersom primärvården kan förhindra exempelvis undvikbar slutenvård, återinläggningar eller besök på akutmottagningar som inte leder till inskrivning i slutenvården.

I framtiden kan primärvården få ett utökat medicinskt ansvar och tydligare mandat för de mest sjuka äldre, och det skulle innebära ökade insatser till målgruppen. Exempelvis kan undersökningar initieras i högre utsträckning och fler behandlingar ges. En sådan utveckling skulle också påverka resursfördelningen mellan primärvården och den specialiserade vården. Socialstyrelsen bedömer att det utökade medicinska ansvaret kan vara en utveckling som landstingen behöver utreda för att kunna möta den lokala och regionala demografin, med en ökande andel äldre i det ordinära boendet och ett ökat sjukvårdsbehov, och därmed stigande efterfrågan på primärvård.

För att få en god kvalitet i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre måste det bl.a. finnas tillräckligt mycket personal, men personalen måste också ha rätt kompetens och tillgång till fortbildning och handledning. I dag går utvecklingen mot att allt fler äldre vårdas av anhöriga eller med kommunal vård och omsorg i det ordinära boendet, och det ökar också behovet av primärvårdens resurser. En av de viktigaste resurserna i primärvården är personalen, och för att möta det ökade primärvårdsbehovet av vård i hemmet behöver personalen ha kompetens och tillgång till konsultationer. Dessutom behöver fler kompetenser kopplas till dem från den specialiserade vården, främst geriatrisk specialistkompetens. Det finns dock få geriatrikspecialister och därför behöver personal inom både primärvård och övrig specialiserad vård öka kunskaperna i geriatrik. I primärvården behövs ett arbete med kontinuerlig fortbildning för läkare och annan personal för att de ska kunna bedriva en god primärvård även för de mest sjuka äldre. Fortbildning i geriatrik förutsätter att personalen är intresserad, att det finns tid för fortbildningen samt att en tradition för ett kontinuerligt lärande skapas i primärvården.

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att också bristfällig läkarkontinuitet är ett bekymmer, särskilt i de landsting som brottas med vakanser och brist på specialister i allmänmedicin, och problemet kommer inte att bli mindre [9]. I dessa landsting är det särskilt svårt att ordna fortbildning och säkerställa kompetens, men det behöver prioriteras nu för att möta den demografiska utvecklingen.

Socialstyrelsen anser att kompetens är ett område som landstingen kommer att behöva prioritera i den framtida primärvården. De äldre patienterna blir fler och hinner få fler kroniska sjukdomar, och i kombination med ett naturligt åldrande med ökad skörhet och funktionsnedsättningar, behöver också den specialiserade vården och kommunen öka den geriatriska kompetensen.

Korttidsboende och andra kommunala vård- och omsorgsformer

I det här kapitlet redovisas hur kommunerna och stadsdelarna organiserar sin korttidsverksamhet och andra kommunala vård- och omsorgsformer med liknande syfte, samt hur ett urval av enhetschefer beskriver korttidsboendet ur ett verksamhetsperspektiv. Underlaget kommer dels från kommunernas enkätsvar, dels från intervjuer med enhetschefer på korttidsboenden. Socialstyrelsens mängdstatistik har också använts. En del information kommer också från några kommuners webbplatser.

Frågeställningar och resultat

Frågeställningarna för den här delen av kartläggningen har varit:

- Vilken är tillgången till korttidsboende?
- Hur lång tid löper från ansökan tills att beslutet är verkställt?
- Hur ser vistelsetiderna ut för personer på korttidsboende?
- Av vilka orsaker vistas personer på ett korttidsboende?
- För vilka behov beviljas vistelse på ett korttidsboende?
- Vilka insatser ges på boendet och hur följs de beviljade insatserna upp?
- Hur ser boendemiljön, aktivitetsutbudet, samverkan och kompetensen ut?
- Vilka hinder och förutsättningar finns för en väl fungerande korttidsverksamhet?
- Finns andra kommunala vård- och omsorgsformer med liknande syfte?

Resultaten redovisas i samma följd som frågeställningarna ovan. Sist i detta kapitel följer en diskussion med slutsatser.

Tillgång till korttidsboende

Antal personer med korttidsboende minskar

Enligt Socialstyrelsens mängdstatistik (mängduppgifter om äldreomsorgen) minskade antalet personer i åldern 65 år eller äldre som årligen erhöll korttidsboende den 1 oktober med 10 procent mellan åren 2008 och 2012. Utvecklingen framgår av tabell 6.

Tabell 6. Antal personer i åldern 65 år och äldre som erhöll korttidsboende 1 oktober 2008–2012, avrundade värden

År	Totalt
2008	8 700
2009	8 500
2010	8 100
2011	7 800
2012	7 800

Källa: Socialstyrelsens mängdstatistik, 2008 – 2012.

Antalet personer 65 år och äldre som fick en korttidsplats minskade med 900 personer mellan åren 2008 och 2012, och andelen minskade från 0,6 procent till 0,4 procent.

Andelen personer 65 år och äldre som fick en korttidsplats varierar i landet. År 2012 var andelen mellan 0,3 och 0,6 procent (riket 0,4 procent). Lägst var andelen i Stockholm och Kalmar, och högst andel i Dalarna och Uppsala. Det är också stora skillnader, när det gäller hur många personer som fick korttidsplats, mellan kommunerna inom länen.

Antalet boendedygnet i korttidsboende under oktober månad minskade med drygt 29 000 stycken mellan 2008 och 2012 (12 procent). Utvecklingen framgår av tabell 7.

Tabell 7. Antal boendedygnet i korttidsboende under oktober månad åren 2008–2012, avrundade värden

År	Totalt antal boendedygnet
2008	248 600
2009	233 600
2010	232 400
2011	218 100
2012	219 000

Källa: Socialstyrelsens mängdstatistik, 2008 – 2012.

Öppet dygnet runt

Samtliga enhetschefer i intervjustudien svarade att deras verksamhet har öppet dygnet runt, årets alla dagar. De flesta har också möjlighet att ta emot nya brukare även under jourtid och helgdagar. Här har man olika lösningar, exempelvis att en sjuksköterska eller läkare som är i tjänst har delegation från kommunens biståndshandläggare att fatta beslut om korttidsboende. I flera fall ligger korttidsboendet i anslutning till ett permanent särskilt boende och då kan även platser där användas vid behov. Enhetschefernas erfarenhet är att verksamheterna oftast kan ordna plats för den som behöver.

Kostnaden för korttidsboende ökar

Som framgår av tabell 8 ökade kostnaden per invånare 65 år och äldre med drygt 11 procent, och kostnaden per boendedygn ökade med cirka 47 procent mellan åren 2008 och 2012.

Tabell 8. Kostnad för korttidsboende per invånare 65 år och äldre respektive kostnad för korttidsboende per boendedygn

År	Kostnad kronor per invånare 65+*	Kostnad kronor per boendedygn**
2008	2 803	1 572
2009	2 765	1 707
2010	2 770	2 132
2011	3 006	2 506
2012	3 121	2 321

*Nyckeltal är hämtade från Kommun- och landstingsdatabasen www.kolada.se och baseras på bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting för korttidsvård äldreomsorg, dividerat med antal invånare 65+ den 31 december.

**Nyckeltal är hämtade från Kommun- och landstingsdatabasen www.kolada.se och baseras på bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning till andra kommuner och landsting för korttidsvård äldreomsorg, dividerat med antal boendedygn i korttidsvård för äldre.

Drygt hälften av kommunerna har en långsiktig boendeplan

Kommunerna fick frågan ”Har ni en långsiktig boendeplan (eller motsvarande plan) som behandlar framtida försörjning av särskilda boendeformer?” 63 procent av kommunerna svarade ja och 37 procent svarade nej (antal svar 249).

Väntetiden till korttidsboende är kort i många kommuner

147 kommuner svarade på frågan om genomsnittlig väntetid till korttidsboende, från ansökan till verkställt beslut. Svaren visade att väntetiden varierade men att den överlag var kort.

Majoriteten av kommunerna verkställer ett beslut om korttidsplats inom fyra dagar. Tabell 9 visar fördelningen i de olika kommunerna för det genomsnittliga antalet dagar från ansökan till verkställt beslut under mätperioden.

Tabell 9. Genomsnittlig väntetid till korttidsboende från ansökan till verkställt beslut

Antal dagar	Andel (procent)	Antal svar
0–4	68	100
5–8	22	33
10+	10	14
Totalt	100	147

Källa: kommunenkät

Vistelsetider för personer med korttidsplats

Den genomsnittliga vistelsetiden under mätperioden oktober–december 2012 var 27 dagar för personer med korttidsplats (166 kommuner svarade). Här är alla vistelsetider under en mätperiod inräknade, både växelvårdsvistelser och andra vistelser.

I tabell 10 visas fördelningen på olika genomsnittliga vistelsestider.

Tabell 10. Genomsnittlig vistelsetid under mätperioden okt–dec 2012 för personer med korttidsplats

Vistelsetid/genomsnitt	Andel (procent)	Antal svar
Mindre än 14 dagar	13	21
14–29 dagar	52	87
30–44 dagar	24	40
45 dagar eller fler	11	18
Totalt	100	166

Källa: kommunenkät

Den genomsnittliga vistelsetiden varierar inte mycket med kommunens storlek. De största kommunerna, med 80 000 och fler invånare, har dock något längre genomsnittlig vistelsetid vilket framgår av tabell 11.

Tabell 11. Genomsnittlig vistelsetid under mätperioden okt–dec 2012 fördelat på befolkningsstorlek

Befolkningsstorlek	Vistelsetid/genomsnitt	Antal svar
10 000 eller mindre	26	41
10 000–20 000	27	44
20 000–50 000	24	43
50 000–80 000	26	22
80 000 eller mer	34	16
Totalt	27	166

Källa: kommunenkät

Vilka orsaker finns för beslut om korttidsplats?

I enkäten till kommunerna ställdes frågan ”Vilken var den vanligaste orsaken till beslut om korttidsplats under de tre senaste månaderna (mellan 1 oktober och 31 december 2012)”. Orsakerna skulle rangordnas från den mest förekommande till den minst förekommande orsaken. Kommunerna hade möjlighet att lämna uppgifter som byggde på en uppskattning. Vid en summering av alla kommuners rangordning ser rangordningen ut så här (235 svar):

1. eftervård efter sjukhusvistelse
2. anhörigavlösning
3. avvaktan på verkställighet av permanent särskilt boende
4. otrygghet i ordinärt boende
5. behov av vård i livets slutskede
6. väntan på bostadsanpassning
7. annat
8. utredning av framtida insatser.

Eftervård efter en sjukhusvistelse är det mest förekommande i 153 kommuner, och i 40 kommuner är anhörigavlösning den vanligaste orsaken. 32 kommuner anger att den vanligaste förekommande orsaken är att den äldre personen väntar på att få plats på ett permanent särskilt boende.

I intervjustudien säger de flesta enhetschefer att de tar emot personer i väntan på ett permanent särskilt boende och att omfattningen varierar med tillgången till sådana boendeplatser i kommunen.

Olika riktlinjer för vilka behov som korttidsplats beviljas för

Det finns skillnader i kommunernas riktlinjer för vilka behov som kommunen beviljar korttidsplats. Exempelvis beviljar nära en tredjedel av kommunerna inte plats för rehabilitering, och en fjärdedel inte för bostadsanpassning. En av fem kommuner beviljar inte insatsen för otrygghet i ordinärt boende eller för utredning av framtida insatser.

Insatser och uppföljning

Många kommuner har enheter med särskild inriktning för personer med demenssjukdom

Kommunerna fick frågan om kommunen hade några korttidsboendeenheter med en särskild inriktning. Många kommuner har sådana enheter för personer med demenssjukdom och något färre har det för anhörigavlösning och rehabilitering. Det var 33 kommuner som svarade att de inte hade någon särskild inriktning på platserna utan enbart blandade enheter. Många av dessa hade kryssat för ”annat” i enkäten. Tabell 12 visar andelen kommuner med olika inriktningar.

Tabell 12. Korttidsboende med särskild inriktning

Särskild inriktning	Andel (procent)	Antal svar
Vård i livets slutskede	25	200
Anhörigavlösning	40	200
Demenssjukdom	72	200
Rehabilitering	36	200
Annat	7	200

Källa: kommunenkät

Biståndsbesluten för korttidsboende är oftast bara ett beslut om boendeformen

I enkätstudien anger nästan 90 procent av kommunerna att de inte tar beslut om hemtjänstinsatser i samband med beslut om korttidsboende. De flesta enhetscheferna i intervjustudien beskriver också att biståndsbesluten innehåller mål som normalt är allmänt skrivna. Några beskriver dem som ett övergripande rambeslut för korttidsvistelsen där det sedan är medarbetarna på korttidsboendet som fyller beslutet med innehåll.

Många av enhetscheferna betonar värdet av rambeslut eftersom verksamheten själv får bedöma lämpliga insatser. På så sätt kan man utnyttja hela den kompetens och den kunskap som finns om den enskilde vilket kan illustreras av följande citat:

Det är mer av övergripande rambeslut. Det är vi som fyller det med innehåll. Det övergripande målet med korttidsvistelse är att kunna komma tillbaka hem. Vi tar reda på vad som behövs för att det ska vara möjligt. Ibland så utför vi ju ändå insatser för den enskilde som inte står någons, varken i beslutet eller i genomförandeplanen. Vi brukar säga att det är all inclusive här hos oss!

