

# Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Primärvård och korttidsboende  
– vad behöver förändras?

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Artikelnummer 2015-2-45  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2015

# Förord

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att utifrån tidigare kartläggningar av primärvård, korttidsboende och övrig vård och omsorg fördjupa analysen och föreslå åtgärder. Uppdraget är ett av flera som är knutna till regeringens satsning på de mest sjuka äldre. I denna rapport till regeringen redovisas myndighetens åtgärdsförslag för primärvården, korttidsboenden och för funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Tidigare kända problemområden och kartläggningar utgör grunden för åtgärdsförslagen.

Åtgärdsförslagen bör kunna användas vid överväganden om ytterligare statliga åtgärder. Förhoppningen är också att rapporten ska bidra till en diskussion hos landstingen och kommunerna om vad som behöver göras och av vem, samt bidra till att de mest relevanta förbättringsförslagen lyfts fram och kan få nationell acceptans. På sikt bör ett samlat förbättringsarbete med utgångspunkt i bl.a. Socialstyrelsens förslag kunna bidra till en vård och omsorg som är bättre anpassad efter de mest sjuka äldres behov.

Rapportens projektledare och huvudförfattare har varit Malin Bruce. I projektgruppen har Åsa Borén, Gunilla Fahlström och Jens Wilkens ingått. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wärnberg Gerdin.

Socialstyrelsen riktar ett tack till alla deltagare i referensgrupperna för primärvården, korttidsboenden, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Primärvård för de mest sjuka äldre .....	9
Inledning .....	9
Utvecklingsområden för primärvården .....	11
Förslag till åtgärder i primärvården på kort sikt .....	21
Förslag till åtgärder i primärvården på lång sikt .....	23
Korttidsboende .....	26
Inledning .....	26
Utvecklingsområden för korttidsboenden .....	26
Förslag till åtgärder för korttidsboenden riktade till regeringen .....	34
Förslag till åtgärder för korttidsboenden riktade främst till kommunerna .....	36
Utveckling av funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering .....	41
Referenser .....	42
Bilaga 1. Genomförande, termer och begrepp .....	47
Bilaga 2. Referensgrupper .....	50



# Sammanfattning

Socialstyrelsen har i denna rapport fördjupat tidigare års kartläggningar av primärvårdens arbete, insatser och samordningsansvar för de mest sjuka äldre. I uppdraget har även korttidsboende, medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering ingått. Arbetet har lett fram till ett antal förslag på förbättringsåtgärder som riktar sig till regeringen, men innehåller också förslag på utvecklingsområden för landstingen och kommunerna. I rapporten sammanfattas förslagen till regeringen för den landstingsfinansierade primärvården i följande områden:

- information och uppföljning
- stöd för tydligare prioritering i primärvården
- kompetensutveckling och forskning i primärvården
- fast vårdkontakt.

Några av de åtgärdsförslag som Socialstyrelsen föreslår för primärvården:

- Landstingen bör överväga att intensifiera arbetet med att identifiera de mest sjuka äldre i vården för att öka förutsättningarna för en sammanhållen vård till målgruppen.
- Socialstyrelsen behöver utveckla stödjande och vägledande information för att påskynda införandet och användandet av fast vårdkontakt i vården.
- Regeringen bör överväga att stimulera den geriatriska kompetensen hos vårdpersonal genom att införa t.ex. statsbidrag till landstingen och kommunerna för kompetensutveckling.
- Regeringen bör överväga att ändra förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen till att även omfatta primärvård.

I rapporten sammanfattas förslagen för korttidsboende till regeringen i följande områden:

- stöd till utvecklingsarbete och samverkan mellan kommunerna och landstingen i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre
- stöd till ökad forskning om effekter av korttidsboende och till ökad forskning om rehabilitering av äldre
- information och kunskapsunderlag om boendemiljön på korttidsboende.

Några av de åtgärdsförslag Socialstyrelsen föreslår för korttidsboende:

- Kommunerna bör överväga att utveckla sina individuella behovsbedömningar, utveckla genomförandeplanernas utformning och förbättra uppföljning av sociala och medicinska resultat för äldre med insatsen korttidsboende.
- Kommunerna bör överväga att i ökad utsträckning planera och säkerställa sin tillgång till insatsen korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer med liknande syften.
- Kommunerna bör överväga att utreda och utveckla möjligheter för ökad specialisering av insatsen korttidsboende utifrån de olika behoven, exem-

pelvis eftervård efter sluten specialiserad vård, rehabilitering eller avlösning.

- Landstingen bör överväga att se över behovet av och förutsättningarna för ökad läkarmedverkan vid vårdövergångar samt i hemsjukvård.
- Regeringen bör överväga att ekonomiskt stödja utvecklingsarbete hos landstingen och kommunerna om samverkan och ansvarsområden i samband med övergångar i vård- och omsorgskedjan för de mest sjuka äldre.
- Regeringen bör överväga att stimulera forskning om rehabilitering av de mest sjuka äldre vid korttidsboende eller i ordinärt boende, vilka effekter på den äldre som kan fås av insatsen korttidsboende eller andra alternativa insatser med liknande syfte. Även kostnader för olika alternativ i förhållande till effekterna behöver inkluderas i forskningen.

Socialstyrelsens förslag till åtgärd för medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering innebär att myndigheten behöver analysera och presentera förslag för att utveckla, stödja och vägleda funktionerna mot bakgrund av utvecklingen av den kommunala vården och omsorgen.

Den nuvarande utvecklingen innebär att allt fler sjuka äldre vårdas av anhöriga eller med kommunal vård och omsorg i det ordinära boendet eller vid särskilda boendeformer. Utvecklingen kommer att öka behovet av den landstingsfinansierade primärvårdens insatser. Åtgärdsförslagen i rapporten avser att bidra till att utveckla primärvården så att bättre stöd och samordning kan ges i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.



# Primärvård för de mest sjuka äldre

## Inledning

De mest sjuka äldre utgör i Sverige cirka 17 procent av alla över 65 år och är en skör grupp i samhället [1]. Under de senaste fyra åren har målgruppen fått ökat fokus i och med regeringens satsning på att förbättra vården och omsorgen för denna grupp. Ökad delaktighet, ökad valfrihet och ökat välbefinnande var ledorden för satsningen.

För de mest sjuka äldre är det särskilt viktigt att basen i sjukvården, den nära vården i primärvård, har förutsättningar för att ge en god vård. Den landstingsfinansierade primärvården har beskrivits som en inte tillräckligt aktiv och tydligt ansvarstagande samordnande aktör i vård- och omsorgskedjan [2-5]. Ett antal brister har identifierats inom primärvården i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det gäller:

- otydligt samordningsansvar och ansvarsövertagande
- bristande informationsöverföring inom och mellan landstingen, kommunerna och de privata vård- och omsorgsgivarna
- begränsad information om och identifiering av vilka patienter som är de mest sjuka äldre
- begränsat utbud av särskilda insatser såsom längre mottagningstid, hembesök och fast vårdkontakt
- begränsat deltagande vid samordnad individuell vårdplanering
- bristande tillgänglighet till primärvård på kvällar och helger för dem utan hemsjukvård
- låg grad av fortbildning och kunskaper i geriatrik
- varierande tillgång till allmänläkare och geriatriker
- bristande personalkontinuitet.

En del yttre förhållanden har eller har haft betydelse för vilken vård och omsorg som numera ges till de mest sjuka äldre samt för hur vården ges och av vem. De kan sammanfattas med ett antal påverkansfaktorer: medicinska framgångar, kortare vårdtider, utveckling av medicinsk teknik för att möjliggöra vård i hemmet, färre vårdplatser, överbeläggningar, vårdval, kommunalisering av hemsjukvården och färre platser i särskilda boendeformer.

Vården och omsorgen har under de senaste decennierna flyttats till det egna hemmet vilket innebär ett förändrat behov av och utökat uppdrag för primärvården [2]. Vidare innebär den demografiska utvecklingen med allt fler äldre, samt bättre medicinska resultat, att fler äldre lever med flera sjukdomar. Sverige delar denna utmaning med de flesta europeiska länder. Detta innebär ett ökat behov av primärvård men också att primärvårdsnivåns roll i vården av målgruppen behöver stärkas och utvecklas så att organisation och arbetssätt ger en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård [6-7].

Kapitlet om primärvården inleds med en bakgrund med probleminentifiering och sedan följer åtgärdsförslag som kan genomföras på kort sikt och är riktade till regeringen. Dessa är utvalda för att de är avgränsade och möjliga

att initiera i närtid. Sist i kapitlet finns ett avsnitt med åtgärdsförslag som kan genomföras på längre sikt och som främst riktar sig till landstingen.

## Vad vill de mest sjuka äldre att vården och omsorgen ska bli bättre på?

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen samt andra aktörer har gjort kartläggningar av de mest sjuka äldre [1,5,8-9], och de visar att följande är särskilt viktigt för de äldre:

- De vill ha kontinuitet i personalgrupperna med färre okända ansikten.
- De vill bli sedda och hörda, dvs. få ett gott bemötande.
- De vill vara informerade om vad som hänt och gjorts och vad som kommer ske i nästa steg. De vill alltså vara delaktiga med mindre oro och kunskapsluckor kring den egna situationen.
- De vill kunna påverka vård- och omsorgsinsatserna, t.ex. i samband med utskrivning från den specialiserade vården.
- De vill ha en bättre tillgänglighet. Exempelvis vill de kunna ringa ett nummer och tala med en person, och vill att personalen tar sig tid eller ges mer tid för samtal.
- De vill ha korta väntetider. Många äldre har svårt att hantera den extra väntan som blir i samband med sjukvårdsbesök på grund av färdtjänst eller för att undersökningar dröjer, då de blir sittande i väntrum.

## Primärvårdens uppdrag

Primärvårdens uppdrag definieras utifrån 5 § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Av 5 § HSL framgår att primärvården ska som del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

År 2000 antogs proposition 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. I den beskrivs en grundläggande struktur och inriktning för hälso- och sjukvården och ett antal strategiska områden, bland dem primärvården och vården och omsorgen om äldre. Primärvården ska utvecklas till en fungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet. Socialstyrelsens utvärdering av den nationella handlingsplanen visade att det var osäkert i vilken utsträckning de statliga resurserna kommit primärvården till del. Många landsting hade dock prioriterat närhetsprincipen och ett utökat teamarbete i primärvården [10].

År 2007 infördes en ny bestämmelse i 26 d § HSL som innebär att landstinget ska sluta avtal med de kommuner som ansvarar för vård i särskilt boende, dagverksamhet och ordinärt boende, för att bestämma omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i dessa verksamheter.

Vårdvalet är ytterligare en reform, en av de största inom primärvården sedan husläkarreformen i mitten av 1990-talet. År 2009 antog riksdagen proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården. Detta innebar att regionerna, landstingen och Gotlands kommun senast den 1 januari 2010 skulle ha infört ett vårdvalssystem som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i

primärvården. Avsikten med det obligatoriska valfrihetssystemet inom primärvården är bl.a. att stärka patienternas självbestämmande och ge dem möjlighet att välja vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav landstingen ställer har rätt att etablera sig i primärvården, med offentlig ersättning. Bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, ska följas när landstingen utformar sina respektive valfrihetssystem enligt 5 § fjärde stycket HSL. Primärvården har därmed organisatoriskt utvecklats från att ha bestått av landstingsdrivna vårdcentraler till att fler vårdcentraler bedrivs i privat regi och har fri etableringsrätt oberoende av befolkningsunderlaget.

## Utvecklingsområden för primärvården

Baserat på alla uppdrag Socialstyrelsen haft inom satsningen på mest sjuka äldre samt utredningar som gjorts av andra organisationer, har områden som behöver utvecklas inom primärvården identifierats. Detta kapitel är uppdelat i områdena *Styrning, information och prioriteringar* samt *Tillgänglighet och kontinuitet för patienten*. Inom varje område beskrivs vad som identifierats som nödvändiga förändringar för att resultatet av primärvården för målgruppen mest sjuka äldre ska bli bättre.

### Styrning, information och prioriteringar

#### *Otydlig uppdragsbeskrivning till utförare av primärvård*

Landstingen och kommunerna arbetar kontinuerligt med att utveckla och anpassa olika styrsystem, för att få positiva effekter på måluppfyllelse, insatser och prioritering i vården.

Uppdragsbeskrivningen är ett styrmedel som kan ge signaler om hur prioriterad målgruppen är av landstinget. Den kan också visa utförarna hur de i sin tur behöver möta kraven med organisering, arbetssätt och kompetens. Det är dock oklart hur detaljerade och styrande landstingens uppdragsbeskrivningar till utförare bör vara för att primärvården ska bli effektivare. Med hänvisning till primärvårdens breda, allmänna och individorienterade uppdrag finns det stöd för att uppdragsbeskrivningarna innehåller generella formuleringar kring de sjuka äldre.

Vården och omsorgen som de mest sjuka äldre behöver i sitt dagliga liv behöver vara samordnad för att insatserna ska hålla god kvalitet. Samverkan mellan landstingen och kommunerna redan i utformningen av uppdragsbeskrivningar och avtal ökar förutsättningarna för sammanhållna vård- och omsorgsprocesser. Om landstingen och kommunerna samverkar kring uppdragsbeskrivningar och avtalsskrivningar får de i förlängningen även lättare att gemensamt följa upp sammanhållna vård- och omsorgsprocesser, utifrån de avtal som träffas med utförare.

Landstingen tydliggör kraven och målen för primärvårdens utförare i uppdragsbeskrivningar i förfrågningsunderlag och i olika avtal. För vården av målgruppen mest sjuka äldre är det i sådana dokument som särskilda mål eller kvalitetsmått lyfts fram till utförarna. Det är viktigt att villkoren för vårdcentralerna i primärvården gör det lättare att balansera de olika målen för primärvården och vårdsystemet som helhet [11].

Socialstyrelsens kartläggning och analys visar att både landstingen som beställare av primärvård och utförarna vill ta ett tydligare samordningsansvar

för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre [12]. I en tidigare intervjuundersökning beskriver verksamhetschefer vid vårdcentraler att de upplever de riktade insatserna till de mest sjuka äldre som svåra att genomföra i den redan uppstyrda och tidsnåva primärvårdsverksamheten [12]. Därför anser de att primärvården behöver få större mandat och tydligare uppdrag kopplat till ett ersättningssystem som gör det möjligt [12].