Flera enhetschefer nämner att vårdplaneringen på sjukhuset inte alltid är optimal för att besluta om insatser utan att det bäst utreds på korttidsboendet, vilket beskrivs så här:

Målet med insatsen kan vara att få möjlighet att träna i en anpassad miljö. Sen är det vi som bryter ned målet tillsammans med personen... Bra så! Så måste det vara. Handläggarna har ju ingen möjlighet att göra den inventeringen, att ha ett sådant samtal på lasarettet är inte meningsfullt. Det måste man ha när personen har landat här hos oss. Bilden på lasarettet stämmer ofta inte överens med den bild man har när man har landat här.

Genomförandeplanen är ett centralt dokument i verksamheten

De flesta enhetscheferna berättar att de skriver genomförandeplaner för brukarna, och sådana planer framhålls som ett centralt dokument i många verksamheter. Enligt några kan dock genomförandeplanen utebli om vistelsen är mycket kort. De mål som anges i biståndsbeslutet är ofta övergripande och målen och arbetssätten tydliggörs normalt i en genomförandeplan som utarbetas av personalen tillsammans med den äldre personen.

I många fall innebär det att verksamheterna har ganska fria ramar att utföra de insatser som de bedömer som lämpliga för att uppnå målen. Många betonar värdet av detta och att det är så det måste vara om den kompetens och den kunskap som finns om den enskilde ska kunna utnyttjas fullt ut på korttidsboendet.

Många verksamheter har en tydlig rutin för när och hur en genomförandeplan ska tas fram, men rutinerna skiljer sig åt. Någon tar fram en genomförandeplan senast dagen efter ankomst, andra har en tidsgräns på två veckor. I många fall är det omsorgspersonalen som skriver genomförandeplanen och den äldre själv deltar i olika grad och godkänner därefter planen. Flera involverar även anhöriga.

Någon efterfrågar genomförandeplaner som är anpassade för korttidsboende eftersom det handlar om insatser som ges under kort tid, ofta med allmänt skrivna beslut. På ett korttidsboende behövs inget biståndsbeslut för de brukare som vistas där, och då tar man i stället fram enklare arbetsplaner.

Någon av enhetscheferna ser att den individuella vårdplanen (för HSL-insatser) har en större betydelse för deras målgrupper, genom en ökad vårdtyngd. De arbetar därför mer med vårdplanerna än med genomförandeplanerna.

Uppföljning sker oftast genom att följa upp genomförandeplanen

I intervjustudien svarar de flesta enhetschefer att de har någon typ av uppföljning av biståndsbesluten och många hänvisar till utförarnas uppföljningar av genomförandeplanerna. Vissa enhetschefer följer dock själva upp beslutet i exempelvis regelbundna teammöten. Andra anser att det är biståndshandläggarna som har detta ansvar och att handläggarna normalt följer upp beslutet när det håller på att gå ut. Ett viktigt steg i biståndshandläggarens uppföljning blir då att se om personen kan gå hem eller om beslutet om korttidsboende behöver förlängas.

Stor bredd på vilka insatser som ges på korttidsboendet

Sammantaget visar intervjuerna att de aktuella korttidsboendena tar emot en mångfald personer som av olika anledningar inte kan bo hemma för tillfället. Det handlar således om många olika målgrupper där också syftet med vistelsen kan variera. De flesta verksamheter tar främst emot personer över 65 år, men några tar även emot yngre personer. Enstaka korttidsboenden i intervjustudien är endast inriktade mot palliativ vård eller vård och omsorg för personer med demenssjukdom, medan övriga har en blandad målgrupp.

Vilka insatser som erbjuds varierar utifrån verksamheternas målgrupper. Det är vanligt att erbjuda någon typ av rehabiliterande insatser, och några enhetschefer betonar att hela verksamheten genomsyras av ett rehabiliterande synsätt. Flera chefer påpekar att de rehabiliterande insatserna skiljer sig från landstingets rehabilitering. De insatser som omvårdnadspersonalen ger beskrivs som mer av vardagsrehabilitering eller basrehabilitering, ofta med förstärkning från en sjukgymnast eller arbetsterapeut. Några enheter betonar att ett rehabiliterande arbetssätt är kärnan i verksamheten.

De insatser som ges är främst:

- rehabiliterande insatser, framför allt i form av ett rehabiliterande arbetssätt, vardagsrehabilitering
- palliativ vård
- växelvård
- vistelse i väntan på permanent särskilt boende.

Resultaten från intervjustudien visar att verksamheterna har stor flexibilitet, och att brukarens behov kartläggs när hon eller han kommer till korttidsboendet och insatserna planeras sedan i genomförandeplanen.

Flera enhetschefer lyfter särskilt fram att personer som har varit med om en omvälvande händelse, exempelvis stroke, fallskada eller ny diagnos, får en möjlighet att reda ut vad som ska hända framöver, på korttidsboendet.

De flesta tycker att insatsen korttidsboende kommer in på rätt ställe i vård- och omsorgsprocessen för den äldre personen. Samtliga enhetschefer svarade att vistelsen på korttidsboendet var ett bra alternativ för de personer som var där just då. Några ser dock att en del äldre personer, exempelvis de med demenssjukdom, kommer för sent. Någon betonar särskilt att om dessa personer hade kommit in tidigare så hade man haft större möjligheter att arbeta med förebyggande insatser inom korttidsverksamheten.

Genomförandeplanen är central för självbestämmande och delaktighet

Enhetscheferna i intervjustudien säger att genomförandeplanen är central för att fånga den enskildes behov och önskemål. I stort sett alla beskriver också att verksamheten arbetar aktivt med brukarinflytande. De som tar fram genomförandeplanen tillsammans med den äldre personen ser detta som en central del i sitt arbete med den äldres inflytande över vardagen och de aktuella insatserna. Några ser dock en utmaning i att inkludera de äldre, särskilt de som bara stannar där en kortare tid. Vissa betonar att frågan om brukarinflytande till stor del är en värdegrundsfråga som man aldrig blir färdig med, utan det är något som personalen löpande måste ha tid att reflektera över.

I intervjuerna framkommer att brukarinflytandet till stor del handlar om att vara flexibel och lyhörd i mötet med den äldre och försöka tillgodose önskemål om exempelvis mat, aktiviteter eller utevistelser.

Någon enhetschef lyfter fram brukarinflytandet för personer med behov av palliativ vård som särskilt viktigt. Där finns behov av att vara lyhörd och fånga upp de individuella önskemålen i stunden, och ofta detaljer i omvård-

naden. Många ser även att anhöriginflytande och samtal med de anhöriga är en viktig del i verksamheten, bl.a. i samband med att man tar fram genomförandeplanen.

Flera enhetschefer beskriver ett pågående utvecklingsarbete där de försöker strukturera arbetet med den äldre genom att tydliggöra kontaktpersonens roll, genomförandeplanens utformning samt innehållet i ankomstsamtalet och i uppföljningen.

Uppföljning

I enkäten till kommunerna fanns denna fråga: "Följer ni regelbundet upp den äldres uppfattning om sin vistelse på korttidsboendet?" Det var 59 procent av kommunerna som svarade ja och 41 procent som svarade nej (antal svar 236). De vanligaste var att man använde brukarenkäter. Andra sätt var att göra det vid uppföljningen av biståndsbeslutet och genom samtal med den äldre.

Det var 58 procent av kommunerna som svarade att de regelbundet följer upp den SoL-beslutade korttidsverksamheten på verksamhetsnivå, medan 42 procent av kommunerna svarade att de inte gör det (antal svar 237). De vanligaste sätten att följa upp var genom olika enkäter, exempelvis brukarenkäter eller kvalitetsenkäter, tillsyn av medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering samt uppföljning av vårdplaneringar.

Boendemiljö, aktiviteter, samverkan och kompetens

Boendemiljön kan utvecklas

De flesta korttidsboenden i intervjustudien erbjuder enkelrum för samtliga brukare medan övriga har både enkelrum och dubbelrum. De flesta med enbart enkelrum har även eget badrum till varje rum. Några har egen toalett men delad dusch. I princip samtliga verksamheter har även olika typer av gemensamhetsutrymmen, oftast i form av ett eller fler dagrum, gemensamt kök samt uteplatser. Något korttidsboende har särskilda samtalsrum och ett boende har exempelvis gjort i ordning ett "solrum" med sollampor och sandstrand. Många har pentry på rummet, men några enhetschefer understryker att dessa inte används i praktiken. På vissa ställen är spisarna inte inkopplade på grund av brandrisken. Rummen är möblerade, men flera nämner särskilt att det finns möjlighet att ta med egna saker såsom fotografier, tavlor eller en fåtölj. Några ser också att det är viktigt att det inte blir för likt det egna hemmet på korttidsboendet, för att tydliggöra att det är en tillfällig lösning.

Enhetscheferna understryker att det är en stor fördel om boendet ligger i markplan, för då blir det lättare att spontant komma ut och exempelvis ta eftermiddagsfika på den gemensamma uteplatsen. Många enhetschefer önskar att boendet hade mer moderna lokaler än i dagsläget, med mindre korridorer och en mer hemlik miljö. Det är också många som vill ha en bättre trädgård samt möjlighet att utveckla utemiljön kring korttidsboendet – och därigenom integrera inomhus- och utomhusmiljön.

Utevistelse och promenader är centrala sociala aktiviteter

I intervjustudien nämner flera enhetschefer utevistelse och promenader som centrala aktiviteter på korttidsboendet. Andra exempel är gruppgymnastik, filmvisning, sångstunder, bakning, musikunderhållning och gudstjänster.

Några menar att många som vistas på korttidsboendet är så pass sjuka eller medtagna att de inte har möjlighet att delta i aktiviteter. Vissa nämner också att det kan vara en utmaning att erbjuda planerade aktiviteter eftersom verksamheten är så föränderlig. Någon betonar vikten av att utgå från personens önskemål när det gäller sociala aktiviteter och beskriver också att det mesta går att ordna om man verkligen vill. Flera korttidsboenden ligger i direkt anslutning till ett särskilt boende och samordnar då flera aktiviteter med de närliggande verksamheterna.

Samverkan fungerar generellt bra

I intervjustudien ingick också frågor om samverkan mellan korttidsboendet och sjukhuset samt samverkan vid utskrivning från korttidsboendet. Svaren var på en övergripande nivå och många enhetschefer gav uttryck för att det främst var biståndshandläggare och sjuksköterskor som hade dessa externa kontakter, och därmed erfarenheter av dem. De flesta enhetschefer tycker dock att samverkan generellt fungerar bra och många att informationsöverföringen mellan sjukhus och korttidsboende fungerar bra eller ganska bra. Många säger också att läkarinsatserna på korttidsboendet fungerar bra. Man beskriver att läkare kommer på rond en eller ett par gånger i veckan och också på jourtid vid behov. Någon enhetschef pekar på brister i kontinuiteten på grund av att det ofta är stafettläkare som kommer till korttidsboendet.

Några enhetschefer pekar på specifika utmaningar i samverkan, exempelvis att den äldre inte har aktuella läkemedel med sig till korttidsboendet. Någon nämner även att samverkan fungerar bättre när personen kommer från geriatriken än från akutmottagningen.

De flesta enhetschefer svarar att samverkan med primärvården fungerar bra eller ganska bra. Ett par ser att denna samverkan blev bättre i samband med att hemsjukvården kommunaliserades eftersom informationsöverföringen går lättare när verksamheterna finns i samma organisation.

Svaren är generellt positiva när det gäller samverkan och informationsöverföring mellan sjukhuset, primärvården och kommunen i samband med att en person ska lämna korttidsboendet. Flera enhetschefer nämner att personalen från hemtjänsten eller från det särskilda boendet dit den äldre är på väg kommer och träffar denne på plats i korttidsboendet. Ofta är det sjuksköterskan som sköter informationsöverföringen till distriktssköterskan. Informationsöverföring till hemtjänsten sker via en undersköterska, sjuksköterska eller biståndshandläggare.

En utmaning som lyfts fram av några enhetschefer är att de äldre i dag har mer omfattande vårdbehov än tidigare, och det innebär en större belastning på både läkare och övrig vård- och omsorgspersonal.

Kompetens och bemanning

Många enhetschefer är stolta över sin verksamhet och personal, och framhåller medarbetarnas kompetens och flexibla arbetsätt som en styrka. De flesta i personalen är utbildade undersköterskor. Flera enhetschefer svarar att de använder ”tvättstugemodellen” där personalen själva lägger schemat, oftast från en bestämd grundbemanning. Några chefer säger att de gör schemat efter behov och vårdtyngd. Många ser en styrka i att de ständigt arbetar med att utveckla kompetensen, kanske främst i det dagliga arbetet men också genom särskilda utbildningsåtgärder. När det gäller behovet av ytterligare kompetensutveckling lyfter enhetscheferna fram lite olika områden, bl.a. demenssjukdomar, palliativ vård, missbruk, psykiatri och bemötande.

Hinder och förutsättningar för en väl fungerande korttidsverksamhet

I enkäten till kommunerna ställdes frågor om de främsta hindren och de viktigaste förutsättningarna för att kunna erbjuda en väl fungerande korttidsverksamhet.

De tre vanligaste förutsättningarna som nämns är kompetens, mål och platstillgång. Personalens kompetens nämns flest gånger. Kommunerna lyfter fram vikten av kompetent och utbildad personal, tillräcklig bemanning hela dygnet, väl fungerande teamarbete och multiprofessionella team.

Den näst vanligaste förutsättningen är mål, och då avses ett tydligt uppdrag och syfte med korttidsvistelsen, korrekta och tydliga biståndsbeslut, en genomförandeplan för den äldre samt en individuell vårdplanering.

Det tredje som nämns är platstillgång. Då handlar det främst om att ha tillräckligt antal platser, tillgång till platser vid akuta behov och tillgång till enkelrum. De främsta hindren som kommunerna ser i dag är brist på kompetens, dålig platstillgång och att verksamheten tar emot blandade målgrupper.