#### *Mer ändamålsenlig ekonomisk styrning av primärvården*

Ersättningssystemen är ett annat styrområde vars utformning ofta beskrivs som avgörande för den vård som målgruppen erbjuds och faktiskt får. Ersättningssystemen ska bidra till större fokus på patienterna, högre kvalitet och bättre resultat. Landstingen har utformat olika ersättningssystem som utgår från vårdtyngd (Adjusted Clinical Groups, ACG), och ålderssammansättning och socioekonomiska förutsättningar (Care Need Index, CNI) samt en mer eller mindre målrelaterad eller prestationsrelaterad ersättning. De olika modellerna landstingen har för sin ersättning till vårdgivarna kan spegla olika lokala förutsättningar och politiska prioriteringar. Med perspektivet mest sjuka äldre har ett speciellt ersättningssystem, som har en stor andel besöksersättning till skillnad från ersättning per listad patient, fått kritik för att äldre med stora vårdbehov är svåra att ge adekvat vård eftersom varje enskilt besök tar relativt lång tid.

I en del landsting försöker man införa system som bygger på ersättning för vårdepisoder och det värde som samantaget skapas för patienten. Men det är svårt att inkludera primärvården i dessa ersättningar, främst för att primärvårdens uppgift är så bred och inte fokuserar på enskilda diagnoser och vårdepisoder. Vidare lyfts frågan om det är möjligt att koppla ersättningen till resultat på systemnivå, t.ex. att samordning mellan flera olika verksamheter leder fram till önskat mål eller att låta en eller några vårdaktörer få kostnadsansvar. En sådan aktör kan ha allmänmedicinsk eller geriatrisk kompetens och få befogenheter att bedöma, köpa in och koordinera alla vård- och omsorgsinsatser som den äldre har [13-15].

Riksrevisionen bedömer i sin granskning av vårdvalet att ett nytt och mer enhetligt ersättningssystem bör vara så enkelt som möjligt och ha tydligt fokus på ersättning efter patientens behov [16].

Även staten har ekonomiska styrmedel som kan utformas som prestationsbaserad ersättning. Dessa styrmedel är dock riktade till landstingen och kommunerna som måste kunna omsätta styrmedlet i sina uppdrag till utförarna för att få ett bra utfall i vården. Studier och uppföljningar har visat att statlig ekonomisk styrning kan vara ett kraftfullt styrmedel men att det också finns risk för att målen inte nås på ett effektivt sätt. För att utveckla detta styrmedel föreslås att satsningarna utformas, genomförs och avslutas på ett liknande sätt och att kraven som ställs på landstingen i högre utsträckning utgår från det enskilda landstingets utveckling i stället för fasta nivåer för alla landsting [17].

Ytterligare exempel på ekonomisk styrning är riktade statsbidrag till projekt, med syfte att exempelvis främja samverkan mellan och inom landsting, kommuner och privata aktörer i arbetet som rör de mest sjuka äldre. Dessa projekt kan bidra till lokala förbättringar men det finns kritik mot att dessa ofta korta satsningar kan störa landstingens och kommunernas egna övergripande och långsiktiga satsningar, och att de tenderar att försvinna efter pro-

jekttidens slut [18-19]. Det återstår att hitta ekonomiska verktyg som underlättar och stödjer en varaktig sammanlänkning mellan landsting, kommuner, vårdcentraler och professioner [18].

### *Stöd för identifiering av de mest sjuka äldre saknas*

Primärvården saknar i dag ett system för att systematiskt avgöra huruvida en äldre patient tillhör målgruppen [12]. Oavsett avgränsning eller definition behöver primärvården få kännedom om vilken patient som tillhör de mest sjuka äldre. I det kliniska vårdarbetet behövs ett enkelt sätt att identifiera de sjuka äldre för att ge ett bättre anpassat bemötande, individuellt omhändertagande och lämpliga insatser till den äldre och dennes anhöriga. Det skulle även öka förutsättningarna för ett samordningsansvar i vård- och omsorgskedjan enligt verksamhetschefer i primärvården [12].

Definitionen av målgruppen är olika beroende på vilket syfte inom forskning eller kliniskt arbete som ligger till grund för behovet att avgränsa eller studera målgruppen [20]. Det har också förekommit olika benämningar beroende på sammanhanget, exempelvis multisjuka äldre, sköra äldre, äldre kroniker och äldre med sammansatta behov. De kroniska sjukdomarna som drabbar äldre kan sammanfattas i tre övergripande kategorier: hjärt- och lungsjukdomar, neuropsykiatriska sjukdomar samt syn- och hörselnedsättningar [20].

I Socialstyrelsens avgränsning av målgruppen beskrivs gruppen mest sjuka äldre som ”personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom” [21]. Totalt omfattar gruppen cirka 315 000 personer. Avgränsningen skiljer sig från exempelvis multisjuklighet genom att ”mest sjuka äldre” även omfattar individens funktionstillstånd (omsorgsbehovet), inte bara hälso- och sjukvårdsbehovet. De mest sjuka äldre är en heterogen grupp med en ganska stor rörlighet inom gruppen för personer med omfattande sjukvård, där cirka 40 procent efter ett år inte längre uppfyller avgränsningskriterierna för mest sjuka äldre. Denna rörlighet finns dock inte i gruppen med omfattande omsorg, där endast 3 procent inte längre tillhör gruppen efter ett år [21].

För att systematiskt identifiera mest sjuka äldres behov kan man använda metoden Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) som blivit allt mer känd i Sverige [22]. Metoden innebär en tvärprofessionell, diagnostisk kartläggning av medicinska, funktionella och psykosociala hälsoproblem hos de berörda, och arbetssättet utgår från en helhetssyn på den äldre människans livssituation. Det strukturerade arbetssättet syftar till att utveckla en samordnad och integrerad plan för behandling och långsiktig uppföljning. I Sverige används dock geriatriska bedömningsmetoder sällan utanför den geriatriska specialistvården. Men ett integrerat strukturerat omhändertagande kan öka möjligheterna att snabbt identifiera och bli medveten om de mest sjuka äldres särskilda behov [23].

För att kunna identifiera de mest sjuka äldre i primärvården behövs aktuella inklusionskriterier som är regionalt och lokalt anpassade samt ett arbetssätt eller en rutin. Vidare behövs ett informationsutbyte mellan vårdnivåer och mellan landsting och kommuner som möjliggörs genom ett samtycke både från patienten och av lagstiftningen [24].

Socialstyrelsens kartläggning av primärvården 2013 visade att endast 5 av de 19 deltagande landstingen identifierar de mest sjuka äldre både i den spe-

cialiserade vården och i primärvården [12]. De vårdadministrativa systemen som används av olika landsting och kommuner och utförare är naturligtvis både ett hinder och en förbättringsmöjlighet för att utveckla ett ändamålsenligt informationsutbyte, för effektivare identifiering av målgruppen och generellt för ett bättre omhändertagande.

### *Stöd för prioriteringar i primärvården kan bli bättre*

Den etiska plattformen i propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården betonar att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsför-sämringar ska gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd kostar mer.

År 1997 infördes ett tillägg i HSL om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ha företräde enligt 2 § HSL. Det finns också ett riksdagsbeslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården, som omsatte vissa etiska principer på patientgrupper med olika behov och tillstånd, och därefter rangordnades tillstånden. De mest sjuka äldre kan anses ingå i prioriterings-grupp 1 som bl.a. omfattar vård av svåra kroniska sjukdomar, vård av människor med nedsatt autonomi och vård av sjukdomar som utan behandling leder till invalidiserande tillstånd eller för tidig död.

Forskning visar att prioriteringar av personalen i primärvården styrs av de tre gällande prioriteringskriterierna (sjukdomens svårighetsgrad, åtgärdens nytta och åtgärdens kostnadseffektivitet) samt av ytterligare tre kriterier: perspektiv (medicinskt eller patientens), tidsram (nu eller senare) och evidens-nivå (grupp eller individ) [25]. De politiska direktiven behöver vara tydliga så att primärvården kan prioritera rätt utifrån gällande resurser [25-26].

Riksrevisionens granskning av vårdvalet konstaterar att prioriteringarna i primärvården i större utsträckning styrs av patienternas efterfrågan, jämfört med före vårdvalet då fler prioriteringsbeslut gjordes av vårdpersonal efter de etiska riktlinjerna och patienternas vårdbehov [16].

Primärvård beskrivs ofta som en kostnadseffektiv vårdnivå, och den övriga vården och omsorgen påverkas av hur väl vårdnivån fungerar. Men det räcker inte med att primärvården är kostnadseffektiv. Dess breda uppdrag innebär att andra faktorer på klinisk nivå, såsom måluppfyllelse med vård och be-handling och patienters förväntningar, behöver vägas in vid prioriteringar [27].

### *Svag nationell uppföljning av primärvården*

Socialstyrelsen arbetar för att kunna följa de mest sjuka äldres vårdprocesser med hjälp av ett så kallat hälsoärende. Information från en eller flera indivi-danpassade vårdprocesser kan visas upp i ett eller flera hälsoärenden, och det är hälsoärendena som kan ge en helhetsbild över patientens väg genom vården. Myndigheten har tillämpat modellen för det generella arbetet med pati-entens väg genom vården för att utreda om det är möjligt att följa multisjuka äldres väntetider och väg genom vården [28]. Resultatet visar att endast 20 procent av de mest sjuka äldres kontakter med vårdpersonal under 18 måna-der kan följas i patientregistret. För målgruppen saknas alltså uppgifter om vårdkonsumtion trots att primärvården har ett samordningsansvar för dessa patienter. Socialstyrelsens slutsats i rapporten är att det omfattande arbete som bedrivs inom primärvården av läkare, distriktssköterskor, fysioterapeuter

och arbetsterapeuter behöver inkluderas för att följa upp målgruppens vårdprocesser [28].

Socialstyrelsen har för närvarande regeringens uppdrag att utreda och beskriva ett särskilt vårdprocess-id respektive omsorgsprocess-id [29]. Arbetet med regeringsuppdraget har kunnat presentera förutsättningarna samt ett förslag på tillämpning av vårdprocess-id och omsorgsprocess-id som utgår ifrån den nationella informationsstrukturen. En individanpassad vårdprocess innehåller alla insatser från hälso- och sjukvården, från det att patienten söker vård för ett visst hälsoproblem för första gången, till det att patienten inte längre behöver vård för det aktuella hälsoproblemet. Sett ur ett juridiskt perspektiv beskrivs problematiken utifrån den sekretessgräns som finns mellan varje vårdgivare inom hälso- och sjukvården, enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Denna gräns måste vägas mot värdet av att kunna följa individanpassade vårdprocesser som innefattar flera vårdgivare. Samtidigt kan landstingen genom sina patientadministrativa system följa dessa aspekter själva, i varierande grad. Uppgifterna samlas alltså in i stor utsträckning, på olika sätt och i olika form, vilket gör det mycket svårt att använda dem på nationell nivå.

På nationell nivå saknas i dag juridisk möjlighet att samla in statistikuppgifter för att kunna beskriva de mest sjuka äldres behov och nyttjande av primärvårdens resurser. Nationell statistik om vårdkvalitet inom primärvården är därför fortfarande begränsad i jämförelse med den statistik som finns om den specialiserade vården. I patientregistret som Socialstyrelsen ansvarar för saknas individuppgifter om antal besök, orsak och diagnos för besök i primärvården. Det innebär att uppgifter om de mest sjuka äldres behov av primärvårdens insatser inte kan redovisas på nationell nivå utan en särskild datainsamling. SKL för statistik om verksamhetsnivå, delområden, antal besök, antal telefonkontakter och kostnader, dock inte på individnivå, vilket starkt begränsar möjligheterna till analys av data [30].

Sedan i juli 2010 har också hälso- och sjukvårdslagen ändrats när det gäller utökad information till patienten, förnyad medicinsk bedömning och fast vårdkontakt enligt 2 b §, 3 a § och 29 a § HSL. Dessa ändringar innebär att verksamhetscheferna fått ett tydligare ansvar för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården enligt 29 a § HSL.

Landstingens uppföljning av vårdnivåns arbete, produktion och kvalitet i processer och resultat är också en styrform. Det finns en kontinuerlig uppföljning av primärvårdens arbete, men om uppföljningar ska användas som en styrform måste de ske kontinuerligt och ingå i en verksamhetsmodell. På så sätt minimeras risken för att uppföljningar ses som något främmande och komplicerat som tar patienttid [31].

Ett mer strukturerat omhändertagande av äldre kräver också ett annat uppföljningssystem av vårdens kvalitet, som tar hänsyn till funktionsförmåga och livskvalitet. I ett sådant system kan kontinuitet, förebyggande insatser och uppsökande vård balanseras mot exempelvis god tillgänglighet [23].

Ett sådant uppföljningssystem innebär ett ökat behov av indikatorer för att landstingen bättre ska kunna följa de mest sjuka äldres vård. Detta är också värdefullt för att kunna följa upp och förstå utvecklingen av primärvården på nationell nivå, både för regeringen och för Socialstyrelsen. Socialstyrelsen

arbetar i dag med indikatorer för att belysa kvaliteten och effektiviteten i vård och omsorg. De tas fram inom ramen för öppna jämförelser, nationella riktlinjer, nationella utvärderingar, lägesrapporter, olika regeringsuppdrag och övergripande rapporter inom god vård och omsorg.

## Tillgänglighet och kontinuitet

### *Varierande tillgänglighet i primärvården*

Under dagtid på vardagar är tillgängligheten till och utbudet av den landstingsfinansierade primärvården ganska lika hos vårdcentraler, med vissa geografiska skillnader enligt Socialstyrelsens kartläggning [12]. Dessa skillnader kan givetvis påverka tillgängligheten när det gäller avstånd och tid för att ta sig till vårdcentralen, eller hur utbyggd primärvården är mot bakgrund av avståndet till den specialiserade vården. Däremot varierar tillgängligheten under kvällar, nätter och helger då den vårdcentral som patienten är listad på är stängd. Med primärvårdens begränsade tillgänglighet under kvällar och helger kan sjuka äldre och deras anhöriga behöva uppsöka den specialiserade vården i stället.

Tillgänglighet i primärvården kan också innebära att allmänläkaren har tillgång till snabb konsultation med den specialiserade vården. Det kan även handla om att primärvården kan göra direktinläggningar i den slutna specialiserade vården utan att passera akutmottagningen, eller att särskilda boenden har tillgång till särskild och relevant medicinsk konsultationstid och hembesök [32].