Flera kommuner (10 stycken) har också uppgett korta vårdtider och tidig utskrivning från sjukhus (specialist- och slutenvård) som hinder för att kunna erbjuda en väl fungerande korttidsverksamhet. De äldre personerna som kommer till korttidsboendena är inte alltid medicinskt färdigbehandlade, inte färdigutredda, har stora vård- och omsorgsbehov och är många gånger i allt för dåligt skick för att vistas på ett korttidsboende, vilket skapar hög arbetsbelastning och ställer höga krav på korttidsboendenas personal. Det uppstår ofta problem då det krävs avancerad medicinsk behandling.

Samma frågor om hinder och förutsättningar ställdes i intervjustudien. Några enhetschefer nämner att brukarna kommer till korttidsboendet innan de är medicinskt färdigbehandlade, och ser det som ett hinder. Det är också en utmaning att de som kommer till korttidsboendet generellt är sjukare än förr. Många vill kunna erbjuda äldre personer stöd i ett tidigare skede och ser att man skulle kunna göra större skillnad om de kom till korttidsboendet tidigare än vad de gör i dag, t.ex. för träningsperioder på 14 dagar eller liknande. Att arbeta förebyggande och på det sättet förlänga kvarboendet skulle vara en fördel i ett längre perspektiv. I dag kommer de flesta när något redan har hänt.

Några enhetschefer lyfter särskilt fram svårigheten att tillgodose behoven för personer som har demenssjukdom och för personer som enbart har somatiska sjukdomar. Någon annan ser en utmaning i att samtidigt tillgodose behoven för personer som vistas där på kort sikt respektive på lång sikt. Som en lösning nämns att organisatoriskt göra verksamheten för växelvård till en avdelning och ha en annan avdelning som arbetar med s.k. ”hemgångskunder” som vistas på korttidsboendet under en begränsad period. En del vill även kunna avsätta platser som i akuta situationer kan utnyttjas utan ett biståndsbeslut.

Andra kommunala vård- och omsorgsformer

Hemtagningsteam alternativ till korttidsboende

I enkäten fick kommunerna ange om det finns ett hemtagningsteam eller liknande som kan ta hand om den äldre i hemmet direkt efter en sjukhusvistelse. Majoriteten av kommunerna svarade nej på frågan (73 procent), 25 procent svarade att de har ett hemtagningsteam eller liknande i kommunal regi, medan endast 2 procent har hemtagningsteam eller liknande i samverkan med landstinget.

En genomgång av webbplatserna till några kommuner med hemtagningsteam visar följande:

Hemtagningsteam ska fungera som en länk mellan sjukhusvården och den kommunala omsorgen och syftet är att ge vård och stöd i hemmet direkt efter sjukhusvistelsen. Teamet möter upp i hemmet efter sjukhusvistelsen och gör vårdplaneringen tillsammans med brukare och anhöriga. I planeringen bedömer teamet vilka insatser som behövs. Insatserna varar i mellan cirka tre och sex veckor. Efter den perioden överlämnas vårdplanen i vissa fall till biståndshandläggare och hemtjänst som tar över ansvaret. I hemtagningsteam ingår ofta undersköterskor, en sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och biståndshandläggare. Det finns flera varianter av hemtagningsteam och en kommun har exempelvis utredningshemtjänst. Det ges till utskrivningsklara patienter i de fall omfattningen av stödet och hjälpen i vardagen behöver utredas närmare. En biståndshandläggare identifierar behovet av omsorg, vilket kan innebära att personal från utredningshemtjänsten finns hos den nyutskrivna personen dygnet runt under de första dygnen. En strukturerad metod och checklistor används av personalen genom hela ärendet, och insatserna minskar successivt i takt med att individen stärker sin egen förmåga och känner sig tryggare. I slutet av utredningsperioden lämnas underlaget till biståndsbedömaren som beslutar om fortsatta insatser. Utredningshemtjänst beviljas under cirka två till tre veckor, beroende på omsorgsbehovets omfattning.

Trygghetsplatser alternativ till korttidsboende

På frågan ”Har ni trygghetsplatser utan biståndsbeslut som kan användas vid tillfälliga behov av dygnetruntomsorg?” svarade 27 procent av kommunerna ja och 73 procent svarade nej (antal svar var 241). Tabell 13 visar fördelningen av platser hos dem som svarade ja.

Tabell 13. Antal trygghetsplatser

Antal platser	Andel (procent)	Antal svar
1	44	50
2–3	38	50
4+	18	50

Källa: kommunenkät

Några kommuner som erbjuder trygghetsplatser beskriver målgruppen så här på sina webbplatser:

- personer som vårdas av en anhörig i sitt hem, för eget behov eller avlastning för den som vårdar
- personer som kan uppleva vardagen som svår, exempelvis efter sjukhusvistelser eller andra händelser som kan skapa osäkerhet och otrygghet
- Pensionärer i närområdet, vid akuta behov, utan biståndsbeslut.

Tiden som en person kan vistas på en trygghetsplats utan biståndsbeslut varierar från tre dagar till två veckor. Det finns också kommuner som har trygghetsplatser som kräver ett biståndsbeslut.

Andra vård- och omsorgsformer med omsorg dygnet runt

I enkäten fick kommunerna ange om de hade andra vård- och omsorgsformer som tillgodoser omsorg dygnet runt.

Tabell 14. Andra vård- och omsorgsformer

	Andel (procent)	Antal svar
Ja, i kommunal regi	18	44
Ja, i samverkan med landstinget	3	7
Nej	79	189
Totalt	100	240

Källa: kommunenkät

Majoriteten av kommunerna svarade att de inte har andra vård- och omsorgsformer som tillgodoser dygnetruntomsorg, förutom korttidsplats, trygghetsplats och permanent särskilt boende (nästan 80 procent). Cirka 18 procent svarade att de har andra vård- och omsorgsformer i kommunal regi, varav hälften har hemtjänst med tillsyn dygnet runt eller trygghetslarm. Därefter är de vanligaste svaren hemsjukvård, vård i livets slutskede samt växelvård. Många som svarade ja har dock uppgivit olika former av korttidsboende som svar på frågan. Det är därför i realiteten färre än 18 procent som har andra vård- och omsorgsformer.

En kommun svarade att de har dagverksamhet med möjlighet till övernattning. Cirka tre procent svarade att de har andra vård- och omsorgsformer i samverkan med landstinget. De vanligaste svaren var ASIH (avancerad sjuk-

vård i hemmet), närsjukvårdsplatser samt vård i livets slutskede. Två kommuner svarade vårdteam respektive mellanvårdsform på en VIA-enhet.

Diskussion och slutsatser

Korttidsboende – en mångfasetterad verksamhet

Korttidsboende har ofta beskrivits som ett stöd till resten av äldreomsorgen och Socialstyrelsens kartläggning bekräftar bilden. Samtidigt framstår insatsen korttidsboende som ett viktigt komplement till hälso- och sjukvården när korta vårdtider gör att många fortfarande har stora vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut från sjukhuset.

Korttidsboende är en verksamhet med många viktiga funktioner för en skör vård- och omsorgsbehövande grupp. Deras omfattande och komplexa behov ställer stora krav på kompetens och flexibilitet hos personalen. Chefernas upplevelse är att verksamheten och personalen utgår från de individuella behoven trots det breda uppdraget verksamheten har. Det finns kritik mot att verksamheten på korttidsboendena har ett otydligt innehåll och att personer med vitt skilda behov blandas på samma enhet. När en verksamhet inte är tydligt definierad eller reglerad finns en risk för sämre kvalitet och sämre möjligheter att följa upp kvaliteten.

Att verksamheten inte är definierad och reglerad innebär dock enligt enhetscheferna att de har förutsättningar och mandat att utforma vården och omsorgen med utgångspunkt i den enskildes behov och önskemål. Detta utgör en möjlighet snarare än ett hinder. Att driva en verksamhet med tydligt innehåll kan vara en utmaning eftersom verksamheten måste vara beredd att ta emot personer med mycket skiftande behov. Små kommuner kan ha för litet underlag för att inrätta särskilda enheter för vissa bestämda behov vilket gör att man kanske måste blanda personer med somatiska behov och personer med kognitiv svikt.

Vem vistas på korttidsboende?

Socialstyrelsens enkätstudie visar att många äldre vistas på korttidsboende för att det saknas plats i permanent särskilt boende och i flera kommuner är detta den vanligaste orsaken till att en person vistas på korttidsboende. Det visar tydligt att det finns problem med flödet i vård- och omsorgskedjan. Det visar också att andra målgrupper för korttidsboende riskerar att få stå tillbaka, exempelvis personer med behov av växelvård och rehabilitering samt anhöriga som behöver avlösning. I Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevården från 2011 är en slutsats att flera kommuner inte erbjuder rehabilitering och hjälpmedel till personer som har insjuknat i stroke och som bor i särskilt boende inklusive korttidsboende trots att det är deras ansvar [10].

Både kommunerna och enhetscheferna upplever att många personer blir utskrivna från sjukhus för tidigt och att korttidsboendet därför ibland kan liknas vid en kommunal akutvård utan tillräckliga resurser. Här blir det viktigt för huvudmännen att föra en dialog om vem som ska göra vad och att resurserna följer med de förskjutningar som görs mellan de olika huvudmännen. Antalet medicinskt färdigbehandlade eller utskrivningsklara, som det

heter idag, har minskat kraftigt sedan Ädelreformen och hade år 2007 stabiliserats på en nivå om cirka 1 100 - 1 300 patienter en viss mättag [11].

Andelen personer som får korttidsboende och permanent särskilt boende har minskat under de senaste fem åren. Det är också stora skillnader mellan länen och mellan kommunerna på andelen personer som får korttidsboende och permanent särskilt boende samt antalet boendedygn. Varken tillgång till korttidsboende eller till permanent särskilt boende verkar vara jämlik.

För att tydligare se om tillgången är tillräcklig behövs studier på individnivå. Kommuner och primärvård kan även ha andra former av vård och omsorg som fungerar så väl att behoven kan tillgodoses med en annan insats, exempelvis hemsjukvård, hemtjänst eller olika former av hemtagningsteam. Socialstyrelsen anser att tillgången till korttidsplatser inte kan bedömas separat och det är därför svårt att generellt säga något om tillgången till platser i landet är tillräcklig.

Korttidsboende som anhörigstöd

En allt större andel äldre personer vårdas för sin sjukdom och funktionsnedsättning i det ordinära boendet och samtidigt minskar andelen äldre i särskilt boende. Korttidsboende fyller därmed också en allt viktigare funktion som anhörigstöd. I den här kartläggningen är det också den näst vanligaste orsaken till att en person vistas på korttidsboende. För att korttidsboende ska fungera för den anhörige måste det vara tillgängligt och ha ett bra innehåll [12]. Boendemiljön och aktivitetsutbudet är dock områden som kan förbättras för att göra anhörigavlösningen mer attraktiv. Korttidsboende som anhörigstöd behöver fortsätta att utvecklas och enligt enhetscheferna gärna komma in i ett tidigare skede, innan situationen blir akut. Detta förutsätter dock att det finns platser och att dessa inte beläggs med personer som exempelvis väntar på en plats i permanent särskilt boende. Dessutom kan man räkna med en större efterfrågan på platser för anhörigavlösning och växelvård eftersom fler äldre bor kvar i ordinärt boende och får hjälp av anhörigvårdare.

Vem får korttidsplats?

Korttidsboende spelar i många fall en viktig roll i utskrivningsprocessen från sjukhuset och behövs ofta för att den sköra personen ska få tid att ”landa och rustas för hemgång”. Genom att ha tillgång till insatsen korttidsboende kan kommunerna därmed ta hand om de utskrivningsklara patienterna. Kommuner och enhetscheferna lyfter fram de ökade vårdbehoven hos personer som bedöms vara utskrivningsklara. De nämner t.ex. att korttidsboenden tenderar att bli s.k. minisjukhus, att de upplevs som sjukvårdens förlängda arm, att det blir onödiga förflyttningar för den sköra, äldre personen samt att det är svårt att upprätthålla en bred kompetens hos personalen. Några kommuner beskriver att de äldre ibland måste återvända till sjukhuset, eller i sämsta fall avlider inom några timmar eller dygn. Det är den patientansvariga läkaren på sjukhuset som avgör när en person kan skrivas ut, men antalet lediga vårdplatser på sjukhuset påverkar sannolikt denna bedömning [12]. Biståndshandläggarens komplexa roll, som socialarbetare, administratörer,

informatörer och grindvakter, kan sannolikt också påverka hur många som ansöker om korttidsboende samt hur många som får korttidsboende beviljat. Den ovanstående beskrivningen stämmer dåligt med det faktum att de individuella behoven hos den äldre ska stå i centrum. Den modell som Socialstyrelsen utvecklar för att beskriva behov och insatser inom äldreomsorgen kan förhoppningsvis innebära förbättringar på det här området [13].

Alla kommuner beviljar inte korttidsplats för rehabilitering idag. Den rehabilitering som främst ges på korttidsboenden är vardagsrehabilitering eller innebär ett rehabiliterande förhållningssätt. I äldrecentrums rapport *Korttidsplats - vårdform som söker sitt innehåll* konstaterar man att det mellan olika professioner och mellan huvudmännen finns olika syn på vad som är rehabilitering, ”mobilisering” respektive ”vardagsträning” och vem som ansvarar för vad [12]. Det finns risk för att personer på korttidsboende får sämre rehabilitering än de som skrivs ut till sitt ordinära boende. Socialstyrelsen anser att kommuner och landsting måste tydliggöra ansvarsförhållandena för att säkerställa den enskildes behov av rehabilitering.