Tillgängligheten till primärvård kan vara högre om de äldre är inskrivna i hemsjukvården eller bor i särskilda boenden. Men även i dessa fall kan det vara svårt att få tillgång till medicinsk kompetens, exempelvis läkare. I en kartläggning av hemsjukvården från 2008 konstaterade Socialstyrelsen att hemsjukvården behöver läkare och sjuksköterskor som är tillgängliga dygnet runt för att ge förutsättningar för en god vård, men att denna tillgång dygnet runt är otillräcklig [2]. Den lagstiftade vårdgarantin innebär att patienten ska få telefonkontakt med primärvården samma dag som hon eller han tar kontakt med vårdcentralen och att ett läkarbesök ska kunna erbjudas inom sju dagar enligt 2 § förordning 2010:349 om vårdgaranti. Socialstyrelsens uppföljning av 2013 års vårdgaranti visar en generell förbättring sedan tillgängligheten lagreglerades och började mätas år 2010. Vårdgarantins bestämda tidsgränser utgår dock inte från det medicinska vårdbehovet och är inte anpassade till sköra patienter med kontinuerligt vårdbehov. Uppföljningar av vårdvalet visar att telefon- och besökstillgängligheten generellt blivit bättre, men att den enskilde inte automatiskt får en starkare ställning. Vårdutnyttjandet verkar efter reformens införande blivit mer ojämlikt eftersom vårdkonsumtionen bland patienter med lätta och lindriga symtom har ökat medan de sjukaste patienterna inte har ökat sin vårdkonsumtion [16].

### *Behov av fast vårdkontakt i primärvården*

Primärvården beskriver att man gärna vill kunna ge de mest sjuka äldre patienterna en fast vårdkontakt [12]. Socialstyrelsen kan dock konstatera att få patienter i primärvården erbjuds en sådan vårdkontakt, utifrån den uppföljning av reformen som gjordes 2012 samt en kartläggning av primärvården från 2013.



Fast vårdkontakt är en lagstadgad möjlighet och funktion enligt 29 a § HSL för att samordna vården för patienter som behöver trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Ändamålet är att hålla ihop och sköta kontakter med vård- och omsorgsgrannar, dvs. en slags koordinatorfunktion. Socialstyrelsen har följt upp lagändringen om fast vårdkontakt, och resultatet visade att det finns en viss okunskap kring begreppet fast vårdkontakt samt att ett felaktigt likhetstecken gjordes till fast läkarkontakt [33]. En fast läkarkontakt är önskvärd för målgruppen och deras anhöriga, men är i praktiken svårt att uppnå på grund av hög arbetsbelastning och ett svårt bemanningsläge när det gäller allmänläkare. Detta är särskilt problematiskt vid vårdcentraler i landet som har hyrläkare och därmed brist på läkarkontinuitet. Då kan i stället funktionen fast vårdkontakt stå för kontinuitet och samordning, gentemot patienten och annan primärvårdspersonal samt i kontakter med annan vård och omsorg. I primärvården kan den fasta vårdkontakten därför vara en sjuk-sköterska som i sin arbetsbeskrivning får den funktionen.

Socialstyrelsen har gjort en systematisk kunskapsöversikt över individuella samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre, som kan ha likheter med en fast vårdkontakt. Den visar att det vetenskapliga stödet för effekterna är begränsat. Resultatet visar dock positiva effekter på kort tid såsom minskad vårdtid på sjukhus, minskad risk för inläggning och minskat antal läkarbesök [34].

Socialstyrelsens kartläggning från 2013 visade att endast sju landsting använder fast vårdkontakt i både primärvården och den specialiserade vården. Nästan alla landsting angav att de erbjuder fast vårdkontakt till målgruppen i primärvården, och fem landsting uppgav också att de har särskilda samordnare i primärvården till målgruppen. Enligt intervju svaren ansåg verksamhetscheferna vid vårdcentralerna att det är viktigt med fast vårdkontakt och att de försöker anpassa arbetet för att kunna erbjuda målgruppen en sådan, men att det är svårt att få till i praktiken [12].

### *Kontinuitet i personalgruppen för ökad patientsäkerhet*

Med kontinuitet i personalgruppen kan de mest sjuka äldre och deras anhöriga uppleva en ökad grad av trygghet och ökad möjlighet till att vara delaktiga i vården. Det är också viktigt för att vården ska ge rätt behandling som läkemedelsbehandling, följa upp behandling och hålla en hög patientsäkerhet. Patientsäkerheten behöver särskilt utvecklas i samband med vårdövergångar såsom in- och utskrivning i och från den slutna specialiserade vården för de mest sjuka [35]. Kontinuiteten i primärvården i personalgruppen kan, som beskrivits tidigare, ökas genom att erbjuda en fast vårdkontakt till de mest sjuka äldre. Denna person kan fungera som en överbryggande länk och samtidigt se till att rutiner för in- och utskrivning följs och att informationsöverföringen följer med.

Kontinuitet bland personalen som möter de mest sjuka äldre är ett tidigare känt bristområde i vården och omsorgen. Bristande kontinuitet drabbar särskilt de mest sjuka äldre, då de är sköra och ibland har en kognitiv svikt samt sjuklighet som medför nedsatt förmåga att ta in nya personer och namn, i kombination med en ökad oro och ångslan.

### *Team runt den sjuke äldre behövs*

Ibland finns ett team runt den sjuke äldre som behöver samordnad vård och omsorg. Teamet kan innehålla personal från både landsting, kommun och privata utförare utifrån personens aktuella och individuella behov samt de lokala och regionala förutsättningarna för teamet. När man startar ett team behöver de olika professionerna tillsammans arbeta integrerat och strukturerat, följa vårdprogram och dela ansvaret för olika vård- och omsorgsbehov under dygnets alla timmar. Målet för teamet är bl.a. att erbjuda en effektiv och samordnad vård och omsorg, så att målgruppen och deras anhöriga upplever ökad trygghet och ökad delaktighet. Teamet kan använda ett så kallat situationsorienterat arbetssätt, där det föränderliga vård- och omsorgsbehovet samt den äldres önskemål och livssituation styr samverkan runt denne och dess anhöriga [36].

Det finns landsting och kommuner som regionalt utvecklat möjligheten att arbeta i närvårdsteam med syftet att ge vård och omsorg till patienter. Då gäller det inte bara äldre, utan alla med komplexa behov av medicinsk vård och en vård och omsorg som kräver samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och specialiserad vård.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i en systematisk översikt utvärderat omhändertagandet av sköra äldre som kommer in till sjukhuset akut [23]. Rapporten visar på vilket sätt integrerade team eller akutgeriatriska interventioner kan vara effektiva i den specialiserade vården i jämförelse med sedvanlig vård. Ett strukturerat omhändertagande av äldre är en metod där den äldres hela livssituation bedöms av ett team bestående av läkare, sjuksköterska och representanter från andra yrkesgrupper. Metoden omfattar bedömning, vårdplanering, behandling och uppföljning av teamet. När teamet har ett direkt patientansvar leder metoden till bättre funktionsförmåga hos den sköra äldre än med vanlig vård, samt ökad möjlighet till återgång till eget boende efter utskrivningen. Däremot påverkas varken risken för återinskrivning eller dödligheten med metoden. SBU bedömer att metoden på sikt kan vara kostnadseffektiv. Strukturerat omhändertagande är dock ett relativt okänt begrepp inom svensk sjukvård, möjligen med undantag för viss geriatrisk verksamhet [23].

### *Behov av fler hembesök av läkare*

År 2011 granskade Socialstyrelsen landstingens uppdragsbeskrivningar eller förfrågningsunderlag för primärvård, och undersökningen visade att det är tröskelprincipen som gäller i de flesta landsting. Den innebär att patienten ska komma till vårdcentralen i samband med ett läkarbesök, så långt det är möjligt utifrån hälsotillståndet. Hembesök av läkare utlovas inte eller kan inte krävas av patienten, vilket beskrevs i flera förfrågningsunderlag.

Hembesök av läkare, både planerade och akuta, är något som de mest sjuka äldre önskar, liksom deras anhöriga och personalen vid hemsjukvården och i särskilda boenden. Resultatet från Socialstyrelsens kartläggning visar att både landstingen och verksamhetscheferna anser att just hembesök av läkare är ett av de främsta utvecklingsområdena för primärvården, och att det är något som behöver erbjudas i större utsträckning än i dag till de mest sjuka äldre [12]. I intervjuerna med verksamhetschefer framkommer att de genomför hembesök i olika utsträckning, men att de vill kunna göra fler. Många

beskriver att det är svårt att hinna med hembesök; avstånden är ibland långa och resurserna i form av läkare och läkartid är begränsade, vilket leder till att hembesök inte kan prioriteras [12]. Tids- och läkartidsbristen i primärvården är alltså orsaken till att inte fler hembesök sker, och det är ett resultat som också stöds av Läkarförbundets resultat från en intervjustudie med verksamhetschefer om bl.a. omfattningen av hembesök [37].

Det kan finnas ytterligare aspekter som påverkar antalet hembesök av läkare till målgruppen. Socialstyrelsens kartläggningar visar bl.a. betydelsen av landstingens ersättningssystem eftersom främst den ersättning som ges för ett hembesök kan påverka utfallet. I tio landsting ger hembesök av läkare en ökad eller hög ersättning till vårdcentralen, medan det i andra landsting kan innebära en mer eller mindre ekonomisk förlust då man inte får någon större eller särskild ersättning för hembesök i jämförelse med ett mottagningsbesök [12].

### *Behov av ökad läkarmedverkan i hemsjukvården*

Läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården och hembesök till de särskilda boendena sker ofta i nära samarbete med de kommunala sjuksköterskorna och distriktssköterskorna i hemsjukvården. Detta regleras i avtal mellan landsting, kommuner och privata utförare. Hemsjukvården har kommunaliserats sedan Ädelreformen genomfördes 1992, och det har lett till en uppdelning mellan landstingens, kommunernas och de olika professionernas ansvar för hemsjukvården [38].

Läkarmedverkan och tid för besök på äldreboenden varierar mycket mellan olika län och också inom ett län, enligt Socialstyrelsens kartläggningar [2,32].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sina tillsynsrapporter framfört kritik mot den begränsade läkarmedverkan i hemsjukvården. I dessa framförs att den begränsade medverkan ger kontinuitets- och kompetensproblem samt att personalen får ta ett större medicinskt ansvar än vad de har kompetens för [8,39].

### *Personalens kompetens vid vårdcentralerna*

Socialstyrelsens genomgång av samtliga landstings uppdragsbeskrivningar till utförare av primärvård visar att kompetensen hos personalen i primärvården beskrivs utifrån det allmänna breda uppdraget till hela befolkningen, inte specifikt utifrån de mest sjuka äldres vårdbehov [32]. Vidare visar resultatet att utförarna i vårdcentralerna får ansvaret för att all personal har adekvat utbildning och kompetens för att tillhandahålla en god och säker primärvård. Sammansättningen av kompetens på vårdcentralen beskrivs av alla landsting.

Läkare ska vara specialister i allmänmedicin, exklusive utbildningsläkare, och de flesta landsting anger att hälften eller fler av läkarna ska ha den kompetensen. Läkare med annan specialistkompetens kan ingå som kompetens på en vårdcentral i vårdvalsmodellen och ett fåtal landsting nämner geriatrisk kompetens som exempel.

När det gäller sjuksköterskornas kompetens beskriver flera landsting att den övervägande andelen ska vara utbildade distriktssköterskor eller ha vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård eller annan utbildning som bedöms som relevant för att säkerställa uppdraget. Några landstings förfrågningsunderlag beskrev att patienter med kroniska sjukdomar såsom demens,

astma, KOL och diabetes ska erbjudas insatser av en sjuksköterska med specialisering inom området [32].

Förutom en hög kompetens inom medicin och omvårdnad beskriver också landstingen att primärvården behöver tillgång till dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog eller motsvarande.

### Geriatrisk kompetens och geriatrisk hälso- och sjukvård efterfrågas

Socialstyrelsens lägesrapport för hälso- och sjukvården och socialtjänsten 2012 beskriver att tillgången till geriatrisk och gerontologisk kompetens är alltför låg i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En av orsakerna till att en ökad kompetens inom geriatrik efterfrågas i alla led i vårdkedjan är att befolkningen blir allt äldre. Det gäller då inte bara ökad kompetens för läkare, utan även för andra yrkeskategorier.

Antalet geriatriska slutenvårdsplatser har också blivit färre, vilket har bidragit till att fler äldre vårdas i hemmet av hemsjukvård, hemtjänst och primärvårdens allmänläkare. Därför finns ett generellt ökat behov av geriatrisk kompetens i hälso- och sjukvården och omsorgen för äldre [32,40].

Hos hälso- och sjukvårds- och socialtjänstpersonal finns det generellt en stor brist på geriatrisk och gerontologisk kompetens. Förklaringar som kan ges är att grundutbildningarna innehåller alltför få sådana moment och det är inte tillräckligt många yrkesverksamma som väljer att gå en specialist- eller vidareutbildning inom området. Tillgången på läkare med specialistutbildning i geriatrik ökar dock något, mätt som antalet tjänster i förhållande till antalet personer i befolkningen som är 80 år eller äldre. I november 2012 fanns det 109 geriatriker per 100 000 personer 80 år eller äldre i befolkningen. Tio år tidigare, år 2002, var motsvarande antal 82 geriatriker. Trots en ökning av geriatriker är behovet av dem fortsatt stort och Däremot är skillnaderna i tillgång på geriatriker stora mellan landstingen. Tillgången på geriatrisk kompetens är även relaterad till förekomsten av geriatriska vårdplatser, vilka är mycket ojämnt fördelade mellan landstingen. Antalet disponibla geriatriska vårdplatser i landet har minskat från 2 635 stycken år 2009 till 2 167 stycken år 2013 [42].

Även fortbildningen i geriatrik bland personalen i primärvården är otillräcklig. Sedan 2004 genomför Läkarförbundet en enkätundersökning som skickas till medlemmar under 65 år i Distriktsläkarföreningen, Sjukhusläkarföreningen och Chefsföreningen. Syftet är att kartlägga omfattningen av fortbildning bland specialister. Den senaste enkäten visar att extern fortbildning minskade från 8,5 till 7,1 dagar under perioden 2004–2012. Det motsvarar endast 70 procent av vad Läkarförbundet anser vara ett minimum. Särskilt utsatta är specialister i allmänmedicin i primärvården som i genomsnitt endast hade 5,3 dagars extern fortbildning, och 14 procent hade ingen fortbildning alls [41].

### *Anhöriga till de mest sjuka äldre*

I Sverige är det vanligt att anhöriga hjälper sina sjuka närstående. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller ingen skyldighet att stödja anhöriga i deras behov av extra stöd eller insatser från sjukvården, motsvarande det som står i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Sedan 2009 finns det en bestämmelse i 5 kap. 10 § SoL om att kommunerna ska erbjuda stöd för att underlätta för de per-

soner som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning.

Trots sina stora och omfattande insatser är det inte mer än var tjugonde anhörig som uppger att de har något anhörigstöd [43]. Både kommuner och landsting kan dock erbjuda anhöriga att delta i en anhöriggrupp eller friskvårdsaktivitet. Det framkom också att de anhöriga önskade förbättringsåtgärder i vården och omsorgen, exempelvis att bli identifierade redan på sjukhuset, så att kommunen och primärvården får information om den anhöriges hälsa och situation [43].

Socialstyrelsen har gjort en fördjupad studie av anhöriga som ger omsorg till närstående och konstaterar att det finns ett samband mellan omsorgens omfattning och graden av påverkan på den anhörige [43]. Resultatet visar att de anhörigas omsorg är mer än bara ett komplement till samhällets insatser för personer som behöver vård, hjälp och stöd. Anhörigomsorgen är omfattande i alla åldrar och har en samhällsbärande funktion, men omsorg som ges av anhöriga ska vara frivillig.

### *Informationen till anhöriga som rör den närstående behöver bli bättre*

Inom ramen för vårdvalssystemen förväntas den enskilde kunna söka information, bedöma kvalitet och välja utförare. Mot bakgrund av att de mest sjuka äldre i regel är svaga aktörer i vårdvalssystemet finns risk för att de missgynnas när större ansvar för att samordna egna vård- och omsorgsinsatser läggs på den enskilde individen [11]. De mest sjuka äldre behöver därför särskilt stöd. Detta gäller information om diagnos och behandling, men också information om det stöd som samhället kan erbjuda och om de rättigheter som den närstående och anhörige har.

För att säkerställa detta behöver flera olika aktörer mer kunskap om anhörigas behov och om stödet till anhöriga. Detta gäller bl.a. kommunernas socialtjänst som enligt socialtjänstlagen har en skyldighet att erbjuda stöd, men även hälso- och sjukvården, arbetsgivare, Försäkringskassan, skolan och många andra aktörer. Det stöd som erbjuds behöver vara individanpassat och ta hänsyn till såväl omsorgstagarens som omsorgsgivarens situation och behov. Detta ger de anhöriga mer stabilitet och kontinuitet i sin omsorgsgivarroll och stärker därtill patientsäkerheten [43].

## Förslag till åtgärder i primärvården på kort sikt

Utifrån de utvecklingsområden som är beskrivna i föregående kapitel följer en rad åtgärder som regeringen kan vidta i närtid.

### Förbättra uppföljning

- Regeringen bör överväga att ändra förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen till att även omfatta primärvård. Därefter revideras Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26) om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

Socialstyrelsen har i flera tidigare rapporter lyft behovet av en nationell insamling av och tillgång till primärvårdsdata, och föreslår att regeringen prioriterar arbetet med en lagändring. Initialt leder detta till ett merarbete i landstingsförvaltningarna med att anpassa lokala databaser och register för rapportering till patientregistret. Den absoluta merparten av de data som skulle efterfrågas finns redan insamlad av respektive landsting. Socialstyrelsens bedömning är att detta skulle innebära ett begränsat extraarbete på vårdcentralnivå.

Ett utökat patientregister med primärvårdsdata möjliggör att på nationell nivå kunna följa de mest sjuka äldres samlade vårdkonsumtion och vårdkedjor. Med tillgänglig data så kan utvecklingsmöjligheter för primärvården av de mest sjuka äldre identifieras och förslag på åtgärder tas fram. Vidare behövs en förstärkt uppföljning av primärvårdens funktion och resultat på nationell nivå, vilket ligger inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag. Exempelvis har uppföljningen av vårdvalet hittills i stor utsträckning gjorts med landstingsspecifik data och inte i nationella studier.

## Stöd tydligare prioritering i primärvården

- Regeringen bör överväga att bidra till ett ökat nationellt fokus på prioriteringsarbete i primärvården genom att ge uppdrag till exempelvis Prioriteringscentrum utveckla stöd för vårdcentralernas prioriteringsarbete.
- Regeringen bör överväga att ekonomiskt stimulera landsting till att prioritera de mest sjuka äldre i styrdokument för primärvård och till att ha tydliga uppföljningskriterier för att kvalitetssäkra den primärvård som ges till målgruppen.

Prioritering av de mest sjuka äldre i primärvården är ett viktigt område som Socialstyrelsen vill lyfta fram. Myndigheten bedömer att en sådan prioritering ytterst handlar om hur de etiska principerna beaktas av landstingen, och hur det i sin tur kommer till uttryck i förfrågningsunderlaget till utförare av primärvård. Därför föreslår myndigheten att regeringen bidrar till att landstingen fokuserar mer på prioriteringar i primärvården med stöd av exempelvis Prioriteringscentrum. Forskning har också visat att professioner i det kliniska arbetet i primärvården vill att landstingspolitiker ger en tydlig styrning till prioriteringsarbetet i form av stöd och riktlinjer [25].

## Stöd kompetensutveckling i primärvården

- Regeringen bör överväga att stimulera den geriatriska kompetensen hos vårdpersonal och främst för all personal inom primärvården genom att införa t.ex. statsbidrag till landstingen och kommunerna för kompetensutveckling i geriatrik.
- Staten bör överväga att stimulera klinisk forskning om geriatriska interventioner för de mest sjuka äldre, med fokus på primärvårdsnivå.
- På nationell nivå behöver en geriatrisk webbutbildning utvecklas, en ”geriatrikens abc”, av Socialstyrelsen. Denna ska kunna nyttjas i hela landet och bidra till ökad kompetens hos all vårdpersonal inom primärvård, hemsvård och personal inom hemtjänst.

Det ökade primärvårdsbehovet med fler äldre och fler individer som därmed får kroniska sjukdomar samt skiftet till mer vård i hemmet förutsätter att primärvården och den specialiserade vården samt kommunen ökar kompetensen inom det geriatriska området. Det finns få geriatrikspecialister och geriatriska slutenvårdsplatser, och därför behöver all personal som möter äldre mer kunskaper i geriatrik. Mot bakgrund av att Socialstyrelsens tidigare arbete med kompetensutveckling och erfarenheter från satsningen kring de mest sjuka äldre har myndigheten förutsättningar att utveckla en webbutbildning. Socialstyrelsen föreslår därför att myndigheten får i uppdrag att utveckla en webbutbildning i geriatrik, likt ”Demens ABC” som Svenskt Demenscentrum tagit fram och erbjuder till all vård- och omsorgspersonal.

Eftersom det finns få läkare och sjuksköterskor med specialistutbildning inom geriatrik bör satsningar till primärvårdens personal övervägas. De mest sjuka äldres vårdbehov är ofta komplexa och kräver då särskilt god kompetens. En statlig satsning på geriatrisk fortbildning i vården förutsätter dock att personalen vill öka sina kunskaper, att de får tid för detta samt en tradition med ett kontinuerligt lärande i den kliniska vardagen. Vidare bedömer Socialstyrelsen att den kliniska och geriatriska forskningen i landstingen kan behöva stimuleras med t.ex. statsbidrag för att öka i omfattning. En sådan utveckling kan göra att geriatrisk och klinisk forskning på primärvårdsnivå får ett ökat fokus, och det kan i sin tur bidra till att öka den generella kompetensen hos alla personalgrupper i primärvården oavsett huvudman.

## Påskynda införandet av fast vårdkontakt

- Fast vårdkontakt är en lagstadgad samordnarfunktion enligt 29 a § HSL för bl.a. målgruppen i primärvården. Socialstyrelsen behöver utveckla stödjande och vägledande information för att påskynda införandet och användandet av fast vårdkontakt till de mest sjuka äldre i vården.

Socialstyrelsen anser att med en fast vårdkontakt får primärvården större möjlighet att vara den initierande samordnande vårdnivån. Den fasta vårdkontakten kan också bidra till ökad trygghet, ökad delaktighet och ett anpassat bemötande, samtidigt som den representerar den personalkontinuitet som de mest sjuka äldre och deras anhöriga efterfrågar.

Därutöver behövs rutiner och arbetssätt för en fast vårdkontakt i primärvården. Socialstyrelsen bedömer att den fasta vårdkontaktens arbetssätt i primärvården behöver utvecklas regionalt och lokalt. För detta behövs stödjande och vägledande informationsinsatser, vilka Socialstyrelsen kan utveckla inom ramen för sitt uppdrag.

## Förslag till åtgärder i primärvården på lång sikt

Utöver ovan föreslagna åtgärder som omgående kan initieras på nationell nivå har Socialstyrelsen identifierat ett antal åtgärder som behövs för att förbättra primärvården för de mest sjuka äldre. Det är åtgärder som kan förväntas ta längre tid att genomföra. I vissa fall behöver staten ta ett ansvar, men flertalet kan initieras av landstingen och kommunerna för att möta det ansvar de har.

## Tillgänglig primärvård

Tillgängligheten i primärvården för de mest sjuka äldre och deras anhöriga behöver utvecklas, så att förutsättningar finns för att ge en god vård också under kvällar och helger utifrån de regionala förutsättningarna. Tillgängligheten till primärvård är ett viktigt område för de mest sjuka äldre och deras anhöriga, och den kan vara avgörande för upplevelsen av trygghet. Många i målgruppen vill att vården ges i hemmet så att de kan undvika olämplig och ansträngande väntan i den specialiserade vården. Detta möter landstingens behov av att begränsa dyrbara vårdplatser, men ställer krav på hur vården organiseras. Landstingen bör överväga att tillsammans med kommunerna utveckla läkartillgängligheten i den kommunala hemsjukvården och vid de särskilda boendeformerna. Syftet är att bättre kunna möta det medicinska behovet vid en utvidgad hemsjukvård när allt fler sjuka äldre vårdas i sina hem och de medicinska vårdbehoven blir större och mer komplexa samt kräver ett ökat medicinsk ansvar dygnet runt. Bland annat måste vårdgivare ges ekonomiska förutsättningar och incitament att ge vård i hemmet.

## Primärvårdens behov av identifiering av de mest sjuka äldre

Socialstyrelsen bedömer att systemet för att identifiera gruppen mest sjuka äldre går att förbättra inom ramen för den befintliga strukturen och det gällande regelverket. Detta arbete pågår i viss utsträckning redan i landstingen, hos privata vårdgivare och i den kommunala vården och omsorgen. Myndigheten anser dock att detta arbete behöver intensifieras. Primärvården, den specialiserade vården och akutmottagningarna behöver få utökade möjligheter att identifiera personer i målgruppen och markera dem i journalen. Arbetet med att identifiera de äldre kan vara en del i ett anpassat integrerat och strukturerat omhändertagande i team. När de aktuella individerna är identifierade kan verksamhetschefer, läkare och de fasta vårdkontakterna i primärvården få ökade möjligheter att samordna vården av de mest sjuka äldre.

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att det inte går att få en samlad nationell bild av vårdkontakterna för den kommunala vården och omsorgen. Anledningen är att kommunens vård och omsorg ännu inte registreras på ett strukturerat sätt eller att de begränsas av it-systemens innehåll och funktioner, även om ett sådant utvecklingsarbete pågår [29,32]. I en internationell jämförelse är det vanligt med geriatriska bedömningsinstrument för att identifiera sköra äldre patienter och ge dem ett mer anpassat omhändertagande i team. Här bedömer myndigheten att det finns en stor utvecklingspotential genom identifikation och samanhållen journalföring, både i primärvården och i den specialiserade vården.

Ökad kännedom om vilka personer som tillhör de mest sjuka äldre är som beskrivits tidigare också en patientsäkerhetsfråga. En skör patientgrupp ska inte få vård på fel vårdnivå eller riskera att falla mellan stolarna i samband med vård- eller omsorgsövergångar, för att exempelvis vårdcentralen i primärvården inte har information om vilka personer som omfattas av det medicinska samordningsansvaret i den kommunala vården.



## Kompetensutveckling och personalförsörjning

Arbetsmarknadsläget kännetecknas sedan lång tid av att efterfrågan överstiger tillgången på många personalgrupper, i synnerhet specialiserade läkare och sjuksköterskor. Knappt 70 procent av alla läkare i hälso- och sjukvården har minst en specialistkompetens [44]. Högst täthet av specialister finns inom allmänmedicin, 64 per 100 000 invånare, följt av psykiatri med 18 per 100 000 invånare. Tillväxten varierar men inom exempelvis psykiatri och allmänmedicin ökade tillgången med drygt 30 procent i förhållande till befolkningen under åren 1995–2012 [44]. Trots detta är bristen på dessa två specialiteter stor i framför allt de mindre landstingen.

Internationell rörlighet av hälso- och sjukvårdspersonal, kompetensanvändning och utbildningsdimensionering är tre viktiga komponenter för att få en bättre balans på arbetsmarknaden [44]. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar landstingen för att utbilda specialistläkare i sådan utsträckning att det motsvarar den framtida efterfrågan. Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att bristfällig läkarkontinuitet är ett problem, särskilt i de landsting som brottas med vakanser och brist på specialister i allmänmedicin. Problemet bedöms inte bli mindre framöver. I de landsting som har stora rekryteringsproblem är det särskilt svårt att ansvara för fortbildning och säkerställa kompetens.

Landstingen och kommunerna behöver också tydliggöra i sina uppdragsbeskrivningar att primärvårdsutförarna som arbetsgivare har ansvaret för kompetensutveckling bland personalen. Beställarna av primärvård bör överväga att utreda möjligheterna till en särskild ersättning för att påskynda den geriatriska kunskapsutvecklingen hos utförarna. De behöver också säkerställa att de mest sjuka äldre erbjuds kompetenser såsom kuratorer, psykologer och dietister som kan stödja både de äldre och deras anhöriga i svåra och utsatta situationer. Detta är också ett led i ett situationsorienterat arbetssätt där hela livssituationen beaktas.

Utförarna av primärvård bör öka sina kunskaper, för alla personalgrupper, genom att skapa förutsättningar för en lärande kultur på vårdcentralerna. Eftersom dagens beställningar av vård är produktionsinriktade kan landstingen behöva utreda möjligheten att ge en särskild ersättning för fortbildningsinsatser eller utveckla uppföljningskriterier som kan styra en ökad kompetensutveckling i primärvården. Det kan exempelvis ske genom att delta i FoU-arbete och lokala utvecklingsprojekt med möjlighet till fortbildning och en allmän kompetenshöjning. Några landsting har inlett arbetet med så kallade akademiska vårdcentraler, och deras systematiska arbete stimulerar och underlättar för en evidensbaserad primärvård som är inriktad på fortbildning och forskning [45-46].

# Korttidsboende

## Inledning

Korttidsboende är en kommunal insats som ska tillgodose 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. I regeringens proposition inför reformen (prop.1990/91:14 s.54) framhölls att kommunerna ska ges ansvaret för såväl permanent boende som tillfälligt stöd i en särskild boendeform. Det tillfälliga stödet, korttidsboende, skulle ha resurser för att ge växelvård, avlastning för närstående och rehabilitering. Varken skyldigheterna eller ansvaret gällande korttidsboende har förändrats sedan Ädelreformen. Enligt kap. 5 § 6 i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska kommunerna planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunerna samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och andra organisationer.