Väntetider till korttidsboende och vistelsetider

En tidigare rapport från Socialstyrelsen visade att kommunen har haft svårt att belägga platser i akuta situationer när biståndsbedömare eller enhetschefer inte är i tjänst [14]. Resultatet från den här intervjustudien tyder på att detta har blivit bättre eftersom enheterna alltid är öppna och att det finns möjlighet att belägga platser utanför kontorstid.

Ibland bestäms vistelsetiderna av andra faktorer än de individuella behoven exempelvis om kommunen saknar tillgång till permanent särskilt boende eller om det ordinära boendet behöver bostadsanpassas vilket inte är en bra lösning för den äldre.

Socialstyrelsen genomförde 2002 en studie om insatsen korttidsboende genom en inventering av 23 korttidsenheter i 17 kommuner. Medeltalet för vistelsetiden var då 37 dygn. I den här kartläggningen stannar de äldre i genomsnitt i 27 dagar, vilket kan tyda på en högre genomströmning i dag. Socialstyrelsen har i ett annat uppdrag börjat samla in individuppgifter för bl.a. vistelsetider och väntetider för att få mer tillförlitlig statistik.

Genomförandeplan och uppföljning av biståndsbeslut

Genomförandeplanen upplevs som ett centralt verktyg för att de äldre ska ha inflytande och vara delaktiga, och den används i stor utsträckning enligt intervjustudien. Tillsynsrapporter från Socialstyrelsen har tidigare visat att många verksamheter saknar genomförandeplaner men den senaste nationella tillsynen av vård och omsorg om äldre visar att de flesta personer nu har en sådan plan. Det finns dock brister i genomförandeplanerna, och ofta saknas en helhetssyn på den äldre personen [15].

I Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning 2012 (Öppna jämförelser) hade bara i snitt 14 procent av alla personer i särskilt boende fått sina beslut uppföljda av biståndshandläggaren inom angiven tid och på angivet sätt. Detta stämmer med bilden från den här kartläggningen eftersom det

verkar vara otydligt var och när besluten ska fattas och följas upp samt på vilket sätt. Detta varierar också mycket mellan de olika korttidsboendena.

En nackdel med otydliga eller övergripande beslut är att rättssäkerheten blir sämre för den enskilde. Det måste vara tydligt vilka de individuella behoven är och vilka insatser som beviljas, för annars vet inte den äldre och dennes anhöriga vad de kan förvänta sig. En annan konsekvens är att det blir svårt att få rätt bemanning på korttidsboendet. Socialstyrelsen anser utifrån kartläggningen att två beslut behöver fattas när det gäller särskilda boendeformer för äldre: ett beslut som avser bostaden och ett beslut som avser de hemtjänstinsatser som den äldre behöver, vilket myndigheten har påtalat tidigare [16].

Nya sätt att vårdplanera

Problematiken vid vårdplanering tas upp i en del studier, exempelvis att biståndshandläggaren inte hinner komma till sjukhuset, att beslutet dröjer eller att besluten inte är tidsbegränsade [17]. Flera studier visar också att de äldre inte tycker att de har fått vara tillräckligt delaktiga och har missuppfattat de beslut som fattades under mötet [18]. Vidare ställer det höga krav på biståndshandläggaren att behöva besluta om insatser på sjukhuset, utan möjlighet till hembesök eller någon längre utredningstid.

Den här kartläggningen indikerar att vårdplaneringen behöver utvecklas för att det ska bli rättssäkert men också för att den äldre ska kunna vara delaktig. En möjlighet skulle vara att vårdplaneringen sker på plats i korttidsboendet efter någon dag, tillsammans med teamet runt den äldre. Den äldre har då hunnit anpassa sig till den nya situationen och kan då vara mer delaktig. Då kanske sjukgymnaster och arbetsterapeuter också skulle kunna delta i större utsträckning.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden framgår att den som bedriver socialtjänst i ett särskilt boende ska för varje person med demenssjukdom som bor i boendet upprätta en genomförandeplan. Denna plan ska utgå från de beslut om hemtjänstinsatser som socialnämnden har fattat. Av föreskrifterna följer också att nämnden ska fatta tydliga beslut där det framgår vilka hemtjänstinsatser som den enskilde ska få i det särskilda boendet. Dessa föreskrifter träder i kraft den 31 mars 2015 och kommer att påverka det arbetssätt som idag finns i en del kommuner, där det ofta är utförarna som fyller ut besluten med innehåll.

Boendemiljö och sociala aktiviteter

Det finns fortfarande personer på korttidsboenden som delar rum och hygienutrymme enligt vår kartläggning. Många enhetschefer önskar att boendet hade mer moderna lokaler och en mer hemlik miljö. De vill också ha lokaler i markplan med trevlig utemiljö för att få fler möjligheter till olika aktiviteter. Korttidsboende har kritiserats för att personer har varit tvungna att dela rum eller hygienutrymme med andra i både Socialstyrelsens tillsynsrapporter tidigare och i IVO:s rapport *Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre 2013* [15]. Under dessa omständigheter försvåras möjligheten att uppfylla kraven

på att visa respekt för den äldre personens integritet och värdighet samtidigt som det också finns risk för ökad smittspridning.

Socialstyrelsen anser liksom tidigare att det inte är förenligt med kraven på god kvalitet att äldre personer tvingas dela rum eller lägenhet med en annan person i en särskild boendeform för äldre.

Kompetens och bemanning

Den främsta förutsättningen för en väl fungerande korttidsverksamhet är kompetent och utbildad personal, tillräcklig bemanning hela dygnet, väl fungerande teamarbete och multiprofessionella team enligt kommunerna.

Bilden som ges i kartläggningen av korttidsboende är dock att verksamheten har en stor förmåga till flexibilitet och till att kunna anpassa insatserna efter ständigt föränderliga behov, både på individnivå och på verksamhetsnivå. Med en ökad personaltäthet skulle möjligheten att erbjuda sociala aktiviteter i större utsträckning öka. Kompetens och bemanning är områden som Socialstyrelsen tidigare har uppmärksammat i ett flertal lägesrapporter för äldreomsorgen. Det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens och exempelvis kan rehabilitering riskera att bli eftersatt.

Korttidsboende – en möjlighet att rusta sig för en ny situation

De flesta äldre kommer till korttidsboendet efter en omvälvande händelse eller turbulent period, och då kan de behöva tid för att reflektera och ta reda på hur mycket de klarar, för att känna sig trygga med situationen. Det framkommer tydligt i kartläggningen att de personer som idag kommer till korttidsboende många gånger har mycket stora vård- och omsorgsbehov.

Antalet personer som får en korttidsplats har minskat under de senaste åren. Olika kommuner har också olika riktlinjer eller praxis för hur man använder korttidsboende och den officiella statistiken visar att det är stora skillnader mellan kommunerna om insatsen korttidsboende används eller inte.

Den här kartläggningen tyder på att korttidsboende får allt större betydelse, särskilt för personer som kommer direkt från sjukhuset. Minskningen av antalet platser är därför oroväckande om inte andra insatser erbjuds i stället.

Det finns få studier som visar om korttidsboende är en kostnadseffektiv insats och om den leder till ökad funktionsförmåga. Däremot finns flera studier som visar goda resultat om den äldre får ett strukturerat omhändertagande av olika professioner efter en sjukhusvistelse, mätt exempelvis genom återvunnen funktionsförmåga [12]. Äldrecentrums studie visar flera goda resultat för personer som har fått korttidsplats, exempelvis ökad funktionsförmåga [12].

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns andra former av vård och omsorg som kan vara ett alternativ till korttidsplats för vissa målgrupper. Flera kommuner har andra vård- och omsorgsformer med liknande syfte. Det kan exempelvis vara olika former av hemtagningsteam och äldreteam.

Några kommuner arbetar för att minska antalet korttidsplatser för att i stället arbeta med hemrehabilitering och hemtagningsteam.

Kvarboendepincipen – finns det några gränser?

Om platserna i permanent särskilt boende och antalet korttidsplatser fortsätter att minska finns det en uppenbar risk för att fler personer inte kommer att få sina behov tillgodosedda om inte andra alternativ utvecklas och erbjuds av kommunen. Flera kommuner saknar en långsiktig plan för sin framtida försörjning av särskilda boendeformer.

Minskningen av antalet platser i permanent särskilt boende och korttidsboende är inte nödvändigtvis negativt i sig eller i alla kommuner. Många kommuner har upprustat bostadsbeståndet och exempelvis byggt trygghetsboenden så att det är möjligt att bedriva hemtjänst och hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunaliseringen av hemsjukvården har också pågått under de senaste åren och minskningen av korttidsplatser kanske är naturlig när kommunerna i större grad anser sig klara vårdbehoven inom hemsjukvården. Utbudet av andra vård- och omsorgsformer i respektive kommun måste också vägas in för att kunna säga något om den totala bilden för målgruppen. Socialstyrelsen vill lyfta fram frågan om kvarboendepincipen och vad den innebär, främst för ensamhushåll och för anhörigas ansvarsbörda.

En utgångspunkt kan vara att de kvaliteter som den avancerade hemsjukvården präglas av bör kunna erbjudas till fler äldre personer i ordinärt boende. Samtidigt är det viktigt att alla äldre som har stora behov av vård och omsorg och som vill få hjälpen i ett särskilt boende också ges den möjligheten. I vissa situationer, särskilt när den äldre personen har nedsatta kognitiva förmågor och känner otrygghet, är inte vård och omsorg i ordinärt boende ett reellt alternativ. En viktig fråga som också bör belysas är om de äldre vill ha korttidsboende eller om de vill komma hem till sitt ordinära boende och få hjälpen där.

Socialstyrelsen anser att alla kommuner bör ha en långsiktig strategi för hur kvarboendet ska underlättas och att kommunerna långsiktigt behöver planera sitt byggande av särskilt boende och övriga bostäder för att möta den demografiska utvecklingen.

Utbud av vård och omsorg i fem län

Äldre personer har ofta vård och omsorg från flera vård- och omsorgsgivare och olika kombinationer av insatser från primärvård, specialiserad vård och kommunal vård och omsorg.

Utgångspunkten i detta kapitel har varit att beskriva fem läns utbud med hjälp av den information som finns tillgänglig i officiell statistik samt på landstingens och kommunernas webbplatser. Syftet med kartläggningen är att få en bild av utbudet inom primärvården, den specialiserade vården och den kommunala vården och omsorgen för äldre personer över 65 år. Denna del av kartläggningen har därför en utvidgad målgrupp.

Följande fem län har ingått i kartläggningen: Västerbotten, Gävleborg, Stockholm, Jönköping och Region Skåne. Utbudet av vård och omsorg beskrivs med ett urval av strukturvariabler som berör primärvården, specialiserad vård samt den kommunala äldreomsorgen. Enstaka process- och resultatvariabler redovisas samt grundläggande kostnadsvariabler. Värdena har räknats fram genom att t.ex. beräkna antalet enheter i ett län eller genom att sätta ett antal, eller ett värde, i förhållande till andelen i befolkningen som är 65 år och äldre. Uppgifterna har hämtats från olika datakällor och redovisas i bilaga 2. Informationen kommer från de olika vårdenheternas, landstingens och kommunernas webbplatser, med fakta om riktade insatser till äldre personer över 65 år. Informationen inhämtades under våren och sommaren 2013.

Urvalet av variabler är begränsat och därför är resultatet inte heltäckande. Resultaten ska också tolkas med försiktighet eftersom det i praktiken kan finnas insatser som ges, men som inte presenteras på webbplatserna.

Utbudet av vård- och omsorgsinsatser inom olika vårdnivåer presenteras genom att variablerna har sammanställts och redovisas i tabellerna 15-17. Efter varje tabell följer en redovisning av resultat och diskussion. Avsnittet avslutas med en avslutande diskussion och slutsatser.

De olika länens utbud av vård och omsorg finns i bilaga 3 som innehåller mer detaljerad information.

Resultat och diskussion

Utbud av primärvård

Utbudet av primärvård inom respektive län redovisas genom utvalda variabler i tabell 15. Rikets värde redovisas för variabler där värden finns tillgängliga.

Tabell 15. Primärvård

Utbud av primärvård för personer 65 år och äldre. Genomsnittliga värden redovisas för riket samt länsvis.

Variabler	Riket	Väster- botten	Gävle- borg	Stock- holm	Jön- köping	Skåne
Andel äldre (personer 65 år och äldre) i procent*	19	20	23	15	20	19
Genomsnittligt antal listade per vårdenhet	8 021	6 908	6 919	9 246	6 555	8 542
Andel äldre per vårdenhet (procent)**	-	20	22	15	20	19
Andel äldre per vårdenhet, min-max (procent)	-	10–26	14–34	7–52	11–33	9–42
Antal äldreomtagningar	-	0	0	4	3	32
Antal allmänläkare i lands- tinget 2010	5 895	174	178	1 456	185	794
Antal listade per allmänläkare 2012	1 942	1 995	1 735	1 778	1 955	2 051
Antal allmänläkare per 1 000 äldre i primärvården 2012	-	1,12	0,55	1,3	1,08	0,96
Andel telefonkontakt samma dag (mars 2012)	88,6	83,6	93,8	iu***	98,9	72,1
Andel tid till läkare inom sju dagar (mars 2012)	92,9	92,0	85,2	94,6	94,8	90,3
Andel vårdenheter med hyr- läkare 2012 (procent)	41	42	60	32	37	32
Andel vårdenheter med ST- läkare 2012 (procent)	69	68	43	71	67	71
Kostnad för hälso- och sjukvård totalt, kr per inv. 2012	24 927	27 627	25 821	24 232	25 174	23 854
Kostnad för primärvård, kr per inv. 2012	4 365	4 179	5 657	4 234	4 704	4 281
Primärvårdens andel av total kostnad 2012 (procent)	18	15	22	17	19	18

*Äldre avser här personer 65 år och äldre

**Andelen äldre per vårdenhet har beräknats utifrån antal personer 65 år och äldre i respektive kommun delat med antal vårdenheter. Det genomsnittliga antalet äldre per vårdenhet har sedan delats med det genomsnittliga antalet listade per vårdenhet i länet. Detta är genomsnittliga värden med syfte att få en bild av andelen äldre per vårdenhet. Det genomsnittliga värdet för andelen äldre per vårdenhet kan skilja sig från den faktiska andelen äldre per vårdenhet. Offentliga vårdenheter har t.ex. ofta fler listade än privata vårdenheter.