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå och upp till sjuksköterskekompetens vid de särskilda boendeformerna inklusive korttidsboendet som det beskrivs i 18 § HSL. Kommunen har ett ansvar som är likställt med landstingets när det gäller primärvård (inklusive rehabilitering). Läkarinsatserna som ges vid ett korttidsboende är dock landstingets ansvar.

År 2007 infördes en ny bestämmelse i HSL (26 d §) som innebär 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.

Korttidsplats innebär enligt Socialstyrelsens termbank ”en bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt”. En korttidsplats kan finnas vid ett särskilt korttidsboende eller finnas som enstaka platser på en enhet i ett permanent särskilt boende. En korttidsplats på ett boende kan fylla det behov av trygghet, eftervård och återhämtning som äldre kan ha efter ett slutenvårdstillfälle.

Socialstyrelsen gör i denna rapport ingen skillnad mellan om insatsen ges vid ett permanent särskilt boende, s.k. enstaka plats, eller om insatsen ges vid ett särskilt korttidsboende. Insatsen korttidsboende bedrivs i flera olika organisatoriska former i kommunerna. Det kan vara särskilda separata korttidsboendeenheter, delar av ett särskilt boende, enstaka platser i ett permanent särskilt boende eller platser som kommunen köper av andra kommuner.

Kapitlet om korttidsboende inleds med en bakgrund med probleminentifiering, sedan följer åtgärdsförslag som är riktade till regeringen. Sist i kapitlet finns ett avsnitt där åtgärder som kan genomföras på längre sikt föreslås, varav flertalet är riktade främst till kommunerna och landstingen.

## Utvecklingsområden för korttidsboenden

Socialstyrelsen har redovisat två tidigare regeringsuppdrag med syfte att kartlägga och identifiera problem och utvecklingsområden för insatsen korttids-

boende [1-2]. Kartläggningarna hade som syfte att utreda tillgången till platser, orsaker till beviljandet, insatser som ges på boendet, uppföljningen av de beviljade insatserna samt hinder och förutsättningar för en väl fungerande korttidsverksamhet. Åtgärdsförslagen i denna rapport bygger på dessa tidigare kartläggningar och andra aktörers problemidentifieringar. Förslag till åtgärder är indelade i två övergripande problemområden. Dessa områden är:

- varierande riktlinjer för och användning av korttidsboende i vård- och omsorgskedjan
- svårigheter vid in- och utflyttning på korttidsboende.

## Varierande riktlinjer för korttidsboenden

### *Behov av bättre samverkan*

Korttidsboende fyller en central funktion för både kommuner och landsting i samband med utskrivning av äldre som har ett fortsatt stort vård- och omsorgsbehov. Tillgången till insatsen är central för landstingen när det saknas slutenvårdsplats i geriatriken för fortsatt rehabilitering eller när det inte längre är aktuellt med en vårdplats i slutenvården. Genom att ha tillgång till insatsen korttidsboende kan kommunerna ta hand om utskrivningsklara äldre, som har ett fortsatt vård- och omsorgsbehov, de gånger det av olika skäl inte fungerar med hemsjukvård, hemtjänstinsatser eller utskrivning direkt till det ordinära boendet [2].

Vid korttidsboendet bör de äldre kunna få både omsorgs- och sjukvårdsinsatser, exempelvis eftervård efter sluten specialiserad vård, rehabilitering och anhörigavlösning. Korttidsboendet finns också för att stödja andra delar av äldreomsorgen, exempelvis då utökad hemtjänst dygnet runt inte är tillräckligt eller då hemsituationen i det ordinära boendet inte fungerar. De lokala förutsättningarna påverkar också korttidsboendets funktion i kommunens äldreomsorg i form av äldreomsorgens övriga utbud, de demografiska villkoren och inte minst de geografiska förutsättningarna [2].

Det pågår en statlig översyn av lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortad betalningsansvarslagen. Syftet med översynen (dir 2014:27) är att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan sluten vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende kan hållas så korta som möjligt och onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas för utskrivningsklara patienter. En utgångspunkt för översynen ska vara att precisera formerna för samverkan mellan landstingen och kommunerna. Översynen ska omfatta både somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård och vara klar i februari 2015.

Socialstyrelsens och andra aktörers kartläggningar beskriver att det finns äldre som blir utskrivna från sjukhus för tidigt och att korttidsboendet därför ibland kan liknas vid ett kommunalt sjukhus utan tillräckliga resurser [2-5]. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor beskriver att sjukhuspersonal ofta förutsätter att den äldre ska erbjudas en korttidsplats vid ett särskilt boende och att detta näst intill räknas in som en del i själva vården [3]

Läkarförbundet har gett ut en rapport om utskrivningsklara patienter och betalningsansvarslagen. I den beskrivs bl.a. att kommunerna i dag har ett mindre ekonomiskt incitament att ordna plats vid särskilda boenden och ta hem utskrivningsklara patienter [6]. Kommunerna och landstingen föreslås

istället på en övergripande nivå komma överens om målen, resurserna och ansvarsfördelningen, och att samverka bättre i vårdplaneringen samt för ökad kompetens för patienter med sammansatta behov [6].

### *Allt större vårdbehov hos äldre i korttidsboende*

När kommunerna beviljar insatsen korttidsboende beror det oftast på eftervård efter en sjukhusvistelse, följt av anhörigavlösning och väntan på plats på ett permanent särskilt boende [1]. Därefter är de vanligaste orsakerna att den äldre upplever otrygghet i det ordinära boendet och att den äldre behöver vård i livets slutskede eller palliativ vård [1].

Socialstyrelsens kartläggningar tyder på att korttidsboende har stor betydelse för de äldre i samband med utskrivningar från den slutna specialiserade vården, eftersom äldre personer med stora vårdbehov kan behöva fortsatta större insatser dygnet runt från vård- och omsorgspersonal [2,7]. Detta har också beskrivits av andra myndigheter, förbund och aktörer. Läkarförbundet föreslår som åtgärd att läkartiden för sköra äldres sjukvård ska öka och efterfrågar nationella regler i landstingens förfrågningsunderlag, för vårdalet i primärvård, som tydligt definierar läkarnas uppdrag för målgruppen [6].

Under 2014 intervjuade Socialstyrelsen medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering om bl.a. korttidsboende. De ser en utveckling över tid med ett ökat användande av insatsen och en ökad efterfrågan, men att det samtidigt finns missuppfattningar om vad insatsen syftar till både hos den äldre och hos vård- och omsorgspersonalen.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna upplever också att de som vistas på korttidsboende ofta har större vård- och omsorgsbehov än de som bor på permanent särskilt boende. Det förklaras bl.a. av en allt kortare vårdtid i den specialiserade slutna vården och att fler äldre överlever svåra sjukdomar, t.ex. stroke, och kommer till ett korttidsboende efter den akuta fasen i sjukdomen [8].

### *Kompetens och bemanning viktiga utvecklingsområden*

Socialstyrelsens kartläggning visar att enhetschefer vid korttidsboenden ser kompetens hos personalen som ett utvecklingsområde och att de ser ett ökat behov av kompetens inom bl.a. demenssjukdomar, psykiatri och bemötande [5].

Rätt bemanning på korttidsboendet är tydligt kopplat till de individuella behoven och de insatser som beviljats. Därför är samverkan med landstinget särskilt viktig i vården av personer med sammansatta behov. Detta är ett gemensamt ansvar för landsting och kommun som också är reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård. Föreskrifterna behandlar rutiner för samverkan, vårdplanering och överföring av information vid in- och utskrivning.

Användningen av kunskaper och erfarenheter hos personalen handlar också om att personalen ges tillräckligt med tid för att utföra vård- och omsorgsarbetet hos de äldre, så att det sker professionellt och med hög personalkontinuitet [4]. Underfinansieringen av äldreomsorgen medför bl.a. att personalen måste ”springa fortare”, vilket ger en sämre kontinuitet i omsorgskontakten, ökad risk för att missa förändringar i hälsotillstånd och mindre trygghet för den äldre [4]. Personalkontinuitet är en förutsättning för

god vård och omsorg, och låg personalomsättning ger kontinuitet i vård- och omsorgsrelationen, vilket de äldre efterfrågar.

*Korttidsboendets rehabiliteringsfunktion behöver utvecklas*  
Drygt två tredjedelar av alla kommuner beviljar insatsen korttidsboende för äldre som behöver rehabilitering [2]. Den rehabilitering som ges är främst vardagsrehabilitering eller innebär ett rehabiliterande förhållningssätt enligt intervjuade enhetschefer vid korttidsboenden [2]. De säger också att den skiljer sig från specifik rehabilitering. Specifik rehabilitering innebär riktad träning som utförs av bl.a. arbetsterapeut och sjukgymnast. Den specifika rehabiliteringen är en planlagd och tidsbestämd process; fokus är att stödja det friska hos den äldre (salutogenes) och processen är framtidsinriktad [9].

Äldrecentrum konstaterar att olika professioner, landsting och kommuner har olika syn på vad som är rehabilitering, ”mobilisering” respektive ”vardagsträning” och vem som ansvarar för vad [10].

Socialstyrelsen identifierade ett antal förbättringsområden för strokevården i den nationella utvärderingen [11]. Ett område är att förbättra rehabiliteringen både under och efter ett slutenvårdstillfälle. Utvärderingen visar att flera kommuner inte erbjuder rehabilitering efter stroke, trots att de enligt lag är skyldiga att göra det. Utvärderingen har också identifierat en risk för att personer som behöver rehabilitering och hjälpmedel efter insjuknandet i stroke inte får det.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering 1 och 3 § framgår att landstinget och kommunen gemensamt ska utarbeta rutiner för samordningen av insatser för enskildas habilitering och rehabilitering. I utvärderingen framkommer också att endast 58 procent av kommunerna har rutiner för att samordna rehabiliteringen med landstinget, generellt eller specifikt för stroke [11].

Något annat som nämns är att landsting kan ha olika hemsjukvårdsavtal med olika kommuner, och det kan vara svårt för personer som insjuknat i stroke och deras anhöriga att veta vem som har ansvaret och vem de ska vända sig till om de behöver rehabilitering och hjälpmedel [11].

### *Korttidsboendet är viktigt som anhörigstöd*

En vanlig orsak till att äldre vistas på korttidsboende är anhörigavlösning eller växelvård [2]. Insatsen kan därför vara avgörande för att en äldre kan bo kvar i det ordinära boendet, samtidigt som korttidsboendet fyller en viktig funktion för de anhörigvårdare som med insatsen kan få vila från vårdandet. För att insatsen ska fungera som anhörigstöd behöver de anhöriga känna till att den finns. Dessutom måste den vara tillgänglig och ha ett tydligt innehåll. Detta leder till bättre trivsel hos den som får insatsen och det underlättar för de anhöriga att lämna över ansvaret [12].

Enligt 5 kap. 10 § SoL ska socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Trots sina stora och omfattande insatser är det inte mer än var tjugonde anhörig som uppger att de har något anhörigstöd [13].

En allt större andel äldre personer vårdas för sin sjukdom och funktionsnedsättning i det ordinära boendet, och samtidigt minskar andelen äldre i

särskilt boende [14]. Korttidsboende fyller därmed en allt viktigare funktion som anhörigstöd med den växelvård som ges.

Socialstyrelsens kartläggningar visar att korttidsboendets funktion som anhörigstöd behöver utvecklas för att fungera bättre. Då antalet platser vid särskilda boenden minskar och korttidsplatser för växelvård upptas av äldre som väntar på en plats vid ett permanent särskilt boende kan anhörigvårdares behov av en korttidsplats få stå tillbaka.

### *Bättre anpassad boendemiljö*

Ofta är lokalerna för korttidsboenden anpassade efter de äldres behov och verksamhetens olika syften, så att de äldre kan erbjudas enkelrum. Enhetscheferna önskar dock enligt intervjuerna att korttidsboendet har mer moderna lokaler och mer hemlik miljö. De vill också ha lokaler i markplan med tillgång till en lämplig utemiljö för att få fler möjligheter till olika sociala aktiviteter [2].

På en del korttidsboenden måste de äldre dela rum eller hygienutrymme med andra, vilket har kritiserats i både Socialstyrelsens tidigare tillsynsrapporter och i IVO:s rapport *Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre 2013* [15]. Under dessa omständigheter blir det svårare att uppfylla kraven på respekt för den äldre personens integritet och värdighet samtidigt som risken för smittspridning ökar. Om boendemiljön vid ett korttidsboende inte anses anpassad eller inbjudande kan anhörigvårdare välja att avstå från att ansöka om en växelvårdsplats för sin närstående.

Boendemiljön och aktivitetsutbudet är områden som kan förbättras för att göra anhörigavlösningen mer attraktiv, och det finns studier som visar brister i boendemiljön och de aktiviteter som erbjuds [10,13,16]. Korttidsboende som anhörigstöd behöver fortsätta att utvecklas och enligt enhetscheferna gärna komma in i ett tidigare skede, innan situationen blir akut för anhörigvårdare [2]. Detta förutsätter dock att det finns platser och att dessa inte beläggs med personer som exempelvis väntar på en plats i permanent särskilt boende, samt att boendet kan erbjuda en miljö och aktiviteter som gör att anhörigvårdare vill ansöka om insatsen [2].

### *Begränsad kunskap om insatsens effektivitet*

Det finns begränsad kunskap om insatsen korttidsboende och dess effekt på äldre. Generellt finns inte vetenskapligt stöd för att en specifik boendeform skulle vara bättre för livskvaliteten än någon annan, enligt Äldreboendedelegationen [17]. Socialstyrelsens senaste kartläggning av vetenskapliga översikter av hemvård för äldre (hemsjukvård, hemtjänst och andra vårdinsatser) bekräftar detta resultat då det saknas vetenskapliga studier som visar på eventuella skillnader mellan hemtjänst och särskilt boende för långvarig vård och omsorg om äldre [18]. 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 och därmed ett minskat vård- och omsorgsbehov som behöver tillgodoses av äldreomsorgen [10,19].