***Uppgift saknas

Utbud av primärvård för äldre personer

Andelen personer 65 år och äldre varierar mellan länen, från lägst i Stockholm (15 procent) till högst i Gävleborg (23 procent). När andelen ”äldre äldre” ökar, så ökar också risken för att de äldre ska utveckla flera samtidiga kroniska sjukdomar samt drabbas av funktionsnedsättningar som är relate-

rade till ett normalt åldrande. Därmed är det också fler som behöver tillgång till primärvård, vårdenheter samt allmänläkare. Cirka 44 procent av alla som besöker vårdenheterna i primärvården är äldre [1].

Antalet vårdenheter i länen och i kommunerna varierar stort, vilket kan förklaras både med geografi (storstad respektive landsbygd) och demografi (befolkningsunderlag). I större städer finns som förväntat flera vårdenheter och i kommuner där centralorten finns. I små kommuner eller i landsbygd är det vanligt med en eller ett fåtal vårdenheter. Tillgängligheten i primärvården bedöms överlag vara god i landet, eftersom antalet läkarbesök ökar liksom antalet vårdenheter [1]. Resultatet visar att tillgängligheten till primärvård varierar i de fem kartlagda länen, men generellt kan den anses vara god när det gäller att få kontakt via telefon samt att få tid till läkare inom sju dagar. Det finns dock vissa variationer (se tabell 15). Primärvården är främst tillgänglig under dagtid på vardagar i de studerade länen. Det finns skillnader för de äldre personer som behöver primärvård under jourtid, och särskilt i kommuner med bara en vårdenhet där det är långt till närmaste jourcentral.

Andelen äldre per vårdenhet varierar mer mellan kommunerna inom ett län, än mellan länen. Exempelvis har Stockholm såväl den lägsta som den högsta andelen äldre per vårdenhet (cirka 7–52 procent). Den uppgiften är dock en skattning av den relativa andelen äldre per vårdenhet i respektive kommun, och bör därför tolkas med försiktighet.

Vårdenheternas riktade insatser till de äldre patienterna kan organiseras med exempelvis en äldremottagning, ett äldreteam och en äldresjuksköterska. Det kan vara positivt för den äldre personens behov av exempelvis längre besökstid, personalkontinuitet och geriatriskt fokus. Endast tre av de studerade länen har äldremottagningar (Skåne, Stockholm och Jönköping). Den här undersökningen omfattar dock inte förutsättningarna för de studerade länen att ha äldremottagningar. Förutom befolkningsunderlaget och ekonomiska förutsättningar finns det troligtvis andra avgörande faktorer i sammanhanget. En faktor kan vara hur innovativa de lokala vårdenheterna är när det gäller att organisera och utveckla mottagningar med särskilda inriktningar för målgruppen, exempelvis minnesmottagningar och demensmottagningar. Få av de studerade länen har en särskild äldresjuksköterska, men flera enheter har sjuksköterskor med t.ex. inriktning mot demens. Det finns få specialistutbildade sjuksköterskor i geriatrik, och antalet är ojämnt fördelat över landet [1].

Nettokostnaden för primärvård per invånare skiljer sig markant åt mellan landstingen, vilket kan ses som en skillnad i prioritering av primärvård. Det reflekterar också skillnader som finns vad gäller struktur och förutsättningar, men landsting med en låg relativ primärvårdskostnad har sannolikt större möjligheter att förbättra primärvården genom omprioritering av resurser.

Tillgång till läkare och kompetens

Antalet listade personer per allmänläkare, sett till alla åldersgrupper, är lägst i Gävleborg med 1 735 personer och högst i Skåne med 2 051. Samtliga fem län har fler listade per allmänläkare än de 1 500 personer som har diskuterats som ett riktmärke för allmänläkare. Stockholms primärvård har den högsta

läkartätheten för allmänläkare per 1 000 personer 65 år och äldre inom primärvården (1,3 per 1 000 personer) och Gävleborg har mindre än hälften så många allmänläkare (0,55 per 1 000 personer). Detta visar att det finns skillnader i tillgång till allmänläkare för de äldre i de studerade länen. Denna snedfördelning kritiserar också i Läkarförbundets kartläggning av allmänläkarbeståndet eftersom skillnader i läkartäthet gör det svårt att erbjuda vård på lika villkor, oavsett om skillnaderna gäller inom eller mellan landstingen [2].

Socialstyrelsen har tidigare framhållit vikten av att uppmärksamma brist på kontinuitet i äldre personers kontakt med läkare och sjuksköterskor inom primärvården [3]. Andelen hyrläkare ingår i kartläggningen eftersom det kan påverka kontinuiteten och därmed den trygghet som de äldre efterfrågar i primärvården. Andelen vårdenheter med hyrläkare är betydligt högre i Gävleborg (60 procent). Stockholm och Skåne hade den lägsta andelen hyrläkare (32 procent). Hyrläkare är i sig inte negativt eftersom det kan vara vårdenheternas och befolkningens enda sätt att få tillgång till allmänläkarkompetens, i synnerhet i glesbygden. Däremot kan kvaliteten på vården påverkas negativt med en sämre kontinuitet för att följa upp provsvar och behandlingar, samtidigt som läkarna har sämre möjligheter att delta i kompetensutveckling och samverka med både den specialiserade vården och kommunen. I den här kartläggningen tycks det finnas en koppling mellan andelen hyrläkare och andelen ST-tjänster i allmänmedicin per vårdenhet. Där det finns fast bemanning av allmänläkare finns också bättre förutsättningar för att ha ST-tjänster. I förlängningen kan detta innebära att den framtida tillgången till allmänläkare kan bli bättre i vissa län än i andra.

Vårdpersonal med specialistutbildning är avgörande för vårdkvaliteten och patientsäkerheten [2]. Det finns flera specialistkompetenser som behövs för de äldre personernas vårdbehov, och det gäller inte bara läkarkompetenser. Den här kartläggningen har dock begränsats till utbudet av geriatrisk och psykiatrisk specialistläkarkompetens. Hösten 2012 stod geriatrikerna vid vårdenheter för en procent av den totala läkarresursen [1]. Stockholm har högst tillgång till såväl geriatriker som psykiatriker per 1 000 äldre: 0,7 geriatriker per 1 000 äldre och 1,9 psykiatriker per 1 000 äldre. Skåne har lägst tillgång till geriatriker (0,11 per 1 000 äldre) och Gävleborg har lägst tillgång till psykiatriker (0,3 per 1 000 äldre).

Landstingen ansvarar för att tillsätta ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa tillgången till sådana specialistläkare. Enligt Läkarförbundets undersökning 2013 anser verksamhetscheferna dock att det nuvarande antalet ST-läkare vid vårdenheterna i primärvården inte räcker till för att täcka det framtida behovet [2].

Utbud av specialiserad vård

Utbudet av specialiserad vård inom respektive län redovisas genom utvalda variabler i den nedanstående tabellen. Rikets värde redovisas för de variabler där värden finns tillgängliga.

Tabell 16. Specialiserad vård

Utbud av specialiserad vård för personer 65 år och äldre. Genomsnittliga värden redovisas för riket samt länsvis.

Variabler Län	Riket	Väster- botten	Gävle- borg	Stock- holm	Jön- köping	Skåne
Andel äldre *(personer 65 år och äldre) i procent	19	20	23	15	20	19
Direktinskrivning från akutmottagning till geriatrisk avdelning	-	1 av 3	1 av 3	3 av 7	1 av 4	4 av 10
Snabbspår för mest sjuka äldre vid sjukhusens akutmottagningar	16	0 av 3	0 av 3	2 av 7	1 av 4	4 av 10
Antal slutenvårdsplatser per 1 000 äldre 2012	-	17,0	10,3	14,6	13,7	14,0
Antal geriatriska slutenvårdsplatser per 1 000 äldre 2012	-	1,96	0,19	2,7	1,95	0,23
Antal geriatriker per 1 000 äldre landstinget	-	0,32	0,14	0,7	0,22	0,11
Antal psykiatriker per 1 000 äldre landstinget	-	0,7	0,3	1,9	0,62	0,96
Kostnad för hälso- och sjukvård totalt, kr per inv. 2012	24 927	27 627	25 821	24 232	25 174	23 729
Kostnad specialiserad psykiatrisk vård, kr per inv. 2012	2 163	2 565	1 914	2 791	2 170	2 059
Specialiserad psykiatrisk vård, andel av total kostnad 2012	9	9	7	12	9	9
Kostnad specialiserad somatisk vård, kr per inv. 2012	12 887	13 500	13 177	12 563	12 776	12 886
Specialiserad somatisk vård, andel av total kostnad 2012	52	49	51	52	51	54

*Äldre avser här personer 65 år och äldre

Utbud av geriatriska slutenvårdsplatser

Mellan åren 2007 och 2011 minskade antalet slutenvårdsplatser i landet med drygt 600 platser (från cirka 26 200 till cirka 25 600) [1].

Utbudet av geriatriska slutenvårdsplatser per 1 000 äldre är högst i Stockholm. Därefter kommer Västerbotten och Jönköping med lika stor tillgång, följt av Skåne och Gävleborg. Kartläggningen visar att det finns stora skillnader i tillgången till geriatrisk specialistkompetens och tillgången till geriatriska slutenvårdsplatser mellan de studerade länen. Detta är problematiskt mot bakgrund av att vården ska vara jämlik i landet.

I de län där det finns få geriatriska slutenvårdsplatser kan äldre i högre utsträckning vårdas vid andra slutenvårdsavdelningar med lägre geriatrisk kompetens. Det kan också innebära att den öppna vården och kommunen får ta ett större ansvar för geriatriska vårdbehov hos de äldre.

Snabbspår vid akutmottagning och direktinskrivning

Direktinskrivningar och s.k. kallade snabbspår används för att undvika långa vistelsetider på akutmottagningar. Patienten diagnostiseras före besöket på mottagningen eller tidigt vid ankomsten och slussas sedan vidare till en lämplig undersökning, vård eller behandling. Drygt 20 procent av landets akutmottagningar har snabbspår för de mest sjuka äldre [5].

Snabbspår för äldre finns vid sjukhusens akutmottagningar i Stockholm, Skåne och Jönköping. I Skåne finns snabbspår för de mest sjuka äldre på akutmottagningarna vid fyra av länets sjukhus, i Stockholm på två sjukhus och i Jönköping på ett sjukhus. Västerbotten och Gävleborg har inte snabbspår för de mest sjuka äldre. Alla de undersökta länen har däremot direktinskrivning från akutmottagning till en geriatrisk vårdavdelning. Västerbotten, Gävleborg och Jönköping har ett sjukhus vardera med direktinskrivning av äldre, medan Stockholm och Skåne har fler. När fler sjukhus erbjuder de äldre patienterna möjlighet att bli direktinskrivna visar det på landstingens strävan efter att ge vård på rätt nivå. På detta sätt kan de äldre slippa längre vistelser vid akutmottagningarna, och då minskar risken för att äldre påverkas negativt med exempelvis förvirring i samband med alltför många miljöombyten i kombination med det aktuella sjukdomstillståndet.

Utbud av kommunal vård och omsorg

Utbudet av kommunal vård och omsorg inom respektive län redovisas genom utvalda variabler i nedanstående tabell. Rikets värde redovisas för de variabler där värden finns tillgängliga.

Tabell 17. Kommunal vård och omsorg

Utbud av kommunal vård och omsorg för personer 65 år och äldre. Genomsnittliga värden redovisas för riket samt länsvis.

Variabler Län	Riket	Väster- botten	Gävle- borg	Stock- holm	Jön- köping	Skåne
Andel personer 65 år och äldre (procent)	19	20	23	15	20	19
Andel äldre med hemtjänst 2011 *	11,5	12,1	12,1	10,0	12,2	12,4
Andel äldre med hemtjänst, min–max	-	7,9–17,9	7,7–14,8	5,0–14,5	6,3–15,2	6,6–18,1
Andel äldre med omfattande hemtjänst**	39,0	37,9	39,1	40,8	35,2	41,0
Kostnad hemtjänst kr per inv. (65+) 2012	16 586	17 578	15 705	13 285	14 521	16 248
Kostnad hemtjänst, min–max	-	6 971– 40 772	11 957– 23 012	6 006– 19 753	9 308– 21 688	10 941– 25 871
Andel äldre i särskilt boende 2011(procent)	5,1	7,2	5,4	2,8	5,3	4,0
Andel äldre i särskilt boende, min–max	-	5,5–12,3	4,4–6,5	2,8–6,6	4,2–8,2	2,7–5,6
Väntetid särskilt boende, min–max***	-	8–62	41–79	7–131	12–61	13–91
Kostnad särskilt boende kr per inv. (65+) 2012	31 571	46 486	32 210	28 572	32 054	26 905
Kostnad särskilt boende, min–max	-	27 941– 63 345	25 514– 40 725	20 459– 44 119	25 826– 41 367	14 776– 35 883
Antal korttidsplatser per 1 000 äldre 2012	-	4,1	5,3	2,9	4,6	4,3
Antal korttidsplatser, min–max	-	3,0–8,7	3,2–9,4	1,1–10,0	1,7–9,3	1,3–7,5
Kostnad korttidsplats, kr per inv. (65+) 2012	3 057	2 905	4 276	2 528	2 936	2 755
Kostnad korttidsplats, min–max	-	808– 7 463	2 401– 6 971	761–5 811	1 384– 4 710	1 123– 5 871
Dagverksamhet, demens****	-	7 av 15	8 av 10	28 av 40	10 av 13	23 av 33
Dagverksamhet, social inriktning****	-	5 av 15	5 av 10	15 av 40	4 av 13	8 av 33
Kommuner med trygghetsplatser	-	1 av 15	2 av 10	3 av 40	3 av 13	9 av 33
Kommuner med hemtagningsteam	-	2 av 15	1 av 10	2 av 40	0 av 13	9 av 33

*Äldre avser här personer 65 år och äldre

**Andel personer 65 år och äldre med 25 timmar hemtjänst eller mer per månad

***Väntetid till särskilt boende, antal dagar (medelvärde)

****Antal kommuner/stadsdelar med biståndsbeslutad dagverksamhet

Andel äldre med hemtjänst

Många kommuner erbjuder hemtjänst under hela dygnet, vilket de beskriver på sina webbplatser. Tillgång till hemtjänst dygnet runt kan exempelvis bidra till ökad säkerhet och trygghet, och trygghetslarm i bostaden kan öka de äldre möjlighet att bo kvar i hemmet. Trygghetslarmet gör att de äldre snabbt kan komma i kontakt med omvårdnadspersonal dygnet runt.

Andelen personer med hemtjänst är ungefär densamma i fyra av länen, medan Stockholm har en lägre andel jämfört med övriga län samt jämfört med genomsnittet för riket. Däremot finns en stor variation inom länen när det gäller andelen personer med hemtjänst i respektive kommun. I Skåne är det en högre andel äldre som har 25 timmar hemtjänst eller mer per månad, liksom i Stockholm. I Jönköpings län finns lägst andel hemtjänsttagare med 25 timmar eller mer. Det varierar även inom länen hur stor andel som har mycket hemtjänst. Exempelvis finns det en kommun i Skåne där samtliga hemtjänsttagare har 25 timmar eller mer. Omfattningen av den enskildes hemtjänstinsatser påverkas i stor grad av kommunens biståndsbedömning, vilket kan vara en förklaring till variationerna. Andra förklaringar kan vara hur bostadssituationen ser ut, vilka insatser de anhöriga står för och vilka förebyggande insatser som erbjuds i kommunen. Det är fler äldre som i dag använder tjänster med rut-avdrag, även om fördelningen är ojämn både geografiskt och inkomstmässigt. Rut-avdrag används mest av äldre som har höga inkomster och bor i tätbefolkade delar av landet [1]. Detta påverkar förmodligen främst äldre personer som har mindre omfattande hemtjänst, men kan eventuellt påverka den totala andelen äldre som har hemtjänst i vissa kommuner eller områden.

Tillgång till platser i särskilt boende

Tillgången till korttidsplatser och permanenta platser i särskilt boende varierar mycket mellan länen och även mellan kommunerna inom ett län (se tabell 17). I Stockholms län är andelen personer i särskilt boende 2,8 procent och i Västerbotten 7,2 procent. Antalet korttidsplatser per 1 000 invånare är 2,9 i Stockholm och 5,3 i Gävleborg. Väntetiden till särskilt boende varierar också mycket inom länen och störst variation finns i Stockholm. Skillnaderna beror sannolikt inte bara på befolkningens ålderssammansättning och hälsostatus eller på de individuella behoven, utan kan också bero på vilka gränsdragningar och riktlinjer som finns i kommunen för att bevilja insatsen. Skillnaderna mellan länen gäller alltså antalet korttidsplatser och platser vid särskilt boende per 1 000 personer 65 år och äldre, samt andelen som vistas vid de båda kommunala äldreomsorgsformerna. Dessa variationer kan bero på vilka andra insatser som finns, såsom hemtagningsteam och trygghetsplatser, samt bero på hur bostadssituationen för äldre ser ut för övrigt i kommunen.

Nettokostnaden per invånare för olika vård- och omsorgsformer visar tydligt samma mönster som tillgången till platser. Skillnaderna för olika former varierar stort inom landstingen, men relativt lite mellan olika landsting. De redovisade kostnaderna reflekterar hur olika kommuner skiljer sig åt i vilka omsorgsformer som erbjuds.

Tillgång till övriga kommunala vård- och omsorgsformer

Det finns även andra vård- och omsorgsformer som är viktiga för att hela vård- och omsorgskedjan ska fungera för den enskilde, t.ex. hemtagningsteam, trygghetsplatser och dagverksamhet.

Hemtagningsteam ska fungera som en länk mellan sjukhusvården och den kommunala omsorgen, och syftet är att ge vård och stöd i hemmet direkt efter en sjukhusvistelse. Skåne har i störst utsträckning hemtagningsteam i kommunerna.

Insatsen trygghetsplatser har utvecklats under de senaste åren i en del kommuner, främst som ett anhängstöd, och de kan finnas i anslutning till ett korttidsboende. Platserna är oftast ett stöd för den anhörige som vårdar en närstående och tillfälligt behöver avlösning. Tillgången till trygghetsplatser är störst i Skåne och minst i Västerbotten.

Biståndsbeslutad dagverksamhet innebär förutom insatsen även att kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar vid dagverksamheten och ska erbjuda personalen och biståndshandläggaren individuell uppföljning. I Gävleborg erbjuder åtta av tio kommuner biståndsbeslutad dagverksamhet för äldre med demens, men i Västerbotten har mindre än hälften av kommunerna dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Detta kan tänkas bero på att länet främst består av glesbygdskommuner med få invånare, och att dagverksamhet blir kostsamt eller svårt att organisera med tanke på långa avstånd och få deltagare. Gävleborg har även biståndsbeslutad dagverksamhet för social inriktning i större utsträckning, medan det förekommer minst i Skåne. De kommuner som saknar biståndsbeslutad dagverksamhet hänvisar ofta till öppen verksamhet. Den öppna verksamheten kan ibland vara bemannad med personal från kommunen men ibland endast av ideella krafter. Dagverksamhet är liksom korttidsplatser ett stöd för den enskilde att kunna bo kvar i den ordinära bostaden trots olika sjukdomar och funktionshinder. Många gånger fungerar dagverksamhet också som anhängavlösning och är en viktig funktion för att anhängvårdare ska få utrymme och orka med rollen som vårdare.

Avslutande diskussion och slutsatser

Primärvården är den vårdnivå som är utbredd och befolkningsnära, vilket ger den en särställning i mindre kommuner eller där det är långt till närmaste sjukhus och den specialiserade vården. Utbudet av vårdenheter i primärvården varierar dock stort inom länens granskade kommuner. Socialstyrelsens granskning av webbplatserna visar att få landsting beskriver en särskild organisering för äldre vid vårdenheterna på de granskade sidorna, men att det ändå finns en utveckling mot äldresjuksköterska, äldreteam och äldre-vårdcentral främst vid vårdenheterna i storstadskommunerna.

För att primärvården ska vara tillgänglig måste den äldre befolkningen kunna nå den samma dag som behovet uppstår, både genom telefonkontakt eller möjlighet till besök. Kartläggningen visade dock att det finns skillnader för både telefontillgängligheten och möjligheten att få tid hos läkare inom sju vardagar. Även primärvårdens tillgänglighet under kvällar, nätter och helger har betydelse för att äldre personer ska få en bedömning och vård på rätt vårdnivå. Bristande tillgänglighet under jourtid kan bidra till att vården ges

på fel vårdnivå med onödiga besök vid sjukhusens akutmottagningar. Därför är det viktigt att kommunerna genom sina avtal med landstinget får tillgång till de läkarinsatser som behövs för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet.

När hemsjukvården blir ett kommunalt ansvar i hela landet, ökar kommunens uppdrag för den äldre befolkningen ytterligare, kombinerat med ansvaret för olika former av vård och omsorg, såsom permanent särskilt boende, korttidsboende, dagverksamhet och anhörigavlösning. Hemtjänsten erbjuder dessutom ofta stöd dygnet runt, och i kombination med ett trygghetslarm är hemtjänsten den trygghet som många äldre kan erbjudas i det ordinära boendet. Därför har hemtjänsten en viktig roll i vård- och omsorgskedjan för de äldre, både ur ett individperspektiv och ur ett verksamhetsperspektiv. Hemtagningsteam kan ersätta korttidsboende i vissa fall, men det är oklart vilket resultat ett team har för den äldres återhämtning och funktionsförmåga. Idag finns inga jämförande svenska studier som visar i fall hemtagningsteam är ett bra alternativ till insatsen korttidsboende. Det vore önskvärt att studera detta, liksom verksamheternas kostnadseffektivitet.

Statistik visar att personalbehovet inom äldreomsorgen kommer att öka med 50 procent mellan åren 2010 och 2050, till följd av den åldrande befolkningens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst [1]. Därför behöver kommunerna fortsätta att planera och ta ett samlat grepp om bemanning, kompetensutveckling för att säkerställa en god äldreomsorg. Socialstyrelsen ser därmed ett behov av att inventera hemtjänstens tillgång till primärvård och kompetens i samband med att äldre personer behöver vård i ordinärt boende, inte bara under jourtid utan också i samband med delegeringar av vårdinsatser från hemsjukvården till hemtjänstpersonal. Socialstyrelsen anser i enlighet med tidigare förslag [9] att kommuner och landsting behöver öka personalens geriatriska kompetens för att säkerställa en god vård och omsorg till allt fler sköra äldre.

Kartläggningen i de fem länen omfattar främst strukturvariabler och det går inte att göra någon djupare analys av de stora variationerna inom ett län för vård- och omsorgsutbudet. För att förklara skillnaderna både inom och mellan länen för de studerade variablerna krävs en mer grundläggande analys av både process- och resultatvariabler. Processvariablerna kan exempelvis gälla hur vårdenheterna i primärvården i landstingen har valt att organisera sitt arbetssätt och sina insatser riktade till äldre personer, sina ersättningssystem, den reella kompetensen vid varje vårdenhet och andra resurser lokalt hos både landsting och kommun. Det finns exempel på en sådan fördjupad analys och också den visar hur svårt det är att förklara skillnader i utbud och resultat av primärvårdens arbete [6]. Andra studier visar också att särskilda organisationsformer i vården av de mest sjuka äldre eller sköra äldre kan påverka den äldres livskvalitet, trygghet och självskattad hälsa positivt, men också bidra till att minska andelen undvikbar slutenvård och återinläggningar. Dessutom kan de leda till minskade eller oförändrade kostnader [7,8].

Socialstyrelsen kan konstatera att den demografiska utvecklingen i landet innebär att primärvården redan nu behöver rustas för en större andel äldre patienter som också kommer att behöva få sina vårdbehov tillgodosedda av primärvården. Landstingen som beställare av primärvård kan behöva utreda behovet av tillväxt av vårdenheter i primärvården, tillgången till samt arbetsbelastningen för allmänläkare och övrig personal, generösare öppettider och jourorganisationens möjlighet att tillgodose både de äldres, kommunens och den specialiserade vårdens behov av en tillgänglig primärvård. Socialstyrelsen anser vidare att landstingen i högre utsträckning behöver dimensionera specialisttjänstgöringen i allmänmedicin och geriatrik utifrån den demografiska sammansättningen för att möta den åldrande befolkningens behov [4].

Referenser

Bakgrund

1. Regeringen. Satsningen de mest sjuka äldre. Hämtad 2013-11-21 från <http://www.regeringen.se/sb/d/14622>.
2. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
1. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM). Uppföljning av primärvård i vårdvalssystem. Svensk förening för allmänmedicins (SFAMs) rekommendationer avseende mätetal. Antaget av SFAMs styrelse 2010-02-09. Hämtad 2013-11-21 från <http://www.yumpu.com/sv/document/view/11953581/10020920kvalitettdokument20se>.
4. Socialstyrelsen. Årsrapport Nationella planeringsstödet 2012 - En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
5. Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning, Prop. 2009/10:67. 2009.
6. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
7. Landström B. Den kompetenta allmänläkaren - mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden. Göteborg: Göteborgs universitet; 2012.
8. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Läkarförbundet. Varför kan doktorn inte komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård. Stockholm: 2013.
10. Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: 2012.
11. Högberg M, Lindvall S. Ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. Erfarenheter, utvecklingslinjer och vägval för den mer specialiserade vården (sjukhus, slutenvård och öppenvård). Forum for health policy. 2012.
12. Myndigheten för vårdanalys. Winblad, U., Isaksson, D. & Bergman, P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård. En kartläggning av kunskapsläget. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2012.

13. Leading Health Care. Anell A, Glenngård A. Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta mottagningar i region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner. Stockholm:Leading Health Care: 2012.
14. Prop.1990/91:14, Ädelreformen.
15. Socialstyrelsen. Om jämlikhet i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
16. Meinow B, Wånell SE. Korttidsplats-vårdform som söker sitt innehåll. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum: 2011.
17. Socialstyrelsen. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre, delrapport 2, 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
18. Socialstyrelsen. Särskilt boende för äldre under kortare tid. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
19. Westlund P. Kort-tids-boende. Kalmar: Fokus-Rapport 2009:4, 2009.
20. Norman E. Biståndshandläggare - att vakta pengar eller bedöma äldres behov. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010.
21. Inspektionen för vård och omsorg. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Slutrapport 2013. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2013.

Diskussion:

1. Läkarförbundet. Varför kan doktorn inte komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro i de sköra äldres sjukvård. Stockholm: 2013.
2. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
3. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Förslag till utformning och genomförande av satsning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. Socialstyrelsen. Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre – En redovisning av arbetsläget hösten 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
5. Sveriges läkarförbund. Läkarförbundets förslag för en god äldrevård. Hämtad 2013-11-21 från http://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/%C3%84ldrev%C3%A5rd_webb.pdf.
6. Socialstyrelsen. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre. En systematisk översikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Sandberg M. Case management for frail older people. Effects on healthcare utilisation, cost in relation to utility, and experiences of the intervention. Lund: Lunds universitet: 2013.

8. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS repoert 2012. Gac sanit. 2012.
9. Socialstyrelsen. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
10. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011, Strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
11. Socialstyrelsen. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
12. Meinow B, Wånell SE. Korttidsplats-vårdform som söker sitt innehåll. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011.
13. Socialstyrelsen. Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen – plan för utveckling och introduktion. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
14. Socialstyrelsen. Särskilt boende för äldre under kortare tid. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
15. Inspektionen för vård och omsorg. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Slutrapport 2013. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
16. Socialstyrelsen. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre, delrapport 2, 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
17. Länsstyrelsen i Dalarnas län. Korttidsboende—ett boende med många ansikten 2007. Länsstyrelsen i Dalarnas län 2007:18.
22. Norman E. Biståndshandläggare - att vakta pengar eller bedöma äldres behov. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010.
18. Cedersund E, Lundborg K, Anbäcken E-M. Garnisonen- ett steg på väg! FoU-rapport 50:2009. Linköping: FoU Centrum för vård och omsorg och socialt arbete; 2009.

Utbud av vård och omsorg

1. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Läkarförbundet. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2013.
3. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Förslag till utformning och genomförande av satsning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

5. Socialstyrelsen. Uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akut-mottagningar, delrapport april 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
6. Leading Health Care. Anell A, Glenngård A. Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta mottagningar i region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner. Stockholm: Leading Health Care; 2012.
7. Socialstyrelsen. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre. En systematisk översikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
8. Sandberg M. Case management for frail older people. Effects on healthcare utilisation, cost in relation to utility, and experiences of the intervention. Lund: Lunds universitet; 2013.
9. Socialstyrelsen. Tillgång på specialistläkare 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

Bilaga 1. Begrepp

Här redovisas innebörden av några begrepp i rapporten. Om begreppen finns definierade i Sveriges officiella statistik eller Socialstyrelsens termbank används dessa definitioner.

Begrepp från Sveriges officiella statistik eller Socialstyrelsens termbank:

Dagverksamhet: bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden.

Genomförandeplan (inom socialtjänsten): vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde.

Hembesök (inom hälso- och sjukvård): öppenvårdsbesök i patients bostad eller motsvarande.

Hemsjukvård: hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

Korttidsplats: bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt.

Utskrivningsklar patient: patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva sluten specialiserad vård.

Vårdenhet: organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård.

Begreppsförklaringar övriga begrepp

Förfrågningsunderlag: Används i detta sammanhang som benämning på dokument med kravspecifikationer i upphandling av vårdval i primärvården och om uppföljning inom detta område.

Hemtagningsteam: Hemtagningsteam ska fungera som en länk mellan sjukhusvården och den kommunala omsorgen. Syftet är att ge vård och stöd i ordinärt boende direkt efter en sjukhusvistelse med hjälp av ett multiprofessionellt team.

Korttidsboende: Särskilt boende enligt socialtjänstlagen som efter individuell biståndsprövning ger vård och omsorg dygnet runt under kortare tid.

Trygghetsplats: Boendeform som kan användas vid tillfälliga behov av dygnetruntomsorg, oftast utan biståndsbeslut.

Trygghetsboende: Trygghetsboende är ett boende med hyreslägenheter som förmedlas av kommunen. I trygghetsboendet har man tillgång till trygghetslarm och det finns tillgång till personal för att ordna samvaro och gemensamma aktiviteter. Det skall också finnas möjlighet till gemensamma måltider.

Bilaga 2. Källhänvisning

Variabel	Källa
Län och kommuner	Länsregister Sveriges Kommuner och Landsting, www.skl.se
Kommungruppsindelning	Svenska Kommunförbundets Kommungruppsindelning, Äldre indelning 1999-2004; Sveriges Kommuner och landsting, www.skl.se
Antal/andel invånare (65 år och äldre)	Kommunfolkmängd 31 december 2012 efter ålder och kön, SCB, www.scb.se
Antal vårdenheter i primärvården	1177 och landstingens webbplatser: Västerbottens läns landsting, www.vll.se Stockholms läns sjukvårdsområde, www.slso.sll.se Region Skåne/Hälsa & Vård/Vårdcentraler, www.skane.se Landstinget i Jönköpings län, www.lj.se Landstinget Gävleborg, www.lg.se
Genomsnittligt antal listade per vårdenhet (alla åldrar)	Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
Antal/andel personer 65 år och äldre per vårdenhet	Antal personer 65 år och äldre i respektive kommun fördelat på antal vårdenheter i kommun (genomsnittliga siffror). Andel äldre per vårdenhet har beräknats utifrån antal personer 65 år och äldre vid respektive vårdenhet i förhållande till genomsnittligt antal listade per vårdenhet i länet.
Genomsnittligt antal listade per vårdenhet i länet	Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
Variation i länet andel personer 65 år och äldre per vårdenhet	Kommuner med lägsta respektive högsta genomsnittliga andel personer 65 år och äldre per vårdenhet i länet.
Antal äldreomsorgar	Vårdenheternas webbplatser i respektive län. Med reservation för att uppgifter som inhämtats under våren och sommaren 2013 kan ha förändrats, kan uppgifter skilja sig från dagsläget eller den faktiska situationen.
Antal allmänläkare i landstinget	Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
Genomsnittligt antal listade per allmänläkare i landstinget	Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
Antal allmänläkare per 1 000 invånare 65 år och äldre i primärvården	Antal allmänläkare i primärvården i förhållande till antal personer 65 år och äldre i respektive län. Tillgång på specialistläkare 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
Andel vårdenheter med hyrläkare	Andel vårdenheter som anlitat hyrläkare en vanlig tisdag oktober/november 2012. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2013.
Andel personer telefonkontakt samma dag med primärvården	Avser mätperioden mars 2012; Nationell patientenkät 2012, Sveriges Kommuner och Landsting, 2013, npe.skl.se
Andel personer tid till läkare inom sju dagar	Avser mätperioden mars 2012; Nationell patientenkät 2012, Sveriges Kommuner och Landsting, 2013, npe.skl.se
Kostnad för hälso- och sjukvård totalt, kronor per invånare 2012	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Kostnad för primärvård, kronor per invånare 2012	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Primärvårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård	Primärvårdens kostnad i förhållande till den totala kostnaden för hälso- och sjukvård. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Antal sjukhus, närsjukhus och akutmottagningar	Landstingens webbplatser i respektive län
Direktinskrivning från sjukhusens akutmottagningar till geriatriska	Landstingens webbplatser i respektive län

trisk avdelning	
Snabbspår för mest sjuka äldre	Uppföljning av väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Delrapport april 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
Antal slutenvårdsplatser och geriatriska slutenvårdsplatser	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), SKL, 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Antal geriatriker per 1 000 invånare 65 år och äldre i landstinget	Antal geriatriker i landstinget i förhållande till antal personer 65 år och äldre i respektive län. Tillgång på specialistläkare 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
Antal psykiatriker per 1 000 invånare 65 år och äldre i landstinget	Antal psykiatriker i landstinget i förhållande till antal personer 65 år och äldre i respektive län. Tillgång på specialistläkare 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
Antal slutenvårdsplatser per 1000 invånare 65 år och äldre	Antal slutenvårdsplatser i förhållande till antal personer 65 år och äldre i respektive län. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012.
Antal geriatriska slutenvårdsplatser per 1 000 invånare 65 år och äldre	Antal geriatriska slutenvårdsplatser i förhållande till antal personer 65 år och äldre i respektive län. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012.
Kostnad specialiserad psykiatrisk vård, kronor per invånare 2012	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Specialiserad psykiatrisk vård, andel av total kostnad hälso- och sjukvård 2012	Kostnad specialiserad psykiatrisk vård i förhållande till total kostnad hälso- och sjukvård. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Kostnad specialiserad somatisk vård, kronor per invånare 2012	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Specialiserad somatisk vård, andel av total kostnad hälso- och sjukvård 2012	Kostnad specialiserad somatisk vård i förhållande till total kostnad hälso- och sjukvård. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Andel personer med hemtjänst	Andel personer (65 år och äldre) med hemtjänst: sammanlagda värdet för samtliga kommuner delat med antal kommuner i länet. Uppgifter avser 2011. Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2013.
Variation i länet andel personer 65 år och äldre med hemtjänst	Värden för den kommun som har lägsta respektive högsta genomsnittliga andel personer 65 år och äldre med hemtjänst. Uppgifter avser 2011. Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2013
Andel personer med omfattande hemtjänst (25 timmar eller mer per månad)	Sammanlagda värdet för samtliga kommuner delat med antal kommuner i länet. Uppgifter avser 2011. Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2013
Variation i länet andel personer 65 år och äldre med omfattande hemtjänst	Kommun med lägsta respektive högsta genomsnittliga andel personer 65 år och äldre med 25 timmar hemtjänst eller mer per månad. Uppgifter avser 2011. Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2013
Kostnad hemtjänst i kronor per invånare 65 år och äldre. Länsvis genomsnitt	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Kostnad hemtjänst, variation inom län, min-max	Lägsta respektive högsta kostnad i kommuner för hemtjänst. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Tillgång till hemtjänst dygnet runt	Kommunernas webbplatser i respektive län. Uppgifter baseras på den information som inhämtats från kommunernas webbplatser under våren och sommaren 2013. Uppgifter är giltiga med reservation för att det i vissa kommuner saknas information om tillgång till hemtjänst dygnet runt.
Andel äldre i särskilt boende	Sammanlagt värde för kommunernas andel personer 65 år och äldre i särskilt boende i förhållande till antal kommuner i respektive län. Uppgifter avser 2011. Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2013
Variation andel personer 65 år och äldre i särskilt boende	Kommuner med lägsta respektive högsta andelen personer 65 år och äldre i särskilt boende. Uppgifter avser 2011. Öppna jämförelser. Vård och omsorg om äldre 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen; 2013
Väntetid till särskilt boende	Väntetid för personer 65 år och äldre baserat på genomsnittligt antal dagar per kommun (medelvärde). Kommuner med lägsta respektive högsta antal dagars väntetid (medelvärde). Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), SKL, 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se

Kostnad särskilt boende i kronor per invånare 65 år och äldre	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012. Länsvis genomsnitt baseras på kommunernas sammanladda kostnad fördelat på antal kommuner, www.kolada.se
Kostnad särskilt boende, variation inom län, min-max	Lägsta respektive högsta kostnad för särskilt boende i kommuner. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Antal korttidsplatser i län (antal per 1 000 invånare)	Socialstyrelsens mängdstatistik: antal personer 65 år och äldre som hade korttidsplats den 1 oktober 2012 i respektive län/kommun. Antal personer som hade korttidsplats vid den aktuella tidpunkten i förhållande till antal personer 65 år och äldre i respektive län/kommun. Äldre och personer med funktionsnedsättning-regiform år 2012. Vissa kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
Variation antal korttidsplatser per 1 000 invånare 65 år och äldre	Kommuner med lägsta respektive högsta antal personer 65 år och äldre med korttidsplats den 1 oktober 2012. Äldre och personer med funktionsnedsättning-regiform år 2012. Vissa kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
Kostnader för korttidsplats i kronor per invånare 65 år och äldre	Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012. Länsnitt baseras på kommunernas sammanladda kostnad fördelat på antal kommuner, www.kolada.se
Kostnad korttidsplats, variation inom län, min-max	Lägsta respektive högsta kostnad för korttidsplats i kommuner. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) 2013. Uppgifter avser 2012, www.kolada.se
Antal kommuner/stadsdelar med biståndsbeslutad dagverksamhet (demens/social inriktning)	Enkät till samtliga kommuner 2013: Korttidsboende, permanent särskilt boende samt andra vård- och omsorgsformer
Antal kommuner med trygghetsplatser utan biståndsbeslut	Enkät till samtliga kommuner 2013: Korttidsboende, permanent särskilt boende samt andra vård- och omsorgsformer.
Antal kommuner med hemtjänningsteam	Enkät till samtliga kommuner 2013: Korttidsboende, permanent särskilt boende samt andra vård- och omsorgsformer.

Bilaga 3. Kartläggning av fem län

Västerbotten

Västerbottens län består av 15 kommuner varav två tredjedelar är glesbygdskommuner, en landsbygdskommun, två mindre kommuner samt två större städer (Svenska Kommunförbundets Kommungruppsindelning 1999-2004). Länet har 51 527 antal invånare som är 65 år eller äldre (20 procent av länets invånarantal). Det finns 38 vårdenheter i primärvården, vilket ger "länsnittet" 1 356 antal äldre per mottagning. Antalet varierar från 702 äldre per vårdenhet i Sorsele till 1 817 äldre i Nordmaling. Detta är genomsnittliga siffror eftersom antalet personer 65 år och äldre har delats med antalet vårdenheter i kommunerna. Det faktiska antalet listade äldre per vårdenhet kan skilja sig från dessa siffror. Exempelvis har privata vårdenheter ofta färre listade personer än offentliga vårdenheter. Vårdvalet innebär också att det är möjligt att välja vårdenhet, även i en annan kommun, vilket bidrar till att fördelningen kan skilja sig från den faktiska fördelningen. I majoriteten av kommuner finns endast en vårdenhet och länet saknar en äldreomsorg i primärvården. Tre vårdenheter beskriver att de har ett äldreteam. I mars 2012 fick 83,6 procent telefonkontakt med primärvården samma dag och 92 procent fick tid till läkare inom sju dagar. 68 procent av vårdenheterna har ST-läkare (riket 69 procent) och 42 procent av vårdenheterna har hyrläkare (riket 41 procent).

I länet finns 877 vårdplatser och 89 geriatriska vårdplatser, vilket innebär 17 vårdplatser respektive 1,96 geriatrikplatser per 1 000 äldre. Tre specialist-sjukhus finns i länet och samtliga har en akutmottagning. En av akutmottagningarna har även ett snabbspår för de mest sjuka äldre. Samtliga sjukhus erbjuder geriatrisk mottagning och vårdavdelning och ett av sjukhusen erbjuder direktintag via akutmottagningen till en geriatrisk vårdavdelning. Det finns sju närsjukhus eller sjukstugor, och akutvårdsavdelningar vid fyra av dessa.

Tillgången till allmänläkare i landstinget är 1,12 per 1 000 äldre medan tillgången till geriatriker är 0,32 och psykiatriker är 0,70 per 1 000 äldre personer.

Andelen äldre med hemtjänst varierar från 7,9 procent i Nordmaling till 17,9 procent i Norsjö (riket 11,5 procent). Nio kommuner erbjuder hemtjänst dygnet runt, medan övriga hänvisar till trygghetslarm. Fem respektive sju kommuner har biståndsbeslutad dagverksamhet med social inriktning och demensinriktning. En kommun har trygghetsplatser och två kommuner har hemtagningsteam. I länet finns det i genomsnitt 4,1 korttidsplatser per 1 000 äldre med en variation från 3 platser i Umeå till 8,7 platser i Malå. Andelen äldre i särskilt boende är 7,2 med en variation från 5,5 i Umeå till 12,3 i Malå (riket 5,1).

Gävleborg

Gävleborgs län består av 10 kommuner som klassificeras som landsbygds-kommuner, industrikommuner och medelstora kommuner samt en större kommun och stad (Svenska Kommunförbundets Kommungruppsindelning 1999-2004). Länet har 62 433 invånare som är 65 år eller äldre (23 procent av länets invånarantal). Det finns 41 vårdenheter i primärvården, vilket ger "länssnittet" 1 523 antal äldre per mottagning. Variationen ligger mellan 975 äldre per vårdenheter i Ovanåker och 2 374 äldre i Hofors. Detta är genom-snittliga siffror eftersom antalet personer 65 år och äldre har delats med anta-let vårdenheter i kommunerna. Det faktiska antalet listade äldre per vården-het kan skilja sig från dessa siffror. Exempelvis har privata vårdenheter ofta färre listade personer än offentliga vårdenheter. Vårdvalet innebär också att det är möjligt att välja vårdenheter, även i annan kommun, vilket bidrar till att fördelningen kan skilja sig från den hypotetiska. I mars 2012 fick 93,8 pro-cent telefonkontakt med primärvården samma dag och 85,2 procent fick tid till läkare inom sju dagar. Några äldremottagningar erbjuds inte i primärvår-den. Geriatrisk kompetens i primärvården beskrivs dock generellt hos åtta vårdenheter och då inom arbetsterapi, sjukgymnastik och rehabilitering.

I länet finns tre specialistsjukhus varav samtliga har en akutmottagning. Ingen av akutmottagningarna har ett snabbspår för de mest sjuka äldre, men ett av specialistsjukhusen gör direktintag till geriatrikavdelningen via akut-mottagningen. En akutmottagning finns också vid ett av länets närsjukhus, och ett av specialistsjukhusen har geriatrisk mottagning och vårdavdelning. I länet finns 640 vårdplatser och 12 geriatriska vårdplatser, vilket innebär 10,3 vårdplatser respektive 0,19 geriatrikplats per 1 000 äldre.

Tillgången till allmänläkare är 0,55 per 1000 äldre medan det finns 0,14 geriatriker och 0,30 psykiatriker per 1000 äldre. 43 procent av vårdenhetererna har ST-läkare (riket 69 procent) och 60 procent av vårdenhetererna har hyr-läkare (riket 41 procent).

Andelen äldre med hemtjänst varierar från 7,7 procent i Nordan-stig till 14,8 procent i Ovanåker (riket 11,5 procent). Samtliga kommuner erbjuder hemtjänst dygnet runt och fem respektive åtta kommuner har en biståndsbeslutad dagverksamhet med social inriktning respektive demensin-riktning. Två kommuner har trygghetsplatser och en kommun har ett hem-tagningsteam. I länet finns det i genomsnittligt 5,3 korttidsplatser per 1000 äldre med en variation från 3,2 platser i Bollnäs till 9,4 platser i Nordanstig. Andelen äldre i särskilt boende i länet är 5,4 med en variation från 4,4 i Boll-näs och Ovanåker till 6,5 i Ljusdal (riket 5,1).

Stockholm

Stockholms län består av 26 kommuner exklusive stadsdelar i Stockholms stad. Det är flera storstadskommuner, förortskommuner, industrikommuner samt medelstora kommuner. Det är även flera landsbygdskommuner, några stora kommuner och endast en mindre kommun (Svenska Kommunförbun-dets Kommungruppsindelning 1999-2004). Länet har 327 283 personer som är 65 år eller äldre (15 procent av länets invånarantal).

Det finns 218 vårdenheter i primärvården, vilket ger "länssnittet" 1 501 antal äldre per mottagning. Antalet varierar från 702 äldre per vårdenhet i Sigtuna till 5 034 äldre i Skarpnäck. Detta är genomsnittliga siffror eftersom antalet personer 65 år och äldre har delats med antalet vårdenheter i kommunerna. Det faktiska antalet listade äldre per vårdenhet kan skilja sig från dessa siffror. Exempelvis har privata vårdenheter ofta färre listade personer än offentliga vårdenheter. Vårdvalet innebär också att det är möjligt att välja vårdenhet, även i annan kommun, vilket bidrar till att fördelningen kan skilja sig från den hypotetiska. Det finns inga uppgifter om andelen personer i primärvården som fick telefonkontakt samma dag, men 95 procent fick tid till läkare inom sju dagar (mars 2012). Fem kommuner har en äldremottagning i primärvården och nio kommuner med totalt 25 vårdenheter beskriver att de har någon form av geriatrisk kompetens i primärvården.

I länet finns sju specialistsjukhus som har akutmottagningar och tre av dem erbjuder direktintag till en geriatrisk vårdavdelning. I länet finns också två akutmottagningar med snabbspår för de mest sjuka äldre. Det finns åtta närsjukhus där närakuter också är placerade. I länet finns 4 788 vårdplatser och 884 geriatriska vårdplatser, vilket innebär 14,63 vårdplatser respektive 2,7 geriatrikplats per 1000 äldre.

Tillgången till allmänläkare är 1,3 per 1 000 äldre medan det finns 0,7 geriatriker och 1,9 psykiatriker per 1 000 äldre. 71 procent av vårdenheterna har ST-läkare (riket 69 procent) och 32 procent har hyrläkare (riket 41 procent).

Andelen äldre med hemtjänst varierar från 5 procent i Nykvarn till 14,5 procent i Stockholms stad (riket 11,5 procent). 15 kommuner och samtliga stadsdelar erbjuder hemtjänst dygnet runt, medan 10 kommuner hänvisar till trygghetslarm nattetid. 15 respektive 28 kommuner har en biståndsbeslutad dagverksamhet med social inriktning respektive demensinriktning. Tre kommuner har trygghetsplatser och tre kommuner har ett hemtagningsteam. I länet finns det 2,9 korttidsplatser per 1 000 äldre med en variation från 1,1 platser i Upplands-Bro till 10 platser i Upplands-Väsby. Andelen äldre i särskilt boende i länet är 2,8 med en variation från 2,8 i Österåker till 6,6 i Sundbyberg (riket 5,1).

Jönköping

Jönköpings län består av 13 kommuner varav flera är industrikommuner, några mindre kommuner, ett par större kommuner, en landsbygdskommun, en medelstor stad samt en större stad (Svenska Kommunförbundets Kommungruppsindelning 1999-2004). Länet har 68 098 antal invånare som är 65 år eller äldre (20 procent av länets invånarantal).

Det finns 52 vårdenheter i primärvården, vilket ger "länssnittet" 1 310 antal äldre per mottagning. Antalet varierar från 696 äldre per vårdenhet i Gislaved till 2 169 äldre i Tranås. Detta är genomsnittliga siffror eftersom antalet personer 65 år och äldre har delats med antalet vårdenheter i kommunerna. Det faktiska antalet listade äldre per vårdenhet kan skilja sig från dessa siffror. Exempelvis har privata vårdenheter ofta färre listade personer än offentliga vårdenheter. Vårdvalet innebär också att det är möjligt att välja

vårdenhet, även i annan kommun, vilket bidrar till att fördelningen kan skilja sig från den hypotetiska. I mars 2012 fick 98,9 procent telefonkontakt med primärvården samma dag och 94,8 procent fick tid till läkare inom sju dagar. Tre vårdenheter har en äldreomsorg i primärvården.

I länet finns fyra specialistsjukhus, varav samtliga har en akutmottagning. En av dessa akutmottagningar har snabbspår för de mest sjuka äldre. Samtliga sjukhus har geriatriska mottagningar och vårdavdelningar och ett av sjukhusen erbjuder direktintag via akutmottagningen till en geriatrisk vårdavdelning. I länet finns 933 vårdplatser 133 geriatriska vårdplatser, vilket innebär 13,7 vårdplatser respektive 1,95 geriatrikplats per 1 000 äldre.

Tillgången till allmänläkare är 1,08 per 1 000 äldre medan det finns 0,22 geriatriker och 0,62 psykiatriker per 1 000 äldre. 67 procent av vårdenheterna har ST-läkare (riket 69 procent) och 37 procent av vårdenheterna har hyrläkare (riket 41 procent).

Andelen äldre med hemtjänst varierar från 6,3 procent i Habo till 15,2 procent i Eksjö (riket 11,5 procent). Nio kommuner erbjuder hemtjänst dygnet runt. Tre respektive elva kommuner och stadsdelar har en biståndsbeslutad dagverksamhet med social inriktning respektive demensinriktning har tre respektive 11 kommuner och stadsdelar i länet. Tre kommuner har trygghetsplatser, men ingen kommun har ett hemtagningsteam. I länet finns det i genomsnitt 4,6 korttidsplatser per 1 000 äldre med en variation från 1,7 platser i Nässjö till 9,3 platser i Eksjö. Andelen äldre i särskilt boende i länet är 5,3 med en variation från 4,2 i Mullsjö till 8,2 i Gislaved (riket 5,1).

Skåne

Skåne län består av 33 kommuner exklusive tre stadsdelar i Malmö stad. Flertalet kommuner är storstadskommuner, men det finns även flera förortskommuner, industrikommuner, medelstora kommuner samt några landsbygdskommuner (Svenska Kommunförbundets Kommungruppsindelning 1999-2004). Länet har 239 298 personer som är 65 år eller äldre (19 procent av länets invånarantal).

Det finns 151 vårdenheter i primärvården, vilket ger "länssnittet" 1 585 äldre per mottagning. Antalet varierar från 757 äldre per vårdenhet i Tomelilla till 3 583 äldre i Vellinge. Detta är genomsnittliga siffror eftersom antalet personer 65 år och äldre har delats med antalet vårdenheter i kommunerna. Det faktiska antalet listade äldre per vårdenhet kan skilja sig från dessa siffror. Exempelvis har privata vårdenheter ofta färre listade personer än offentliga vårdenheter. Vårdvalet innebär också att det är möjligt att välja vårdenhet, även i annan kommun, vilket bidrar till att fördelningen kan skilja sig från den hypotetiska. I mars 2012 fick 72,1 procent telefonkontakt med primärvården samma dag och 90,3 procent fick tid till läkare inom sju dagar. 15 kommuner har en äldreomsorg i primärvården. Totalt är det 32 vårdenheter som beskriver att de har en äldreomsorg och i de allra flesta fall handlar det om demensmottagningar eller minnesmottagningar. En vårdenhet kallar mottagningen för en seniormottagning.

I länet finns åtta specialistsjukhus med akutmottagningar, varav fyra har direktintag till en vårdavdelning. En geriatrisk mottagning finns vid tre av

dem och två specialistsjukhus har en geriatrisk vårdavdelning. Fyra av akut-mottagningarna har snabbspår för de mest sjuka äldre. I länet finns fyra närsjukhus, varav ett har en geriatrisk mottagning och geriatrisk vårdavdelning. Det finns 3 343 vårdplatser och 54 geriatriska vårdplatser, vilket innebär 14 vårdplatser respektive 0,23 geriatrikplatser per 1 000 äldre.

Tillgången till allmänläkare är 0,96 per 1 000 äldre medan det finns 0,11 geriatriker och 0,96 psykiatriker per 1 000 äldre. 71 procent av vårdenheterna har ST-läkare (riket 69 procent) och 32 procent har hyrläkare (riket 41 procent).

Andelen äldre med hemtjänst varierar från 6,6 procent i Eslöv till 18,1 procent i Klippan (riket 11,5 procent). 27 kommuner och samtliga stadsdelar erbjuder hemtjänst dygnet runt, medan 6 kommuner hänvisar till trygghetslarm nattetid. I länet finns det 4,3 korttidsplatser per 1 000 äldre med en variation från 1,3 platser i Sjöbo till 7,5 platser i Östra Göinge. Totalt 8 respektive 23 kommuner och stadsdelar har en biståndsbeslutad dagverksamhet med social inriktning respektive demensinriktning. I länet finns 9 kommuner som har trygghetsplatser och 9 kommuner som har hemtagningsteam. Andelen äldre i särskilt boende i länet är 4,3 procent med en variation från 2,7 i Vellinge till 5,4 i Ängelholm (riket 5,1).