Äldrecentrum redovisar dock resultaten från en randomiserad kontrollerad studie på Södermalm i Stockholm [10]. Studien visar att korttidsboendets innehåll kan beskrivas som otydligt, men att vistelsen t.ex. kan ge ökad trygghet och ökad livskvalitet. Studien har visat flera positiva effekter för de

äldre personer som fått korttidsplats jämfört med de personer som nekades [10]. Resultaten från den studien tyder bl.a. på detta:

- De äldre som fick en korttidsplats förbättrade i genomsnitt sin rörelseförmåga mer än de som skrevs ut till hemmet.
- De äldre som fick en korttidsplats hade signifikant större förbättring när det gäller oro och nedstämdhet samt förmågan att klara huvudsakliga aktiviteter.
- Det fanns en tydlig tendens till att de äldre som fått en korttidsplats i mindre utsträckning blev inlagda på sjukhus inom ett år efter utskrivningen, jämfört med de äldre som skrevs direkt ut till hemmet.

Socialstyrelsen har tidigare också lyft frågan om den s.k. kvarboendeprincipen och vad den innebär, främst för ensamhushåll och för anhörigas ansvarsbörda [1-2]. En viktig fråga när det gäller effekten av korttidsboende är om de äldre vill ha korttidsboende eller om de vill komma hem till sitt ordinära boende och få hjälpen där. I vissa situationer är vård och omsorg i ordinärt boende inte ett reellt alternativ, särskilt när den äldre personen känner otrygghet, har nedsatt kognitiv förmåga eller begynnande demenssjukdom, eller om den anhörige inte orkar vårda personen i hemmet [2,4,10]. 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 [4,14].

Det finns få studier som visar att korttidsboende är en kostnadseffektiv insats för den kommunalt finansierade äldreomsorgen. Äldrecentrums rapport visade dock att det inte fanns några skillnader i kostnader för korttidsplats direkt i anslutning till en sjukhusvistelse i jämförelse med att den äldre skrevs ut direkt till det ordinära boendet med utökad hemtjänst [10].

I flera rapporter lyfts behovet av att utvärdera insatserna som ges till de äldre vid korttidsboendet med hjälp av genomförandeplanerna, både för den äldres skull och för att kunna säga något om verksamhetens funktion och effektivitet.

### *Kommunernas syfte och riktlinjer med korttidsboende varierar*

Kommunerna har olika riktlinjer för vilka behov som de beviljar korttidsplats för. Exempelvis beviljar två tredjedelar av kommunerna plats för rehabilitering och tre fjärdedelar för bostadsanpassning (anpassning av den egna bostaden utifrån en kvarvarande funktionsnedsättning). Fyra femtedelar av kommunerna beviljar insatsen för att personen känner otrygghet i ordinärt boende eller för att utreda framtida insatser [2]. Detta indikerar att kommunerna har olika inriktning och riktlinjer för sitt korttidsboende, vilket kan förklara varför en äldre person beviljas plats vid korttidsboende eller inte [2].

Korttidsboendens olika funktioner för de äldre medför ett varierat innehåll i den vård och omsorg som ges, och de har därmed ett otydligt syfte.

Vården och omsorgen som ges vid ett korttidsboende anses också ha ett otydligt innehåll och är inte alltid organiserad utifrån det behov som den äldre beviljats insatsen för [17]. Det är också viktigt att synliggöra resultatet av den vård och omsorg som ges på ett korttidsboende för att bl.a. öka den äldres funktionsförmåga och livskvalitet [2,10,17,20].

### *Utvecklad behovsbedömning behövs*

Tidigare har kommuner ofta utgått från de tjänster inom äldreomsorgen som äldre kan erbjudas, exempelvis korttidsboende, i stället för det behov hos den äldre som behöver uppfyllas. Socialstyrelsen har därför tidigare föreslagit en modell som utgår från den äldres behov [21]. Modellen stödjer ett systematiskt arbetssätt och en strukturerad dokumentation, med ett nationellt fackspråk för att beskriva behov och insatser inom äldreomsorgen. Modellen utgår också från ett behovsorienterat arbetssätt [21].

Genomförandeplanen är ett centralt verktyg för att de äldre ska ha inflytande och vara delaktiga i sin vård och omsorg vid korttidsboendet. Planen används också i stor utsträckning av kommunerna, enligt enhetschefer vid boenden [2]. Även den nationella tillsynen av vård och omsorg om äldre visar att de flesta personer nu har en sådan plan [15]. Det finns dock fortfarande brister i innehållet och genomförandeplanerna behöver utvecklas. Dessutom påtalar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) behovet av att socialnämnderna systematiskt följer upp äldres individuella behov [16]. Det måste vara tydligt i genomförandeplanen vilka de individuella behoven är och vilka insatser som beviljas, för annars vet inte den äldre och dennes anhöriga vad de kan förvänta sig av insatsen korttidsboende. En annan konsekvens är att det blir svårt att få rätt bemanning på korttidsboendet.

Biståndshandläggaren har uppgiften att besluta om äldres behov av kommunala insatser redan på sjukhuset, utan möjlighet till hembesök eller någon längre utredningstid. Socialstyrelsens studie bland enhetschefer vid korttidsboenden indikerar också att vårdplaneringen behöver utvecklas för att det ska bli rättssäkert men också för att den äldre ska kunna vara delaktig [2].

Att bli beviljad insatsen korttidsboende är inte alltid okomplicerat, enligt en studie om biståndshandläggares ansvar att både bedöma äldres behov och hålla budgeten i äldreomsorgen [22]. Hur kommunen informerar om korttidsboende påverkar säkerligen hur många som ansöker om insatsen [10]. IVO har pekat på att rättssäkerheten ibland åsidosätts eftersom kommunen inte informerat om den äldres rätt att ansöka om bistånd [15].

### *Samordnad individuell vårdplanering kan bli bättre*

Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL som innebär att kommunerna och landstingen tillsammans ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde behöver stöd med att samordna insatser från båda. Samordnad individuell plan förutsätter att den enskilde samtycker till det, och arbetet med planen bör påbörjas utan dröjsmål. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan landstingen och kommunerna så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses.

När äldre med fortsatta vård- och omsorgsbehov är utskrivningsklara från sjukhus ska en vårdplan upprättas i en samordnad vårdplanering. Vårdplanen syftar till att ge en samlad bild av det fortsatta behovet av vård- och omsorgsinsatser, både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, samt klargöra vem som ansvarar för insatserna.

IVO:s tillsynsrapport från 2013 visar dock att det är svårt att tillämpa bestämmelserna om vårdplanering så som de ser ut i dag [15]. I rapporten nämns några olika problem:



- Bestämmelserna om vårdplanering är inte helt anpassade till den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården med bl.a. kortare vårdtider.
- Det är inte ovanligt att de mottagande verksamheterna i primärvården och inom äldreomsorgen får uppgifter om läkemedel eller annan viktig information om den äldre, senast samma dag som hon eller han skrivs ut från sjukhuset.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter blir sällan kallade till vårdplaneringen.

## Svårigheter vid in- och utflyttning på korttidsboende

### *Färre platser vid särskilda boenden*

Den kommunala äldreomsorgen omstruktureras på ett sätt som motsvarar det i hälso- och sjukvården, med ett minskat antal platser vid särskilda boenden och ett ökat stöd i ordinärt boende med hemtjänstinsatser och hemsjukvård. Utvecklingen har kunnat ses under en längre period.

Andelen äldre som får insatser från den kommunalt finansierade vården och omsorgen minskar totalt sett [14]. Under perioden 2001–2007 minskade antalet platser för äldre personer i kommunernas särskilda boenden (permanent särskilt boende) med 20 procent, från 118 600 till 95 200 stycken [7]. Minskningen har fortsatt in på 2010-talet. Antalet personer som får insatsen korttidsboende minskade med 17 procent under perioden 2008–2013 [23]. Den 1 oktober 2013 hade 7 300 personer 65 år och äldre beslut om insatsen korttidsboende, och antalet vård- och omsorgsdygn under hela oktober månad var 206 000 stycken. Det var en minskning med 13 000 dygn jämfört med året innan [23].

Att in- och utflyttning på korttidsboendet fungerar är en förutsättning för att den äldre får vård och omsorg på rätt nivå, för att de ska slippa onödiga förflyttningar och för att anhörigvårdare inte ska få vänta för länge på en möjlighet till vila och återhämtning [2].

Dessutom finns ett systembehov av ett fungerande flöde till och från korttidsboendet, sett både ur ett landstingsperspektiv med exempelvis utskrivningsklara patienter och ur ett kommunperspektiv när det gäller att ta hem äldre personer som är utskrivningsklara [2].

Många äldre vistas på korttidsboende för att det saknas platser i permanent särskilt boende, och i flera kommuner är väntan på en plats i ett permanent särskilt boende den vanligaste orsaken till att en person vistas på korttidsboende [2]. Det visar tydligt att det finns problem med flödet i vård- och omsorgskedjan och för korttidsboende.

Detta kan också leda till att andra målgrupper för korttidsboende riskerar att få stå tillbaka, exempelvis personer med behov av rehabilitering samt de äldre i behov av växelvård och deras anhöriga som behöver avlösning [2].

### *Få alternativ till insatsen korttidsboende*

Socialstyrelsens kartläggning visar att en del kommuner har andra vård- och omsorgsformer med liknande syfte som insatsen korttidsboende, för vissa behov av omsorg och vård hos den äldre. Det är dock långt ifrån alla behov som i dag tillgodoses vid korttidsboendet [2]. Exempelvis kan dagverksamhet [24], utökad hemtjänst och hemrehabilitering motsvara de äldres behov.

Kommunal vård och omsorg kan även ges av ett team med olika professioner, som ger insatserna till den äldre i dennes ordinära bostad. Insatsen ges dygnet runt. Detta hemtagningsteam ska fungera som en länk mellan sjukhusvården och den kommunala vården och omsorgen, och syftet är att ge vård och stöd i hemmet direkt efter en sjukhusvistelse. Teamet möter upp i hemmet efter sjukhusvistelsen och vårdplaneringen sker där, genom att hemtagningsteamet tillsammans med brukare och anhöriga bedömer vilka insatser som behövs.

Några kommuner arbetar med att minska antalet korttidsplatser för att i stället arbeta med hemrehabilitering och hemtagningsteam, vilket anses vara mer lämpligt för att den äldre ska återfå tillfälligt nedsatta funktioner och dessutom anses öka självständigheten (motverka hospitalisering). Kostnaderna för heldygnsomsorg vid korttidsboenden gör dessutom att kommunerna väljer andra alternativ. För närvarande pågår en del projekt, några med forskningsanknytning, i syfte att utvärdera vilka effekter insatsen korttidsboende har på de äldre och på verksamheten, i jämförelse med alternativ såsom hemteam och utökad hemtjänst [25].

Trygghetsplatser är en annan insats som har utvecklats under de senaste åren i en del kommuner, främst som anhörigstöd. Dessa platser är ett stöd för den anhörige som vårdar en närstående och tillfälligt behöver avlösning. Den äldre kan ofta boka en trygghetsplats direkt hos verksamheten och behöver inte alltid beslut från en biståndshandläggare.

Socialstyrelsens senaste kartläggning visar dock att nästan 40 procent av kommunerna saknar en långsiktig plan för sin framtida försörjning av särskilda boendeformer för äldre [2]. Dessutom saknar majoriteten av kommunerna andra vård- och omsorgsformer som tillgodoser omsorgsbehov dygnet runt, förutom korttidsplats, trygghetsplats och permanent särskilt boende [2].

Myndigheten har tidigare påtalat att minskningen av antalet korttidsplatser är oroväckande om det inte finns andra likvärdiga insatser eller om de inte kan erbjuda den trygghet som äldre och deras anhöriga efterfrågar, exempelvis i samband med en utskrivning [2].

## Förslag till åtgärder för korttidsboenden riktade till regeringen

Socialstyrelsens förslag till åtgärder för insatsen korttidsboende är beskrivna utifrån vem åtgärderna främst riktar sig till. De åtgärder som presenteras i följande avsnitt är riktade till regeringen och bedöms kunna genomföras på kortare tid.

Myndigheten har inte prioriterat mellan förslagen till åtgärder, utan anser att det är flera förändringar inom de beskrivna utvecklingsområdena som behövs. Syftet med åtgärderna är att utveckla och tydliggöra korttidsboendets funktion och kvalitet samt målet och resultatet av insatsen för de äldre.

- Regeringen bör överväga att ekonomiskt stödja utvecklingsarbete hos landstingen och kommunerna om samverkan och ansvarsområden i samband med övergångar i vård- och omsorgskedjan för de mest sjuka äldre.
- Regeringen bör överväga att stimulera forskning om rehabilitering av de mest sjuka äldre vid korttidsboende eller i ordinärt boende, vilka effekter

på den äldre som kan fås av insatsen korttidsboende eller andra alternativa insatser med liknande syfte. Även kostnader för olika alternativ i förhållande till effekterna behöver inkluderas i forskningen.

- Regeringen bör överväga att uppdra till berörda myndigheter och Socialstyrelsen att i samverkan utarbeta vägledande kunskapsunderlag om miljöutformning av särskilt boende, inklusive korttidsboende.

Socialstyrelsen föreslår regeringen att överväga stimulansmedel för att öka samverkan mellan landsting och kommun i samband med utskrivningar och vårdövergångar, för att minska problem med bristande informationsöverföring, brister i rehabiliteringsansvaret och brister i det medicinska samordningsansvaret.

Andra viktiga förslag till regeringen gäller en ökad satsning på forskning för att öka kunskaperna om vilka kommunalt finansierade insatser som ger bäst effekt på den äldres funktionsförmåga, hälsa och livskvalitet, eller för att se vilka insatser som är effektiva sett ur ett systemperspektiv. Syftet är att på sikt tydliggöra korttidsboendets roll och överlevnad i en ekonomiskt begränsad äldreomsorg eller se vilka alternativa insatser som är att föredra. Kostnaderna för olika insatser behöver sättas i förhållande till uppnådda effekter för den äldre.

Den problemlösning som myndigheten gjort visar att det finns begränsad kunskap kring korttidsboende, liknande vård- och omsorgsinsatser och deras effekter på den äldres hälsa, funktionstillstånd och livskvalitet. Socialstyrelsen bedömer därför att inte platserna i korttidsboende kan minskas ytterligare utan att alternativ med liknande syften har studerats och utvärderats. Dessutom är det inte klart var den äldre personen och dennes anhöriga tycker att behoven bäst tillgodoses. Följaktligen föreslår myndigheten att regeringen överväger att stimulera forskning inom området.

I en rapport till Socialdepartementet beskriver Forte behovet av att studera konsekvenserna av nya styr- och driftformer inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Det är framför allt verksamheternas kostnader och kvalitet i förhållande till de jämlikhetspolitiska målen som behöver undersökas. Dessutom behövs forskning om vård och omsorg som ett sammanhållet system utifrån ett patient- och brukarperspektiv [26]. Socialstyrelsen bedömer att rehabilitering för de mest sjuka äldre och var rehabiliteringen sker är ett forskningsområde som särskilt behöver övervägas att stimuleras av regeringen.

Vidare föreslår myndigheten regeringen att uppdra åt relevanta aktörer att ta fram vägledande material om boendemiljön, så att miljön vid de särskilda boendeformerna har en ändamålsenlig utformning och utveckling. Det mot bakgrund av att anhörigvårdare också behöver kunna utgå ifrån att korttidsboenden har en stimulerande och mer hemlik boendemiljö för att vilja lämna den äldre vid ett korttidsboende. Utvecklingen tyder också på att kommuner kan räkna med en större efterfrågan på korttidsplatser för anhörigavlösning och växelvård eftersom fler äldre bor kvar i ordinärt boende och fler äldre får hjälp av anhörigvårdare. Därmed kan en eventuell flytt till ett permanent särskilt boende skjutas upp.

## Förslag till åtgärder för korttidsboenden riktade främst till kommunerna

I detta avsnitt lämnas förslag på åtgärder som är nödvändiga för att utveckla insatsen korttidsboende och som främst riktar sig till kommunerna och syftar till förändringar på system-, organisations- och verksamhetsnivån. Sammantaget ska åtgärderna dock möta de mest sjuka äldres behov. Socialstyrelsen har inte gjort någon prioritering mellan åtgärdsförslagen. Avsnittet beskriver respektive förslag med Socialstyrelsens kommentar i direkt anslutning för att beskriva varför åtgärden behövs och kan bidra till att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Först beskrivs förslagen riktade till kommunerna och sedan följer förslagen som riktar sig till andra aktörer.

- Kommunerna bör överväga att utveckla sina individuella behovsbedömningar, utveckla genomförandeplanernas utformning och förbättra uppföljning av sociala och medicinska resultat för äldre med insatsen korttidsboende.

De olika individuella behoven hos de äldre ligger till grund för att insatsen korttidsboende beviljas, men det bidrar också till att verksamheten har ett skiftande innehåll. Syftet med vistelsen kan exempelvis vara eftervård i samband med ett slutenvårdstillfälle, växelvård eller vård i livets slutskede. Det ställer stora krav på personalens kompetens, bemanningen och den medicinska kompetens som finns tillgänglig både för de äldre och för personalen vid korttidsboenden. Kommunerna arbetar med att tydliggöra verksamheten och de behov hos de äldre som ligger till grund för de insatser som ges till de äldre.

Sammantaget visar myndighetens kartläggningar att insatsen korttidsboende har behövt utvecklas för att möta kvalificerade vård- och omsorgsbehov på primärvårdsnivå, men fått göra det med begränsad tillgång till medicinska resurser, rätt kompetenser och rätt bemanning vid rätt tillfälle. Därför anser Socialstyrelsen att kommunernas arbete med att utforma och följa upp genomförandeplaner för de äldre som beviljats korttidsboende fortsatt behöver prioriteras av kommunerna och särskilt för att resultatet av insatsen ska kunna tydliggöras.

- Kommunerna bör överväga att i ökad utsträckning planera och säkerställa sin tillgång till insatsen korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer med liknande syften mot bakgrund av:
  - den demografiska utvecklingen med fler äldre
  - ett ökat behov av rehabilitering hos fler äldre
  - färre antal slutenvårdsplatser
  - att vården flyttat hem
  - allt fler anhörigvårdare och därmed ett ökat behov av växelvård.

Socialstyrelsen anser att kommunerna bör överväga att följa och planera beståndet av platser vid korttidsboenden och permanenta särskilda boenden, för att möta den demografiska utvecklingen och minskningen av antalet slutenvårdsplatser. Socialstyrelsen bedömer att frågan om tillgången till platser i

särskilda boenden, inklusive korttidsboende, går att jämföra med tillgången till vårdplatser i den slutna specialiserade vården. Platsbrist vid särskilda boenden och sämre ekonomi i en enskild kommun kan få konsekvenser för den mest sjuka äldre vars behov då tillgodoses med de insatser som främst finns tillhands i kommunen i stället för den insats som bäst kan möta den äldres behov av vård och omsorg.

En ytterligare förklaring till de stora skillnaderna i tillgången till särskilda boenden är att kommunerna valt att arbeta olika med vården och omsorgen om de äldre. Kommuner har ibland också i samverkan med landstinget alternativ till en plats i särskilda boenden (inklusive korttidsboende) så att behoven kan tillgodoses med insatser i den äldres bostad, exempelvis hemsjukvård, hemtjänst eller olika former av hemteam respektive närsjukvårdsteam med mobil läkare.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att om platserna i permanent särskilt boende och korttidsboende fortsätter att minska finns det en uppenbar risk för att fler äldre inte kommer att få sina behov tillgodosedda. Därför bör kommunerna överväga att utveckla eller införa en långsiktig boendestrategi för ändamålsenliga bostäder och god vård och omsorg i dessa. Landstingen, andra samhällsorgan och organisationer behöver delta i kommunernas planering av den framtida äldreomsorgen. Därmed kan kommunerna bättre möta de äldres kommande vård- och omsorgsbehov och kan erbjuda den äldre och dennes anhöriga lämpliga insatser eller lämpligt boende när kvarboende inte längre är aktuellt.

- Kommunerna bör överväga att utreda och utveckla möjligheter för ökad specialisering av insatsen korttidsboende utifrån de olika behoven, exempelvis eftervård efter slutna specialiserad vård, rehabilitering eller avlösning.

Insatsen korttidsboende har kritiserats för att ha ett otydligt innehåll och för att ge oklara resultat för den äldre [10,27]. När en verksamhet inte är tydligt definierad finns en risk för sämre kvalitet och sämre möjligheter att följa upp kvaliteten, både för den äldre och för verksamheten. Det bör finnas flera fördelar med mer specialiserade korttidsboenden. Kompetensen hos personalen kan höjas och utnyttjas bättre när uppdraget blir skarpare, de äldre får ökade möjligheter att nå resultat och målet med vistelsen, och kommunen kan följa upp kvaliteten på insatsen och verksamheten. Socialstyrelsen anser att kommunerna bör överväga att utreda möjligheterna för ökad specialisering av korttidsboendena inom kommunen, så att verksamheten kan utvecklas mot de olika syftena med insatsen och de olika behoven hos de äldre som beviljas insatsen.

- Kommunerna bör också överväga kommunöverskridande samverkan om korttidsboendeenheter för specialisering av insatsen.

Små kommuner kan ha för litet underlag för att inrätta olika enheter vid särskilda boenden för vissa bestämda behov hos de äldre, vilket gör att personer med vitt skilda behov vistas på samma enhet. Socialstyrelsen anser att kommunerna behöver undersöka möjligheterna att införa kommunövergripande korttidsboenden som är specialiserade utifrån exempelvis eftervård eller rehabilitering.

I samband med Ädelreformen monterade landstingen ned de s.k. konvalescenshemmen som en plats för rehabilitering och återhämtning efter en sjukdomsperiod. Dessa hem har inte ersatts av någon annan funktion som fyller behovet [28]. Socialstyrelsen har också tidigare lyft fram betydelsen av att specialisera insatsen korttidsboende för exempelvis rehabilitering eller avlösning, och påpekat att kommuner eller kommundelar bör gå samman för att få ett gemensamt brukarunderlag och en gemensam organisering [2,12]. Socialstyrelsens kartläggningar visar också att korttidsboende är fundamentalt för avlösning i vårdandet för anhörigvårdare och behövs för att kvarboendeprincipen i ordinärt boende ska fungera för de äldre där det är möjligt, men att anhöriga liksom enhetschefer önskar bättre anpassad boendemiljö och socialt innehåll. En ökad specialisering av insatsen korttidsboende kan också bidra till ökade möjligheter att bättre kunna anpassa boendemiljö och bättre anpassa det sociala innehållet som ges vid korttidsboenden enligt myndighetens bedömning.

- Kommunerna bör överväga att öka och stimulera kompetensutveckling vid korttidsboendena. Det gäller framför allt för områdena: rehabilitering, demens, palliativ vård och smärtbehandling, så att korttidsboende kan ha bättre förutsättningar att ge god geriatrisk vård och omsorg.

Socialstyrelsen vill särskilt framhålla ett åtgärdsförslag som gäller ökad kompetens i korttidsboendena, och då främst inom geriatrik, rehabilitering och palliativ vård. I det tidigare avsnittet om åtgärdsförslag för primärvården föreslår myndigheten att primärvårdspersonalens kompetens i geriatrik behöver öka och att t.ex. en webbutbildning, en s.k. geriatrikens abc, kan vara en möjlig väg. Det förslaget gäller givetvis också för personalen inom särskilda boendeformer som korttidsboende. Myndigheten har också i tidigare rapporter beskrivit behovet av fortbildning och gett vägledning om kunskapsområdet för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, såsom korttidsboende [29]. Exempelvis är rehabiliteringskompetens ett område som generellt behöver förstärkas i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, vilket utvärderingen av de nationella riktlinjerna för strokevård visade. Korttidsboende kan vara en plats för det, men då behövs ett tydligt rehabiliteringsuppdrag och ansvar för detta samt rehabiliteringskompetens hos personalen.

### Förslag riktade till andra aktörer:

- Landstingen tillsammans med kommunerna bör överväga att regionalt se över vård- och omsorgskedjan för de mest sjuka äldre och deras behov av att få insatsen korttidsboende. Syftet är att främja god kvalitet i sammanhållna vård- och omsorgsprocesser och minska antal flyttar för de sjuka äldre.

Socialstyrelsens kartläggningar visar att korttidsboendet framstår som en insats och en verksamhet av stort värde för både hälso- och sjukvården och den övriga äldreomsorgen. Socialstyrelsen har också noterat de stora skillnaderna mellan kommunerna i tillgång till särskilt boende (både korttidsboende och permanent särskilt boende) och är tveksam till om de ger likvärdig tillgång till vård och omsorg för de mest sjuka äldre i landet. Därför föreslår

myndigheten att kommunerna regionalt och länsvis, tillsammans med landstingen, bör överväga att analysera vård- och omsorgskedjan för de olika målgrupperna som beviljas insatsen och det mot de beskrivna funktionerna med korttidsboende (enligt prop. 1990/91:14 s.54). På detta sätt går det att tydliggöra behovet av korttidsboende för olika målgrupper av äldre och se vilka vård- och omsorgsformer de behöver, av vem och i vilken verksamhetsform, så att den äldre får vård och omsorg på rätt nivå och med hög patientsäkerhet.

Frågan om var och av vem de sjuka äldre ska få vård och omsorg har tidigare utretts, bl.a. i utredningarna till Ädelreformen, slutbetänkandet Bo bra hela livet och i samband med hemsjukvårdsreformen. Ändå konstaterar Socialstyrelsen att kommunerna och landstingen åter kan behöva klargöra ansvarsfördelningen och kostnadsansvaret för de äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov. Generellt är det önskvärt att minska risken för de mest sjuka äldre att behöva flytta mellan olika vård- och omsorgsformer samt mellan kommun och landsting. På korttidsboenden finns i dag äldre med stora vårdbehov som kommer direkt från den specialiserade vården, och det är en grupp som slussas mellan olika vårdgivare trots att de äldres behov av trygghet och kontinuitet är särskilt viktigt att ta hänsyn till. Socialstyrelsen anser att kommunerna och landstingen behöver uppmärksamma alla åtgärder som kan vidtas för att den äldre ska få relevant omsorg och medicinsk vård på rätt vårdnivå, så onödig flytt för den äldre kan undvikas.

- Landstingen bör överväga att se över behovet av och förutsättningarna för ökad läkarmedverkan vid vårdövergångar samt i hemsjukvård.

Socialstyrelsen bedömer också att ett ökat fokus på patientsäkerhet i den kommunala vården och omsorgen skulle bidra till utveckling och ökad samverkan med landstingen kring bl.a. informationsöverföring, läkemedelslistor, ansvaret för den fortsatta medicinska vården och en proaktiv medicinsk planering för att hantera ett eventuellt plötsligt förändrat hälsotillstånd hos den äldre.

Därför föreslår myndigheten, i enlighet med tidigare kapitel om primär vården, att landstingen bör överväga att se över behovet av och förutsättningarna för ökad läkarmedverkan (planerad och oplanerad) vid vårdövergångar och i hemsjukvården, inklusive de särskilda boendeformerna såsom korttidsboende. Myndigheten bedömer att det medicinska samordningsansvaret och tillgången till allmänläkare i hemsjukvården och vid korttidsboendena bör tydliggöras. Ökad medicinsk närvaro gäller även för sjuksköterskor vid korttidsboende, som under jourtid kan ansvara för den medicinska vården av många äldre [7,15]. Detta är ett förslag på utvecklingsarbete som landstingen och kommunerna tillsammans behöver överväga.

## Ytterligare utvecklingsområden

Rehabilitering har identifierats som ett angeläget område att arbeta vidare med för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Behovet av att uppmärksamma rehabilitering för målgruppen har framkommit i Socialstyrelsens kartläggningar, särskilt i kartläggningen av de medicinskt ansvariga för rehabilitering. Myndighetens nationella utvärdering av strokevården visar också på brister i rehabiliteringen, både i den specialiserade vården och i den kommunala eftervården som bl.a. ges vid korttidsboenden.

Därför avser myndigheten att tydliggöra rehabilitering för de mest sjuka äldre i kunskapsstyrningen, vilket ligger inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag. Arbetet kan innebära att myndigheten genomför hälsoekonomiska studier för plats för rehabilitering såsom korttidsboende eller hemrehabilitering. Socialstyrelsen kan också överväga att utreda vilken bemanning och kompetens som behövs för god rehabilitering vid särskilt boende eller i ordinarie boende. I den kunskapsstyrande rollen kan myndigheten även överväga att revidera Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Det påbörjade arbetet med att utveckla indikatorer för rehabilitering kommer att fortsätta tillsammans med kommunerna och landstingen för att tydliggöra behovet av rehabilitering för sjuka äldre.

Förbättrad informationsstruktur och statistik är ytterligare områden som behöver utvecklas och som ligger inom Socialstyrelsens arbete inom äldreområdet. Myndigheten bedriver sedan några år ett utvecklingsarbete med syfte att utveckla data och registeruppgifter som finns för att på nationell nivå bättre kunna beskriva vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Myndigheten behöver därför fortsatt ges förutsättningar av regeringen för att genomföra utvecklingen av informationsstruktur och statistik.



# Utveckling av funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Under 2012-2013 kartlade Socialstyrelsen funktionerna: medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och socialt ansvariga samordnare [1]. Syftet med kartläggningarna var att identifiera funktionernas roller, ansvarsområden och arbetsuppgifter samt förutsättningar och hinder för att de ska kunna utföra sina uppdrag.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fördjupa analysen av kartläggningarnas resultat samt lämna förslag till åtgärder för att utveckla medicinskt ansvarig sjuksköterskas och medicinskt ansvarig för rehabiliterings funktioner i den kommunalt finansierade vården och omsorgen. Under 2014 samlade myndigheten in ny data från medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering med hjälp av fokusgrupper, intervjuer och referensgrupper. I det arbetet var målet också att ta fram underlag för att förbättra professionernas funktioner. Materialet finns nu som underlag till Socialstyrelsens fortsatta arbete. I det materialet framkommer att de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna och de medicinskt ansvariga för rehabilitering önskar följande: författningsändring, ökade informationsinsatser, utveckling av funktionerna och rollerna samt mer vägledning och stöd från Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har upphävt Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård, som beskriver funktionen (och i tillämpliga delar även medicinskt ansvarig för rehabiliterings funktion). Anledningen till upphävandet är att de allmänna råden inte har varit föremål för översyn sedan de utfärdades och att delar av dem inte längre är aktuella. Socialstyrelsen behöver analysera behovet av vägledning och i så fall vilken form av vägledning som behövs. Detta arbete bör ske tillsammans med arbetet att presentera åtgärdsförslag för att utveckla funktionerna medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering.

# Referenser

## Primärvård

1. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. – Lägesrapport 2014. Stockholm; 2014.
2. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Stockholm; 2008.
3. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Falun: Natur & Kultur; 2003.
4. Sammanhållen hemvård. Betänkande från Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68).
5. Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
6. European Hospital and Healthcare Federation, HOPE. Ageing health workforce ageing patients. Multiple challenges for hospitals in Europe. Report on HOPE Agora. Hospage Berlin, 12-13 juni; 2012.
7. Department of Health and NHS. Transforming Primary Care. Safe, proactive, personalized care for those who need it most. April; 2014.
8. Inspektionen för vård och omsorg. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Slutrapport 2013. Stockholm; 2013.
9. SPF-seniorerna, PRO. En vård värd samverkan. Hämtad 2014-12-01 från <http://www.spf.se/subPage1.asp?nodeid=70547>.
10. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport. Stockholm; 2005.
11. Myndigheten för vårdanalys. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Stockholm; 2012. 2012:1.
12. Socialstyrelsen. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Stockholm; 2013.
13. Anell A, Mattisson O. Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt. Studentlitteratur AB, Lund; 2009.
14. Anell A, Glenngård A. Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetsätt och samverkan vid åtta mottagningar i region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner. Stockholm: Leading Health Care; 2012.
15. Bowin R, Gurner, U, Krohwinkel Karlsson A, Rogner J. Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden. Stockholm: Leading Health Care; 2012.
16. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm; 2014. Rapport 2014:22.
17. Myndigheten för vårdanalys. Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning. Stockholm; 2013. Rapport 2013:8.
18. Fernler K, Krohwinkel A, Rogner J, Winberg H. Ekonomi på tvären – ersättningsmodeller för samverkan. Stockholm: Leading Health Care; 2014.

19. Socialstyrelsen. Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen. Stockholm; 2014.
20. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård (SOU 2010:48).
21. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm; 2011.
22. European Union Geriatric Medicine Society. Comprehensive assessment of the frail older patient. Hämtad den 13 augusti från: <http://eugms.org/index.php/seminal-papers/230-bgs-cga?tml=component&prin>.
23. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Omhändertagande av patienter som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Stockholm; 2013.
24. Rätt information på rätt plats (SOU 2014:23).
25. Arvidsson E. Priority Setting and Rationing in Primary Health Care. Doktorsavhandling. Linköpings universitet. Linköping; 2013.
26. Socialstyrelsen. Vision, vägval och verklighet – styrning av hälso- och sjukvården speglar genom den nationella handlingsplanen. Stockholm; 2004.
27. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac sanit. 2012.
28. Socialstyrelsen. Väntetider och patientens väg genom vården – exemplet multisjuka äldre – delrapport juni 2013. Stockholm, 2013.
29. Socialstyrelsen. Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre. – Redovisning av arbetsläget hösten 2014. Stockholm; 2014.
30. Sveriges Kommuner och Landsting. Kommun och landstingsdatabasen (Kolada). Uppgifter avser 2013, Hämtad 2014-10-01 från: <https://www.kolada.se/index.php?fp=1&page=workspace/nt>.
31. Lind I-J. Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll. Lund: Studentlitteratur; 2010.
32. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm; 2011.
33. Socialstyrelsen. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. Slutrapport 2012. Stockholm; 2012.
34. Socialstyrelsen. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre. En systematisk översikt. Stockholm; 2013.
35. Socialstyrelsen. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014. Stockholm; 2014.
36. SFAM, SGF, SIM. Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram. Hämtad den 23 september 2014 från <http://www.sfam.se/radet-for-skora-aldre-i-primarvarden/wp-content/uploads/sites/5/2013/11/B%C3%A4sta-m%C3%B6jliga-v%C3%A5rd-f%C3%B6r-de-multisjuka-%C3%A4ldre.pdf>.

37. Sveriges läkarförbund. Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialisläkare 2012. Stockholm; 2012.
38. Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55).
39. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsynsrapport. Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013. Stockholm; 2014.
40. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Förslag till utformning och genomförande av satsning. Stockholm; 2012.
41. Distriktsläkaren. Ordförandekonferensen – vårdval och fortbildning i fokus. DL 2014; 3: 9-12.
42. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, 2013. Hämtad 2014-12-01 från [skl.se/download/.../1417092178829/TabellbilagaV2013\\_141127.xlsx](http://skl.se/download/.../1417092178829/TabellbilagaV2013_141127.xlsx) • Källa: Webbplatsen • SV • 2014-11-27.
43. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger omsorg till närstående – Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser. Stockholm; 2014.
44. Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2014. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Stockholm; 2014.
45. Akademisk vårdcentral. Hämtad 2014-09-23 från <http://www.founu.se/projekt/pagaende-forandringar/549-akademisk-vardcentral>.
46. Allmänmedicinskt kunskapscentrum. Hämtad 2014-09-23 från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/FoU-samlingsnod/Centrum-for-Primarvardsforskning-/AKC/>

### *Korttidsboende*

1. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm; 2011.
2. Socialstyrelsen. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Stockholm; 2013.
3. Socialstyrelsen. Arbetsmaterial. Fokusgruppintervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i juni 2014, genomförda av Ramböll AB på uppdrag av myndigheten.
4. Kommunal. Lapptäcke utan sömmar. En rapport om äldre med stora vård och omsorgsbehov och deras anhöriga. Kommunal; 2014.
5. Westlund P. Kort-tids-boende. Kalmar: Fokus-Rapport 2009:4; 2009.
6. Läkarförbundet. Utskrivningsklara patienter. Läkarförbundet. Stockholm; 2014.
7. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Stockholm; 2008.
8. Socialstyrelsen. Arbetsmaterial. Fokusgruppintervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i juni 2014, genomförda av Ramböll AB på uppdrag av myndigheten.

9. Socialstyrelsen. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Stockholm; 2008.
10. Meinow B, Wånell SE. Korttidsplats-vårdform som söker sitt innehåll Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011:6.
11. Socialstyrelsen. Nationell utvärdering 2011. Strokevård. Stockholm; 2011.
12. Socialstyrelsen. Särskilt boende för äldre under kortare tid. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
13. Socialstyrelsen. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående. Lägesrapport 2012. Stockholm; 2012.
14. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014. Stockholm; 2014.
15. Inspektionen för vård och omsorg. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre. Slutrapport 2013. Stockholm; 2013.
16. Inspektionen för vård och omsorg. Får jag gå på promenad idag? Vem vet i vilken utsträckning äldres behov av hjälp och stöd tillgodoses på särskilda boenden? Rapport från tillsynsinsats med anledning av uppdrag från regeringen 2014. Stockholm; 2014.
17. Bo bra hela livet (SOU 2008:113).
18. Socialstyrelsen. Hemvård – en kartläggning av översikter. Stockholm; 2014.
19. Socialstyrelsen. Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen. Stockholm; 2014.
20. Whitaker A. Gamla och nya boendemiljöer för vård och omsorg av äldre – en översikt. Tema Ä arbetsrapport 2007:1. Linköpings universitet. Linköping; 2007.
21. Socialstyrelsen. Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen – plan för utveckling och introduktion. Stockholm; 2012.
22. Norman E. Biståndshandläggare – att vakta pengar eller bedöma äldres behov. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; Stockholm; 2010:13.
23. Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning - regi-form år 2013. Stockholm; 2014.
24. Socialstyrelsen. Dagverksamheter för äldre personer. Kartläggning 2013. Stockholm; 2014.
25. Socialstyrelsen. Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen. Stockholm; 2014.
26. Forte (tidigare Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap). Socialdepartementets politikområden inom Hälsa och välfärd – En samlad forskningsstrategi. Stockholm; 2011.
27. Sammanhållen hemvård. Betänkande från Äldrevårdsutredningen (SOU 2004:68).

28. Wånell SE. Korttidsboende – värdefull insats som söker sin struktur. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; Stockholm 2002:8.
29. Socialstyrelsen. Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen. Stockholm; 2012.

#### *Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

1. Socialstyrelsen. Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner. Stockholm; 2014.

#### *Bilaga 1. Genomförande, termer och begrepp*

1. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Stockholm; 2011.
2. Socialstyrelsen. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Stockholm; 2013.
3. Socialstyrelsen. Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner. Stockholm; 2014.

# Bilaga 1. Genomförande, termer och begrepp

## Uppdraget

I regleringsbrevet för 2014 fick Socialstyrelsen följande uppdrag:

*Socialstyrelsen ska med utgångspunkt i genomförd kartläggning och analys av primärvårdens uppdrag och insatser, korttidsboende samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor, rehabiliteringsansvarig och socialt ansvarig fördjupa analys och precisera lämpliga åtgärder.*

Uppdragen ska redovisas senast i slutet av februari 2015 för regeringen. Det har avgränsats till att inte innefatta de kvalitetssäkrande funktioner som finns för omsorgsverksamhet (socialt ansvarig samordnare).

## Metod och genomförande

Denna rapport bygger vidare på Socialstyrelsens förstudie från 2011 som främst genomfördes genom dokumentstudier [1]. År 2013 kom en kartläggning av primärvårdens ansvar och insatser samt av korttidsboende för de mest sjuka äldre, och den innehöll ny data [2]. Uppgifter från kommuner, landsting och officiell statistik användes för att kunna besvara frågeställningarna.

*Intervjustudier under 2013 med verksamhetschefer, enhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor*  
Intervjustudier genomfördes under 2013 med verksamhetschefer på vårdcentraler och enhetschefer på korttidsboenden, med syftet att belysa frågeställningarna ur ett verksamhetsperspektiv [2].

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering och socialt ansvariga samordnare intervjuades samma år med syftet att studera hur kommunerna valt att organisera funktionerna. Intervjuerna syftade också till att beskriva hur funktionerna upplever möjligheterna att fullfölja sitt uppdrag och vilka utmaningar de mött [3].

### *Enkätstudier under 2013*

Under våren 2013 fick alla 21 landsting en enkät om deras arbete för de mest sjuka äldre. I den 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 själv skulle ta fram och beräkna uppgifter.

Intervjuerna med de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna kompletterades med en enkät till ett urval av 102 medicinskt ansvariga sjuksköterskor från landets 290 kommuner (svarsfrekvensen var 93 procent) [3].

## Aktiviteter under 2014

Vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har probleminventerats under satsningen på de mest sjuka äldre, av både Socialstyrelsen, andra myndigheter och nationell och internationell forskning. Arbetet med åtgärdsförslagen utgår därför från kända problemområden, exempelvis fragmenterad vårdkedja, oklart ansvarsövertagande mellan vårdnivåer, bristande informationsöverföring och bristande tillgänglighet under kvällar och helger.

Åtgärdsförslagen har sin utgångspunkt i tidigare insamlat material, dokumentstudier och olika referensgrupper. Detta underlag kompletterades dock under 2014 med ny data, främst för området med medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering. Dessa professioner intervjuades under sommaren respektive hösten 2014 av Ramböll AB, på uppdrag av Socialstyrelsen.

Referensgrupperna bestod av deltagare med kunskaper om primärvård (allmänmedicin och paramedicin), geriatrik, kommunala boendeformer och medicinskt ansvariga funktioner (se bilaga 2). Deltagarna lyfte fram och diskuterade åtgärdsförslag mot bakgrund av tidigare beskrivna och kända problemområden. De fick också i möjligaste mån föreslå vilken aktör som åtgärden vänder sig till.

Dessutom har Socialstyrelsen inhämtat kunskap och ytterligare information från fyra län (Västerbotten, Gävleborg, Jönköping och Skåne) och från en kommun i vardera länet om hur bl.a. samverkan med den specialiserade vården och den landstingsfinansierade primärvården fungerar. Intervjustudien genomfördes med både myndighets- och utförarsidan för äldreomsorgen i kommunen och där ingick frågor om korttidsboenden och patientsäkerheten i den kommunala vården och omsorgen.

I denna rapport redovisas endast en liten del av det material som samlades in under 2014. Materialet ligger till grund för åtgärdsförslagen. Intervjumaterialet från fokusgruppintervjuerna med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering kommer att användas i Socialstyrelsens arbete med att ta fram stöd och vägledning till dessa kommunala funktioner.

## Definitioner av begrepp i rapporten

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



**Hälsoärende:** Ärende som håller samman vårddokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser

**Korttidsplats:** Bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt

**Rehabilitering:** Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet

**Utskrivningsklar patient:** Patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva slutna vård

**Vårdcentral:** Vårdenhet med mottagningsverksamhet inom primärvård

**Vårdepisod:** Samtliga vårdkontakter med en patient för ett visst hälsoproblem

**Vårdgivare:** Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare)

### *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 omsorg dygnet runt, oftast utan biståndsbeslut.

## Bilaga 2. Referensgrupper

### Deltagare referensgrupp för primärvård

- Inspektionen för vård och omsorg
- Vårdföretagarna Almega
- Geriatriker (ersättare vetenskapligt råd)
- Sveriges Kommuner och Landsting
- Svensk Förening för Allmän medicin
- Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldreomsorg
- Handikappförbunden

### Deltagare referensgrupp för korttidsboende

- Kommunal
- Forskare
- Biståndshandläggare och vårdplanerare
- Myndighetschef

### Deltagare referensgrupp för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering

- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
- Professions- och fackförbundet för Sveriges fysioterapeuter/sjukgymnaster
- Medicinskt ansvariga för rehabilitering
- Nätverket för medicinskt ansvariga för rehabilitering
- Inspektionen för vård och omsorg
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor