

Granskning av korttidsvården i Örebro län

Slutrapport

Granskning av korttidsvården i Örebro län

Dag Salaj
Ulrika Westerling
Jan Sundelius

2024-07-05

Innehåll

1	Sammanfattning	4
2	Definitioner	8
3	Bakgrund.....	9
4	Syfte	13
5	Metod	14
5.1	Urval.....	14
5.2	Bortfall.....	14
5.3	Datakällor och informationshantering.....	14
5.4	Frågor i granskningen	15
5.5	Analys och presentation.....	16
6	Resultat.....	17
6.1	Vad kännetecknar målgruppen?	17
6.2	Hur ser flödet ut?.....	23
6.3	Hur ser planeringen av vården ut?	27
7	Metoddiskussion.....	30
8	Slutsatser och rekommendationer.....	31
8.1	Skillnader i länet.....	31
8.2	Långa vistelsetider	31
8.3	Behov av differentiering av vård och resurser	32
8.4	Brister i dokumentation	34
8.5	Bristande individuell planering.....	35
9	Referenser.....	36

1 Sammanfattning

Tidigare kartläggningar av korttidsvården i Sverige har påvisat att det finns en efterfrågan samt att vårdformen upplevs ha en stor betydelse för vården av äldre men den är trots det lite beforskad och det finns sparsamt med rekommendationer från statliga myndigheter.

I Örebro län bygger korttidsvården på samverkan mellan Region Örebro län och länets 12 kommuner. Korttidsvården bemannas med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal från kommunerna samt läkare och fysioterapeuter från vårdcentraler, undantaget Tullhuset i Örebro där regionens personal kommer från Geriatriska kliniken.

För att öka förståelsen för vårdformen och uppmärksamma patientgruppens behov samt vårdformens möjligheter och utmaningar har en punktprevalensmätning av korttidsvården utförts i samverkan mellan regionen och länets 12 kommuner. I mätningen har samtliga patienters, totalt 241 HSL-journaler granskats av kommunen respektive regionen (för respektive journalsystem). Data från kommunerna har även hämtats från SoL-journaler. Särskilt fokus har lagts på flödena till och från korttidsvården, samt hur väl samordnat teamet runt patienten/brukaren är vad gäller planering och dokumentation. Granskningen skedde vid två tillfällen, i mitten av oktober 2023 samt 90 dagar senare i mitten av januari 2024. Resultatet redovisas på en övergripande nivå och är uppdelat länsdelsvis, med respektive utan växelvård.

För vissa parametrar görs också en jämförelse mellan Tullhuset i Örebro och övriga länet eftersom vården på Tullhuset bedrivs med andra förutsättningar genom förstärkt stöd från Geriatriska kliniken i form av läkare och fysioterapeut. Dessutom ser fördelningen av patienter delvis annorlunda ut, med en högre andel som utreds och rehabiliteras på Tullhuset.

Majoriteten av personerna som vistats på en korttidsplats är äldre än 80 år (61%) och andelen kvinnor är något fler än männen. Hälften av personerna i granskningen bor ensamma och mer än hälften har en konstaterad kognitiv svikt. De flesta personerna hade en eller flera insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen och/eller

Socialtjänstlagen innan de kom till korttidsvården. De vanligaste insatserna är någon form av hemtjänst (SoL-insats). Insats från arbetsterapeut är något vanligare än sjuksköterskeinsats medan andelen med insats från fysioterapeut var relativt låg. Det finns en variation mellan länsdelarna, där södra och norra länsdelarna har en klart lägre andel insatser av både arbetsterapeut och fysioterapeut. Utöver det har noterats att 39% av alla personer som har inkluderats i granskning har någon form av hjälp från en närstående. I figur 1 visas antal, andel och orsak till vistelse på korttidsplats.

Tabell 1. Antal, andel och orsak till vistelse på korttidsplats.

Orsak till korttidsvård	Antal	Andel
Avlösning /växelvård	43	18%
Väntan på bostadsanpassning	3	1%
Väntan på SÄBO	64	27%
Rehabilitering	58	24%
Utredning boende	38	16%
Livets slutskede	9	4%
Återhämtning	26	11%
Totalt	241	

Det ses en skillnad mellan kommunerna rörande hur många som får insatsen avlösning/växelvård. Även fördelningen av rehabiliterande insatser skiljer sig mellan länsdelarna. Västra länsdelen har en låg andel i kategorin rehabilitering (6%) jämfört med hela länet (24%). I Örebro används 34% av platserna för rehabilitering. Förklaringen är sannolikt att Tullhuset har särskilt destinerade platser för detta ändamål. Även i kategorin ”Väntan på SÄBO” noteras stora skillnader i länet.

Granskningen visar att vistelsetiderna inom korttidsvården är långa. I genomsnitt vistades personerna på korttidsplatsen 37 av de 90 dagarna mellan de båda granskningarna. 32 personer befann sig på korttidsplats under hela perioden.

En femtedel av alla personer som inkluderades i granskningen har återinlagts på sjukhus någon gång under mätperioden och endast ett mindre antal (23 st.) har fler än en återinläggning. Andelen i kategorierna rehabilitering och väntan på SÄBO har påtagligt lägre risk för återinskrivning.

Efter tre månader vid den upprepade granskningen har en femtedel av patienterna avlidit. Det finns stora skillnader i dödlighet beroende på vilken orsak patienterna hade till korttidsvistelsen. Förutom vård i livets slutskede var återhämtning efter sjukdom samt utredning/ställningstagande till annat boende de vistelseorsaker som hade högst dödlighet.

Andelen personer som fått riskbedömningar är få med tanke på att de till övervägande delen är över 80 år och har komplexa vårdbehov, vilket ger en hög risk för exempelvis fall och trycksår. Här noterades även en stor skillnad mellan kommunerna. Flest riskbedömningar utfördes i Örebro medan man i västra och norra länsdelarna endast riskbedömde ungefär var tionde person avseende fall och trycksår. I tre av länets kommuner har inga riskbedömningar genomförts. De riskbedömningar som finns dokumenterade i de regionala journalerna har till övervägande delen utförts på sjukhus och försvinnande få fanns dokumenterade i vårdcentralernas journal. En riskbedömning ska alltid utföras samt journalföras på patienter som är 65 år eller äldre. Således borde alla personer som vistas på korttidsplats ha en dokumenterad riskbedömning med eventuellt vidtagna åtgärder för att minska risken för komplikationer.

Personer på Tullhuset får tycks få en mer planerad vård än på övriga korttidsplatser i länet, undantaget är andel med SIP där inga finns dokumenterade. Trots att Tullhuset tycks klart bättre resurssatt än övriga korttidsenheter så tycks man inte använda sig av det överenskomna arbetssättet med samordnad planering.

I granskningen framkommer att det även finns en bristande samstämmighet i vad som dokumenteras, avseende patienternas vård – och omsorg, i det kommunala- respektive regionala journalsystemen. Bland annat var det en anmärkningsvärd skillnad i vilka riskbedömningar som fanns dokumenterade. Frånvaro av förekommande risker eller annan hälsorelaterad information i journaler påverkar vårdgivares möjlighet att erbjuda en god och säker vård på korttidsplats i länet. Den bristande planeringen och samordningen torde även leda till en ineffektiv vård med svårigheter att uppnå en helt personcentrerad och sammanhållen vård.

Flera faktorer i vårdkedjan gör att vistelsetiderna inom korttidsvården blir längre än önskvärt. Brist på lägenheter i särskilt boende är den viktigaste orsaken. En rimlig

hypotes utifrån granskningen är att en mer samplanerad vård med tydliga mål för vistelsen även borde kunna minska vistelsetiderna.

Utifrån granskningen är slutsatsen att det finns skillnader vilka grupper som erbjuds korttidsvård och hur individuell planering för patienten ser ut. Under dialogmöten med samverkansgrupper runt det preliminära resultatet har det framkommit att det inte finns någon enhetlighet i avsatt resurs för korttidsvården, varken vad gäller kommunernas bemanning på plats eller tillgång till Regionens resurser.

Det finns flera skäl att se över korttidsvårdens innehåll ur ett länsperspektiv för att få en mer jämlik vård. Ett gemensamt mål för länet borde vara att korttidsvården ska avgränsas till de personer som verkligen har behov. Korttidsvården ska inte användas för personer som kan få sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett i hemmet oavsett om hemmet är i ordinärt eller särskilt boende.

Om korttidsvården används på ett mer ändamålsenligt sätt så kommer det att få positiva konsekvenser för hela vårdkedjan mellan Regional och kommunal vård.

Vi rekommenderar att indikationerna för vistelse på korttidsboende tydliggörs inom följande kategorier:

- Avlösning/växelvård
- Rehabilitering
- Utredning och bedömning av fortsatt boendeform (inklusive återhämtning samt väntan på anpassningar i hemmet)
- Väntan på permanent plats på SÄBO
- Vårdas i livets absoluta slutskede.

Ställning bör tas till om inte just rehabilitering inom korttidsvården kan samlas på några ställen till i länet (likt Tullhuset), med högre resurssättning. Utöver det bör resurstilldelningen av läkarinsatser till korttidsvård vara högre än resurstilldelningen till vård- och omsorgsboendena. Samt att det torde behövas en ökning på totalen av de idag begränsade fysioterapeut-resurserna relaterat till alla korttidsplatser. För att klara av att sätta patientens behov i centrum och främja hälsa krävs således att vi har tydligt uttalade gemensamma mål likväl på makro- som mikronivå i organisationerna.

2 Definitioner

Nedan ges förklaring till begrepp som förekommer i rapporten:

HSL: hälso- och sjukvårdslag.

Huvudman: enligt HSL den region eller kommun som har ett övergripande ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård¹.

Kolada: öppen och kostnadsfri databas med nyckeltal och analysfunktioner för jämförelse och uppföljning i kommuner och regioner.

Korttidsboende och Korttidsplats: definieras av Socialstyrelsens termbank² som *“Bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt.”*

Korttidsvård: kan ses som ett komplement till andra insatser inom vård och omsorg. Den utgör en slags mellanform mellan det ordinära boendet, sjukhusvård och det särskilda boendet. Korttidsvård används för rehabilitering, eftervård till sjukhusvistelse, avlösning vid enstaka eller regelbundna tillfällen (växelvård), bedömning av framtida boende, väntan på särskilt boende eller för vård i livets slutskede.³

Lifecare SP: ett webbaserat IT-stöd för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt för samordnad individuell plan.

SIP: samordnad individuell plan, vilket är ett dokument och ett verktyg för samverkan. Upprättas tillsammans med den enskilde vid behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Planen utgår från vad som är viktigt för den enskilde som är i behov av insatser.

SoL: Socialtjänstlagen.

Tullhuset: en rehabilitering- och utredningsenhet för korttidsvård i samverkan mellan Örebro kommun och Region Örebro län.

1.SFS 2019:973 Lag om ändring i hälso – och sjukvårdslagen (2017:30). Hämtad 230427 från: [SFS2019-973.pdf](#)

2.Socialstyrelsens termbank. Hämtad 230427 från: Socialstyrelsens termbank

3. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2023

3 Bakgrund

I ett historiskt perspektiv har konvalescentvården förändrats från att ha varit landstingsdriven till att på 90-talet förläggas till kommunernas sjukhem eller långvårdskliniker. Sjukhemmen fick då två syften: att erbjuda ett permanent boende eller en tillfällig vårdplats s.k. korttidsplats. Korttidsplatser var avsedda för personer med tillfälliga hälsoproblem som behövde omfattande hjälp vid rehabilitering eller för att avlasta den sociala hemtjänsten eller närstående vårdare (1).

Konceptet korttidsplats kvarstår än idag men ändamålet med korttidsvården har förändrats och är mer mångfacetterad än förr. Den medicinska utvecklingen har lett till att patienter med mer komplexa hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus vilket även ger effekter på korttidsvårdens utformning (2).

Korttidsvård utgör ett komplement till andra insatser inom vård och omsorg, och är en slags mellanform mellan det ordinära boendet, sjukhusvård och det särskilda boendet. Förutom rehabilitering och/eller avlösande vård s.k. växelvård kan korttidsvården även innebära; vård efter sjukhusvistelse, utredning och diagnostik, observation av hälsotillstånd, väntan på särskilt boende eller vård i livets slutskede (3).

Korttidsplats tillhandahålls i Sverige via särskilda enheter som enbart erbjuder korttidsvård eller via enstaka korttidsplats förlagd till ett särskilt boende med permanenta platser. Gemensamt är att en korttidsplats beviljas via myndighetsbeslut enligt SoL 2001:453 (4) till målgruppen äldre eller personer med funktionsnedsättning.

Enligt socialtjänstlagen (4) ska kommunerna erbjuda en god hälso- och sjukvård i korttidsboenden medan regionerna är de som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården (5). Det innebär att korttidsboendet ansvarar för alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, dietist, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Regionen ansvarar för och ska tillsätta de läkarresurser som behövs för att individer som vistas på korttidsplats ska kunna erhålla en god hälso- och sjukvård (4, 5).

Trots att tidigare kartläggningar av korttidsvården i Sverige har påvisat att det finns en efterfrågan samt att vårdformen upplevs ha en stor betydelse för vården av äldre finns sparsamt med rekommendationer från statliga myndigheter (1, 6). Dock fastslås i en lägesrapport från Socialstyrelsen 2023 att läkarmedverkan är av vikt för vården vid korttidsboende (2).

Begreppen korttidsplats, korttidsboende och korttidsvård syftar till olika funktioner och är inte helt tydliga i sin betydelse (1), även internationellt finns varierande benämningar för vårdformen med skiftande utbud av vård- och omsorgsinsatser i olika miljöer (7). Dessa olika termer lämnar utrymme för tvetydigheter för vad vårdformen egentligen innebär. Utöver det finns det en vetenskaplig kunskapslucka rörande vårdformen både nationellt och internationellt. Avsaknad av evidens på korttidsvårdens effektivitet kan bero på svårigheter att jämföra vårdformens breda utbud av insatser i olika vårdmiljöer (7, 8).

Även om forskningen är sparsam på vårdformen så finns indikationer på att korttidsvård kan bidra till att personer kan bo kvar i sina egna hem längre, vilket de flesta föredrar, samt att behovet av särskilt boende (SÄBO) skjuts på framtiden (9). Denna indikation ses även hos personer med demenssjukdom som erbjuds korttidsvård. Utöver det kan förbättringar i korttidsvårdens utformning även ge minskat behov av sjukhusvård för äldre (7, 10) och leda till kostnadsbesparingar (9). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2019:973) 16 kap. 2 § ”ska regionen och kommunerna samverka så att en enskild, som kommunerna har ansvar för, får vård och behandling som hans eller hennes tillstånd fordrar” (5).

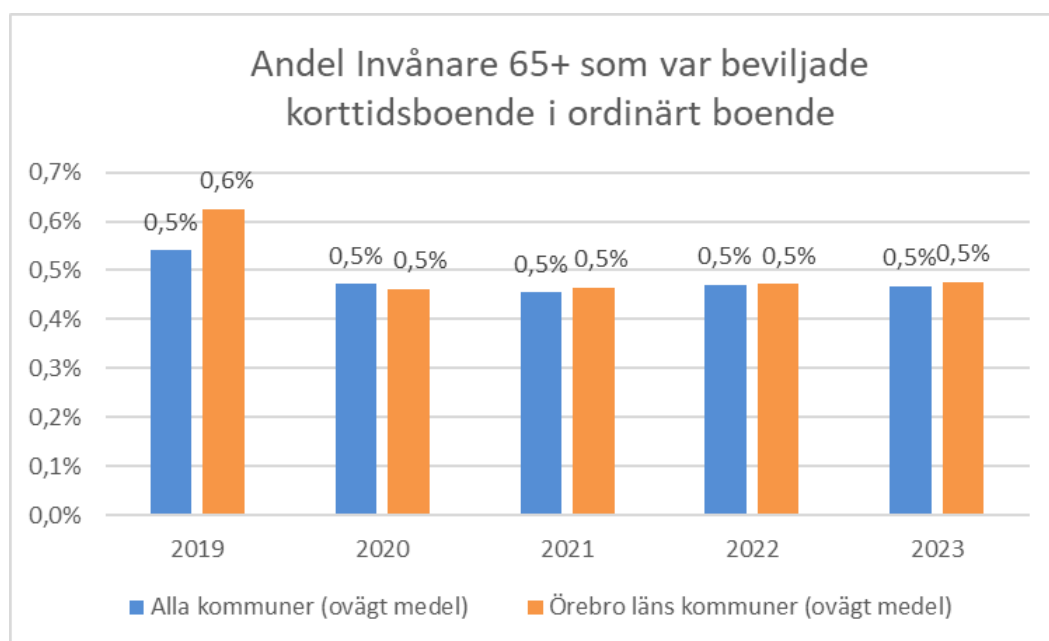
År 2021 påvisades att 93 % av alla personer som var 65 år eller äldre och var beviljade korttidsplats hade ett samtidigt behov av både personlig omvårdnad och hälso- och sjukvårdsinsatser (2). Korttidsvården behöver således kunna tillgodose varje enskild individs sociala- och medicinska behov. För att kunna möta det kravet och ge en effektiv vård behöver korttidsvården utgå ifrån ett personcentrerat förhållningssätt och inte utifrån hur hälso- och sjukvården är organiserad (11).

Korttidsvård i Örebro län bygger på samverkan mellan region Örebro län och länets 12 kommuner och innefattade vid tiden för mätningen sammantaget 241 platser i länet. Antalet platser kan variera över tid utifrån beslut i respektive kommun.

Såsom i övriga delar av Sverige finns särskilda avdelningar som bedriver korttidsvård men även enstaka korttidsplatser förlagda på SÄBO. Gemensamt är att sjuksköterskor, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal tillsätts från kommunerna. Läkare och fysioterapeuter tillsätts från vårdcentraler undantaget Tullhuset i Örebro där regionens personal kommer från Geriatriska kliniken. Vid tiden för granskningen tillhörde även Treklövern i Karlskoga undantaget, där läkare kom från medicinkliniken. Idag bemannas Treklövern från primärvården.

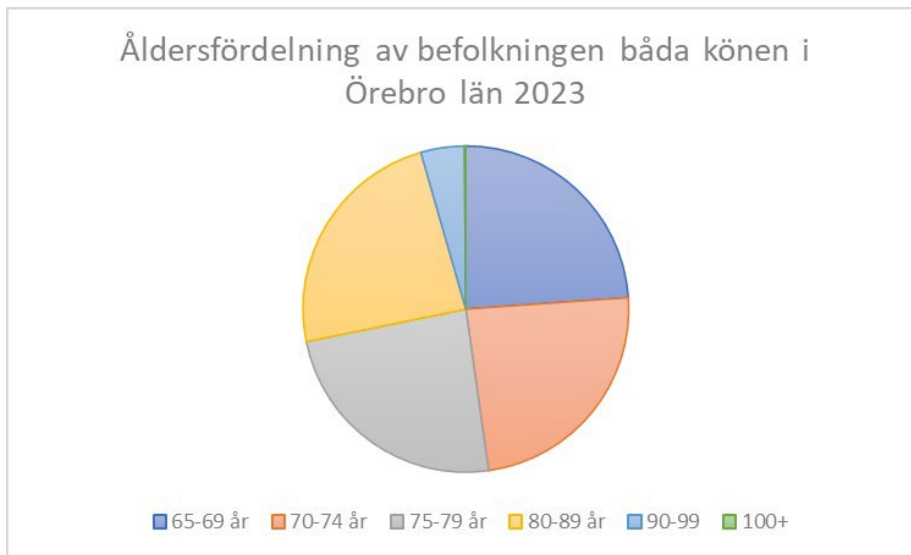
Under oktober månad 2023 hade 515 personer som var 65 år eller äldre ett beviljat biståndsbeslut på korttidsvård i Örebro län, vilket motsvarar 0,8 % av den totala ålderspopulationen i länet. I riket under samma period noteras motsvarande 0,4% med beviljat bistånd vilket innebär att Örebro län i oktober hade en dubbelt så hög andel personer som beviljats korttidsvård jämfört med riket. På årsbas tycks det dock inte vara någon skillnad mellan andelen beviljade korttidsvård i Örebro län jämfört med hela landet, se figur 1.

Figur 1. Andel invånare 65 år eller äldre med beviljat korttidsboende



Vid en jämförelse av befolkningmängden 2023 ses att åldersfördelningen av individer som var 65 år eller äldre i Örebro län var samstämmig med fördelningen på riksnivå. För information om åldersfördelningen, se figur 2 på nästa sida.

Figur 2. Åldersfördelning personer 65 år och äldre i Örebro län 2023



Personer som var 80 år eller äldre utgjorde 28 % av den totala befolkningmängden både i länet och riket under mätningperioden. Åldersgruppen representerar emellertid 63 % av alla som beviljades korttidsvård, och även här ser vi en samstämmighet mellan länet och riket (12). Dock kan noteras en variation i fördelningen mellan kommunerna i länet vilket illustreras i tabell 2.

Tabell 2: Andel patienter i PPM 2023-10-11 jämfört med andel invånare i Örebro län som var 80 år eller äldre 2023

Kommun	Antal patienter	Antal invånare 80-w	Andel patienter/80 -w
Askersund	12	914	1,3%
Degerfors	9	770	1,2%
Hallsberg	14	981	1,4%
Hällefors	7	616	1,1%
Karlskoga	14	2 367	0,6%
Kumla	18	1 322	1,4%
Laxå	8	455	1,8%
Lekeberg	11	498	2,2%
Lindesberg	22	1 673	1,3%
Ljusnarsberg	7	434	1,6%
Nora	7	847	0,8%
Örebro	112	8 179	1,4%
Totalsumma	241	19 056	1,3%

Källa: Statistiska centralbyrån.

Det finns således statistik på antalet individer som erhåller korttidsvård men utöver det finns inga aktuella uppgifter om korttidsvårdens innehåll. År 2010 utfördes en kartläggning av korttidsvården i Örebro kommun för att ge en bild av vilka personer som beviljats korttidsvård samt hur flödena såg ut.⁴ Granskningen visade att individer som beviljats korttidsvård generellt hade ett stort omvårdnadsbehov och att de allra flesta var i slutfasen av sitt liv, mer än en tredjedel avled under eller ganska snart efter korttidsvården. Granskningen väckte ytterligare frågor rörande korttidsvården såsom:

- Vad händer innan vistelsen på korttidsplats?
- Vad händer under vistelsen på korttidsplats?
- Vad händer efter vistelsen på korttidsplats?

För att kunna identifierade behov av insatser och säkra korttidsvårdens kvalitet och samt stärka ett teambaserat arbetssätt behöver vi undersöka hur korttidsvården ser ut idag.

4 Syfte

Syftet med granskningen är att i samverkan mellan huvudmännen, kvalitativt och kvantitativt beskriva den mellanvårdsform som bedrivs i hela länet under begreppet Korttidsvård.

Beskrivningen ska öka förståelsen för vårdformen hos huvudmännen (kommunerna och regionen) och uppmärksamma patientgruppens behov samt vårdformens möjligheter och utmaningar. Särskilt fokus läggs på flödena till och från korttidsvården, samt hur väl samordnat teamet runt patienten/brukaren är vad gäller planering och dokumentation.

4. Sundelius Jan. Granskning av flödet i korttidsvården. Rapport Örebro kommun. 2010.

5 Metod

Punktprevalensmätning i form av journalgranskning, där samtliga patienters HSL-journaler granskas av kommunen respektive regionen (för respektive informationsdomän). Data från kommunerna har även hämtats från SoL-journaler. Granskningen skedde vid två tillfällen, i mitten av oktober 2023 samt 90 dagar senare dvs i mitten av januari 2024.

5.1 Urval

Inventering skedde av samtliga personer som vistades på korttidsplats oavsett anledning (dvs inkluderat växelvårdspatienter), inför mätdatumet i oktober. Så långt möjligt tillfrågades samtliga personer (eller deras närstående exempelvis i fall av kognitiv svikt) muntligt om medgivande till granskningen. Ingen person nekade detta.

5.2 Bortfall

En person i underlaget avled dygnet innan första granskningen och journaler granskades därför inte för den personen.

En person som granskades vid det första mättillfället, hade flyttat från länet vid andra mättillfället och kunde därför inte följas upp. Denna persons exkluderades därför från andra delen av undersökningen.

5.3 Datakällor och informationshantering

Regionens granskare hade tillgång till journalerna i regionala primärvården och, i förekommande fall, slutenvården, samt till Lifecare SP som är den gemensamma plattformen för samordnade individuella planeringar (SIP).

Kommunernas granskare hade tillgång till sin kommuns respektive HSL- och SoL-dokumentation samt till Lifecare SP.

Kommunerna tog fram listor på berörda personer och överförde dessa på säkra sätt till regionen. Kommunerna och regionen tilldelade varje person samma unika

listnummer. Listorna bevarades till och med det andra mättillfället. Registrering av uppgifter skedde till filer på basen av listnummer, dvs utan att känsliga personuppgifter registrerades. Granskarna har instruerats att i integritetsbevarande syfte förstöra nyckeln mellan personnumren och listnumren, efter slutförd mätning.

Projektgruppen (JS, UW, DS) samlade in samtliga avidentifierade registreringar och sammanställde materialet.

5.4 Frågor i granskningen

Uppgifter som insamlades på inkluderade personer var; mantalsskrivning och listad vårdcentral, kön och ålder, orsak till korttidsvården, var personen vistades direkt innan korttidsvården, uppgifter om känd kognitiv svikt, pågående rehabiliteringsinsatser, närståendeinsatser, uppgifter om akutbesök och slutenvård de föregående 90 dagarna innan första mätningen, förekomst av fall, infektion, eller trycksår under de föregående 90 dagarna innan första mätningen, förekomst och tidpunkt för eventuella riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring, inkontinens och munhälsa, uppgift om patienten skrivits in av läkare, eventuella dokumenterade beslut om behandlingsbegränsningar för vistelsen, eventuell dokumenterad samordnad individuell plan (SIP), eventuella dokumenterade mål för vistelsen. Utöver det gjordes försökt till att sammanfatta de viktigaste diagnoserna.

Flera av dessa uppgifter inhämtades också från kommunerna. Från kommunerna inhämtades även specifikt vissa frågor som inte förväntades återfinnas i regionens dokumentation så som civilstånd, pågående sjuksköterskeinsatser för hemsjukvård, pågående rehabiliteringsinsatser, pågående SOL-beslutade insatser i hemmet, antal vård dagar i korttidsvård senaste 90 dagarna, eventuella mobila insatser *utöver* basal hemsjukvård senaste 90 dagarna, ankomsttid till korttidsplatsen (datum för senaste inväxlingen för personer i växelvård).

För att underlätta analysen så kompletterade projektgruppen i efterhand med vissa uppgifter som exempelvis vilken länsdel personen tillhörde (aggregerad uppgift från kommuntillhörighet), om personen vistades på Tullhuset eller ej, om det fanns fall/fraktur/trauma i huvuddiagnosen, om personen utifrån diagnos hade opererats,

samt vilken diagnosgrupp som bedömdes av störst betydelse i sammanhanget (sammanfattning av noterade diagnoser).

För det uppföljande mättillfället var fokus på uppgifterna om patienten fortfarande levde eller hade avlidit, var patienten vistades, uppkomna akutbesök och/eller vårdtillfällen under de gångna 90 dagarna (dvs perioden sedan första mättillfället), dygn på sjukhus under perioden, uppgifter om fall/infektion/trycksår under perioden, dokumenterade beslut om behandlingsbegränsningar och/eller samordnad individuell plan (SIP). Det efterfrågades också om teamets professioner hade följt upp målen för personens vistelse.

5.5 Analys och presentation

Projektgruppen har sammanställt materialet på övergripande nivå, samt uppdelat på olika sätt utifrån behov – exempelvis länsdelsvis, med respektive utan växelvård, samt med respektive utan resultaten för Tullhuset, vars organisation, arbetssätt och flöden skiljer sig en del från övriga korttidsboenden.

Presentationer av fynden samt påföljande diskussioner kring resultatet har under våren 2024 skett för de inblandade granskarna, samt lokalt via länsdels- och vårdkedjegrupper, samt i ledningssammanhang i regionen. Materialet föredrogs under hösten i Chefsgruppen i samverkan mellan huvudmännen.

6 Resultat

Nedan beskrivs resultatet av granskningen med fokus på det totala resultatet. Lokala skillnader beskrivs där det är relevant, Eftersom antalet granskade personer är få i de små kommunerna görs inte någon presentation eller analys av siffrorna på kommunnivå. Däremot har ett resultat tagits ut för var och en i de fyra länsdelarna och redovisats i länsdelsgrupperna.

För vissa parametrar görs också en jämförelse mellan Tullhuset i Örebro och övriga länet då vården på Tullhuset bedrivs med andra förutsättningar genom förstärkt stöd från Geriatriska kliniken i form av läkare och fysioterapeut. Dessutom ser mixen av patienter delvis annorlunda ut med en högre andel som utreds och rehabiliteras på Tullhuset.

6.1 Vad kännetecknar målgruppen?

Andelen kvinnor är något fler bland de granskade personerna och i jämförelse med andra insatser i vård och omsorg är andelen män hög, se tabell 3. På särskilt boende var exempelvis fördelningen i riket 66% kvinnor och 34% män 2022.⁵

Tabell 3: Andel kvinnor och män av granskade personer

Mått	Kvinna	Man
Kön	52%	48%

Majoriteten av personerna (61%) är äldre än 80 år. Andelen som är 90 år och äldre är 18%, se tabell 4. Personer yngre än 65 år förekommer också men andelen är relativt liten (8%).

Tabell 4: Medelålder, medianålder samt åldersspridning

Mått	Medel	Median	Äldst	Yngst
Ålder	80,7	82	105	46

5. Källa Kolada.

För personer som bor ensamma eller har kognitiv svikt och samtidigt drabbas av sjukdom eller skada är möjligheterna att återgå till hemmet efter vistelse på sjukhus eller på korttidsplats mindre. Hälften av personerna i granskningen bor ensamma och mer än hälften har en konstaterad kognitiv svikt, se tabell 5.

Tabell 5: Andel ensamboende och andel med konstaterad kognitiv svikt

Mått	Andel
Ensamboende	50%
Andel med känd kognitiv svikt	56%

I tabell 6 nedan beskrivs en kombination av de båda faktorerna där man kan se att var fjärde person både lever ensamma och har kognitiv svikt. Endast en dryg femtedel är sammanboende utan kognitiv svikt.

Tabell 6: Jämförelse mellan kombinationen ensamboende och kognitiv svikt

Ensamboende ingen kognitiv svikt	Ensamboende med kognitiv svikt
24%	26%
Sammanboende ingen kognitiv svikt	Sammanboende med kognitiv svikt
21%	29%

Att dessa faktorer försvårar återgång till den ordinarie bostaden bekräftas av att gruppen är överrepresenterad bland personer som är på korttidsplats i väntan på SÄBO. I den kategorin har 78% kognitiv svikt och 64% är ensamboende.

Granskarna hos region respektive kommunerna har fått kategorisera personerna efter orsak till vistelse. Tabell 7 på nästa sida beskriver kommunernas kategorisering.

Tabell 7: Antal och andel personer uppdelade efter orsak till vistelsen

Orsak till korttidsvård	Antal	Andel
Avlösning /växelvård	43	18%
Väntan på bostadsanpassning	3	1%
Väntan på SÄBO	64	27%
Rehabilitering	58	24%
Utredning boende	38	16%
Livets slutskede	9	4%
Återhämtning	26	11%
Totalt	241	

Kategoriseringen är inte exakt. En person kan vara på korttidsvården av flera orsaker (exempelvis återhämtning och rehabilitering) men anledningen kan också förändras över tid. Utredning för framtida boende kan övergå till väntan på särskilt boende. Det går ofta inte att hitta något tydligt mål med vistelsen på individnivå (se figur 12 på sid 28) vilket också försvårar kategorisering. Uppgifterna i tabell 6 får därför ses som en fingervisning. Dock är kännedom om orsak till vistelsen viktig att ha i åtanke vid granskningen eftersom behovet av sjukvård och rehabilitering ser olika ut för grupperna.

En särskild grupp som beviljas korttidsvård är personer som vistas där som ett stöd för att kunna bo kvar längre hemma. Det kan ske genom att man växlar korttidsboende med vistelse i den egna bostaden (växelvård) eller genom avlösning vid enstaka tillfällen. Vistelsen kan ge återhämtning både för den närmast anhörige och för patienten. Här handlar det till skillnad från övriga orsaker om planerad vård som inte har föregåtts av svikt, akut sjukdom eller skada. Även om personerna kan vara sköra och sjuka har de inte lika stora behov av medicinska åtgärder/bedömningar och/eller rehabilitering. Det finns skillnader mellan kommunerna i hur många som får insatsen avlösning/växelvård. Högst andel har västra länsdelen (35%) och lägst andel har Norra länsdelen (9%) jämfört med snittet för hela länet (18%).

Det finns även andra kategorier där fördelningen skiljer sig mellan länsdelarna. Västra länsdelen har en låg andel i kategorin rehabilitering (6%) jämfört med hela länet (24%). I Örebro används 34% av platserna för rehabilitering. Förklaringen är sannolikt att Tullhuset har särskilt destinerade platser för detta ändamål. Även för

kategorin ”väntan på SÄBO” finns stora skillnader i länet. I västra länsdelen var andelen endast 6% medan andelen i norra länsdelen var 42%.

I tabell 8 nedan beskrivs konsumtionen av vård för patienterna under de 90 dagarna som föregick första granskningstillfället. I de allra flesta fallen har patientens korttidsvistelse föregåtts av ett akutbesök med en påföljande sjukhusvistelse som varit relativt kort. Vid närmare granskning av antalet personer som återinskrivits fann vi att antalet personer som återinskrivits på sjukhus är således ganska lågt, 33 personer (14%) har två vårdtillfällen eller fler under perioden.

Tabell 8: Besök på akutmottagningen, slutenvårdstillfällen, dygn på sjukhus och dygn på korttidsvård under perioden 2023-07-11 till 2023-10-11

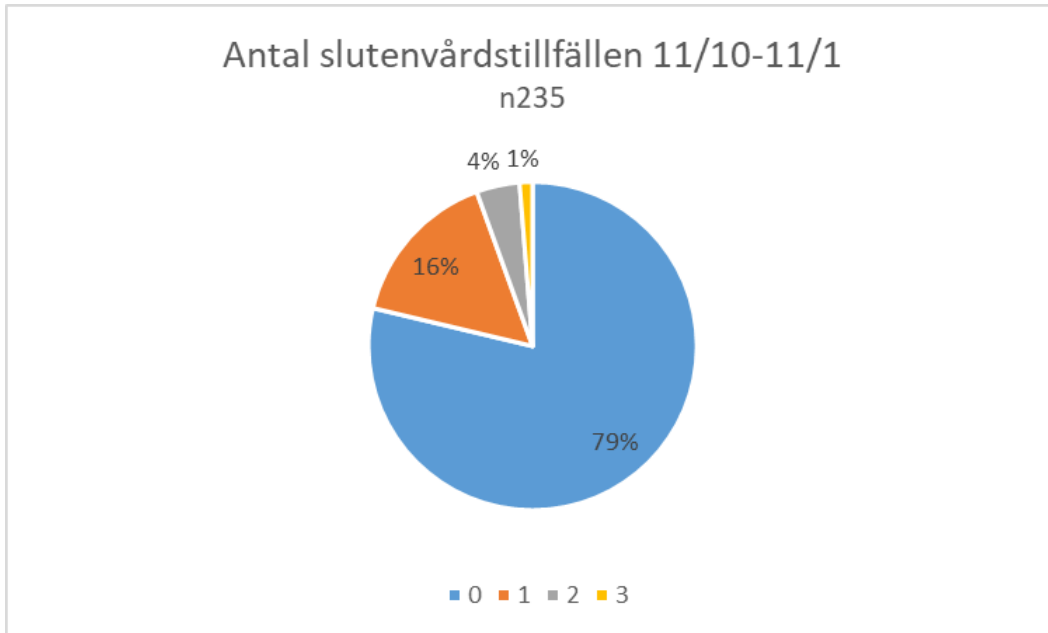
Mått	Medel	Median
Akutbesök	0,8	1
Slutenvårdstillfällen	0,8	1
Dygn på sjukhus	8,2	5
Dygn på korttidsvård	37,3	39

Måttet ”dygn på korttidsvård” avser den tid som personerna tillbringat på korttidsplatsen under perioden 11 juli till 11 oktober, dvs max 90 dygn. Det genomsnittliga antalet dygn är 37 dagar och då ska man ha i åtanke att flera personer skrevs in sent under perioden varför den genomsnittliga vårdtiden är längre. Hela 32 personer har befunnit sig på korttidsplats hela mätperioden (90 dygn). Den patientkategori som har längst vårdtid (57 dygn) är den som väntar på särskilt boende. Kortaste vårdtider har de som vistas på korttidsplatsen för återhämtning (27 dygn) och rehabilitering. Tullhuset (27 dygn) har kortare vårdtider än övrig korttidsvård (40 dygn).

Cirkeldiagrammet i figur 3 nedan beskriver hur stor andel av personerna som haft ett slutenvårdstillfälle mellan de båda granskningarna. Eftersom personer skrivits ut och avlidit löpande under perioden så är det svårt att göra en säker analys av hur vanligt återinskrivningar är. Det kan dock konstateras att en femtedel av personerna har återinlagts på sjukhus någon gång under perioden och endast ett mindre antal (23 st.) har fler än ett vårdtillfälle. Detta kan kontrasteras mot andelen oplanerade återinskrivningar som skett inom 30 dagar (okt 2023 till jan 2024) där snittet i riket

låg på 17% och i Örebro län 15% för alla individer 65 år eller äldre.⁶ Med tanke på att personerna i vår granskning tillhör en skör grupp är andelen som återinlagts inte anmärkningsvärt hög.

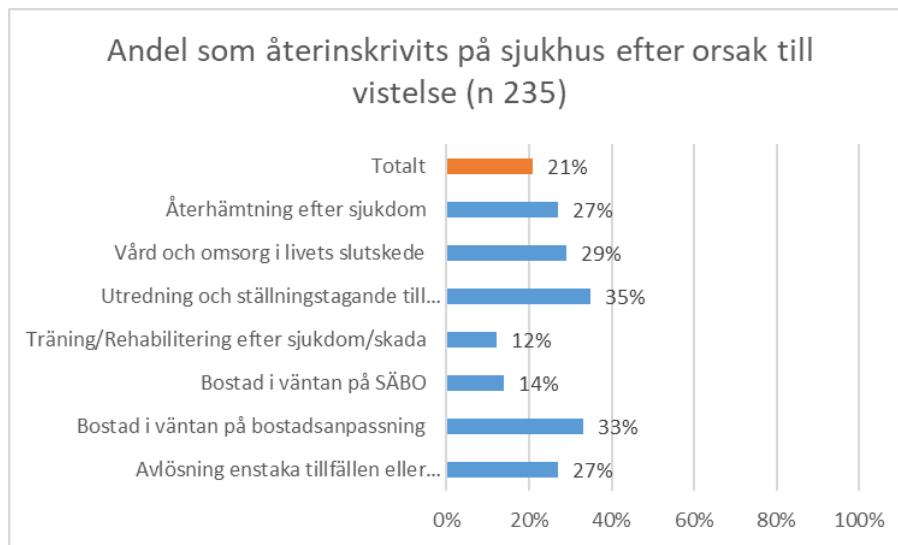
Figur 3: Andel personer uppdelat på antal slutenvårdstillfällen under perioden 2023-10-11 till 2024-01-11



Andelen personer som återinskrivits på sjukhus under perioden mellan första och andra granskningstillfället illustreras i figur 4 nedan. Andelen i kategorierna rehabilitering och väntan på SÄBO har påtagligt lägre risk för återinskrivning. Det finns en avsevärd skillnad om man jämför andel återinskrivna från Tullhuset (11%) med övrig korttidsvård i länet (24%). En orsak är att Tullhuset har en hög andel personer i kategorin rehabilitering. Men sannolikt påverkas detta även av att Tullhuset har högre bemanning och högre närvaro av läkare än i övrig korttidsvård.

6. Vården i siffror. Hämtat från: [Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar \(vardenisiffror.se\)](https://vardenisiffror.se)

Figur 4: Andel som återinskrivits minst en gång per kategori efter orsak till vistelse under perioden 2023-10-11 till 2024-01-11



En hög andel av personerna har fallit under perioden. Det kan antingen vara så att fallet är orsaken till sjukhusvistelse/korttidsvård eller så har personen fallit under vistelsen. Det är en anmärkningsvärd skillnad mellan andelen fall som finns noterade i kommunens journal jämfört med den betydligt lägre andelen i regionens journal vilket framgår av tabell 9. Andelen med infektion och trycksår är likvärdig men överensstämmelsen mellan journalerna är dålig. I kommunernas journal finns 22 personer där trycksår angivits. I regionens journal finns endast anteckning om trycksår i 6 av dessa journaler.

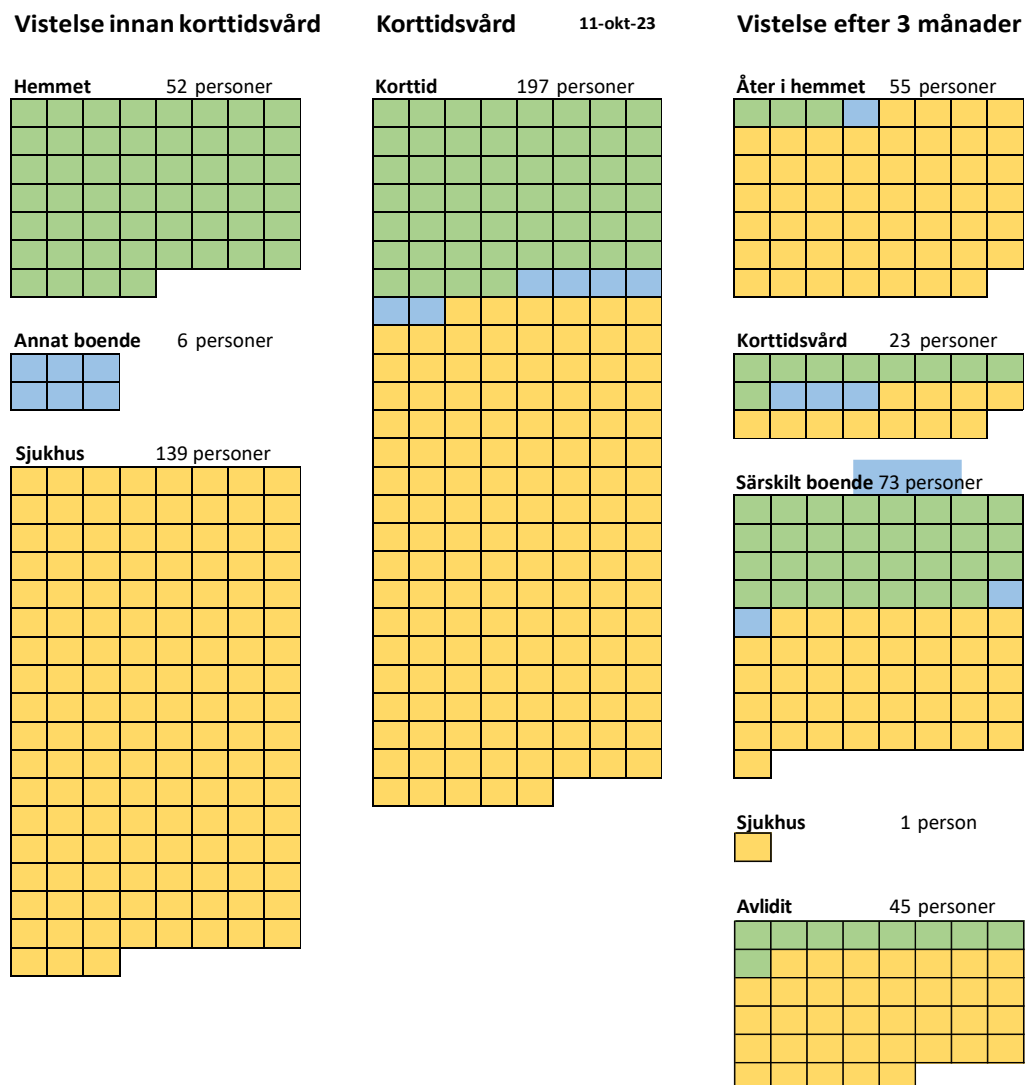
Tabell 9: Andel personer med fall, infektion och/eller trycksår under perioden 2023-07-11 till 2023-10-11

Mått	Region	Kommun
Fall senaste 90 dagarna	31%	50%
Infektion senaste 90 dagarna	32%	30%
Trycksår uppkommit senaste 90 dagarna	7%	9%

6.2 Hur ser flödet ut?

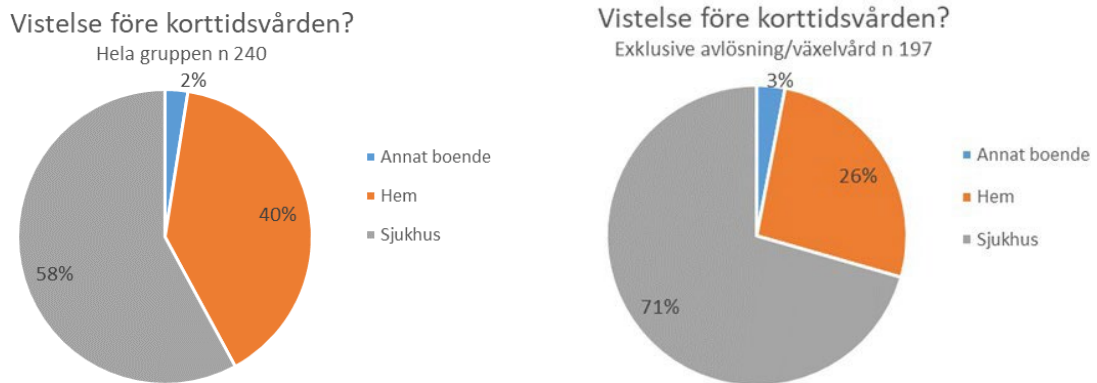
I figur 5 nedan illustreras flödet under mätperioden. Varje patient representeras av en ruta. Eftersom växelvård/avlösning har ett planerat flöde till och från hemmet är de personerna exkluderade i illustrationen.

Figur 5: Personernas vistelse före och efter korttidsvården exklusive de som vistades på korttidsplats för avlösning/växelvård. Varje ruta symboliserar en person



I figur 6 och 7 finns motsvarande data presenterad i cirkeldiagramform, inklusive och exklusive patienter med växelvård/avlösning.

Figur 6 och 7: Andel personer uppdelade på var de vistades innan de kom till korttidsvården. Separat redovisning för hela gruppen och exklusive de som vistades på korttidsplats för avlösning/växelvård



Det stora flödet till korttidsvården är från länets tre sjukhus. I gruppen där personer med växelvård/avlösning är exkluderad kom 71% via sjukhuset. Det finns dock en variation mellan länsdelarna. I Örebro kom 77% och i Norra länsdelen 56% via sjukhuset.

De flesta personerna hade en eller flera insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen och/eller Socialtjänstlagen innan de kom till korttidsvården, som framgår av tabell 10 på nästa sida. Granskningen säger dock inget om vilken omfattning insatserna hade. De vanligaste insatserna är någon form av hemtjänst (SoL-insats). Insats från arbetsterapeut är något vanligare än sjuksköterskeinsats. Andelen med insats från fysioterapeut var relativt låg med tanke på att så många haft behov av andra insatser. Det finns variationer mellan länsdelarna. Den tydligaste skillnaden är att en klart lägre andel hade insatser av både arbetsterapeut och fysioterapeut i södra och norra länsdelarna.

Tabell 10: Andel personer med insatser innan vistelse på korttidsplats

Insats	Andel
Andel med sjuksköterskeinsats	54%
Andel med SOL-beslut	72%
Andel med fysioterapeutinsats	22%
Andel med arbetsterapeutinsats	60%
Ingen insats från kommun eller region	11%

Vidare anges andelen med någon form av närståendeinsats i tabell 11, andelen är förväntad med tanke på att gruppens höga ålder och att flera haft en tidigare sjukdomshistoria.

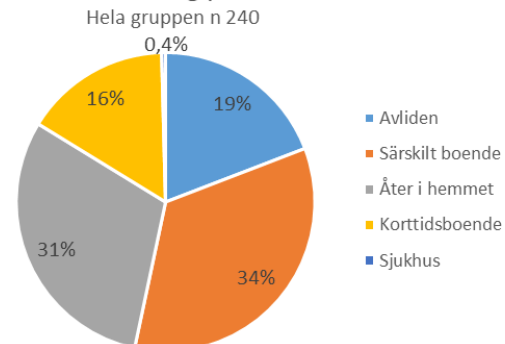
Tabell 11: Andel med närståendeinsats innan vistelse på korttidsplats

Insats	Andel
Andel med närståendeinsats	39%

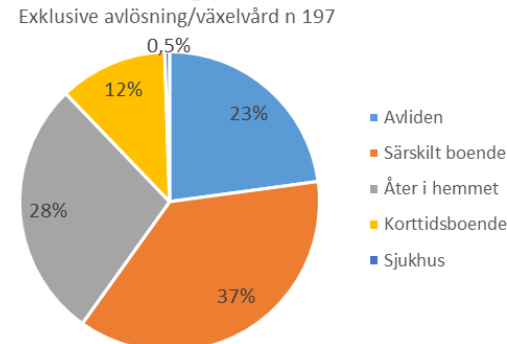
Efter korttidsvistelsen har 60% av patienterna antingen avlidit eller flyttat till särskilt boende. I gruppen som fortfarande vistas på korttidsplats (22 personer) väntar majoriteten på att få komma till SÄBO, se figur 8 och 9. Detta stärker bilden av att det är en skör grupp med stora vård- och omsorgsbehov som granskats.

Figur 8 och 9: Andel personer uppdelade på var befinner sig efter utskrivning från korttidsvården. Separat redovisning för hela gruppen och exklusive de som vistades på korttidsplats för avlösning/växelvård

Var befinner sig patienten?



Var befinner sig patienten?



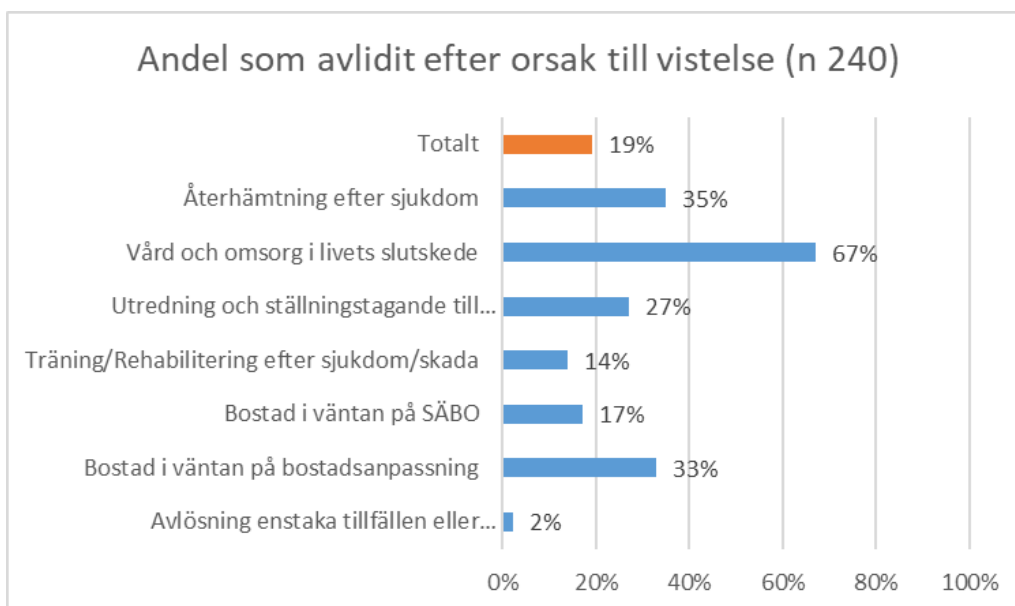
Tabell 13 nedan beskriver vilka insatser de 55 personer hade som skrevs direkt ut till hemmet efter vistelsen på korttidsplats. Fyra av fem personer har någon form av hemtjänstinsats och två av tre har hemsjukvård och eller rehabiliteringsinsats. Endast 11 personer behövde inga insatser efter korttidsvistelsen.

Tabell 13: Fördelning av insatser efter vistelse på korttidsplats

Insats	Andel
Enbart Hemsjukvård och/eller Rehab i hemmet	7%
Hemsjukvård/Rehab samt hemtjänst	56%
Enbart hemtjänst	22%
Inga insatser	15%
Totalsumma	100%

Efter tre månader har en femtedel av patienterna avlidit. Det finns stora skillnader i dödlighet beroende på vilken orsak patienterna hade till vistelsen. Förutom vård i livets slutskede är återhämtning efter sjukdom samt utredning/ställningstagande till annat boende de vistelseorsaker som har högst dödlighet, se figur 10.

Figur 10: Andel som avlidit per kategori för orsak till vistelsen

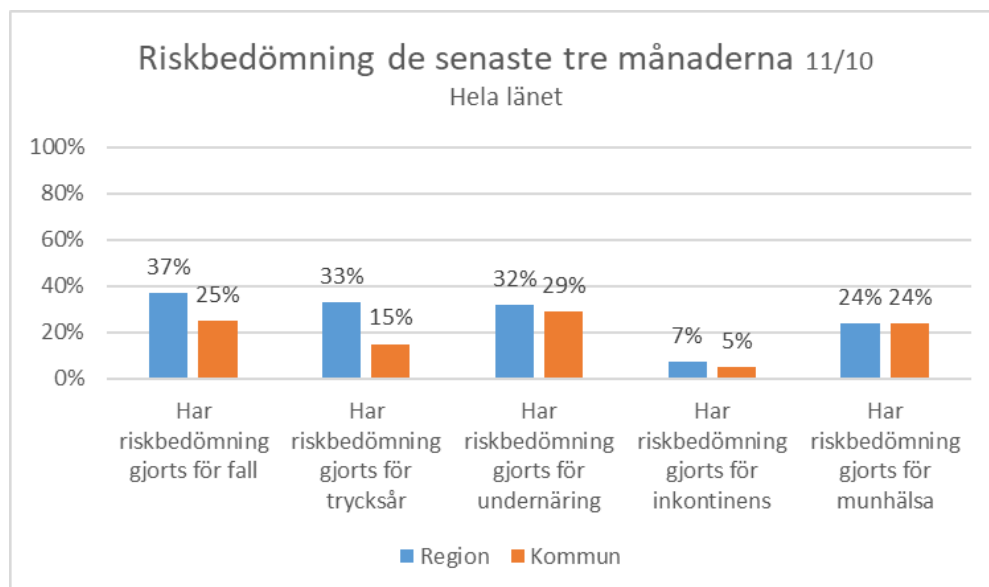


Personer med kognitiv svikt har lägre dödlighet (15%) i förhållande till hela gruppen (19 %) Personer som skrevs in från sjukhus har högre dödlighet (26%) än de som skrevs in från hemmet (15%). Personer som vistats på Tullhuset har lägre dödlighet än övrig korttidsvård (16 %). Bland personerna med växelvård/avlösning har endast en person avlidit.

6.3 Hur ser planeringen av vården ut?

Andelen som fått riskbedömningar är få med tanke på att personerna i många fall är sköra. Kommunerna har dokumenterat att 50% av personerna fallit under perioden men endast 25% har fått en riskbedömning för fall. Över lag är andelen riskbedömningar låg vilket illustreras i figur 11.

Figur 11: Andel personer som fick en riskbedömning av regionens eller kommunens verksamheter de senaste tre månaderna

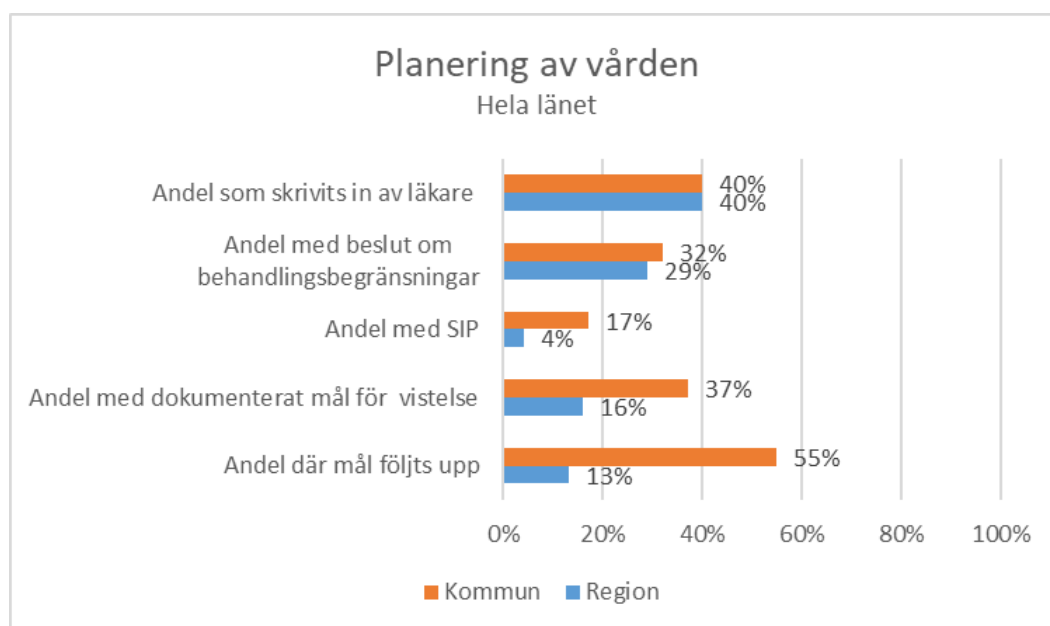


Det finns en stor skillnad mellan kommunerna i andelen som fått riskbedömningar. Flest riskbedömningar görs i Örebro medan man i västra och norra länsdelarna har endast har riskbedömt ungefär var tionde person för fall och trycksår. I tre av länets kommuner har riskbedömning inte genomförts på någon person.

Regionen gör generellt något fler riskbedömningar än kommunen. Dock noteras att de riskbedömningar som finns dokumenterade i de regionala journalerna till övervägande delen har utförts på sjukhus och försvinnande få finns dokumenterade i vårdcentralernas journal.

Ett område som granskats är om vården varit planerad utifrån individens behov. Utifrån det som dokumenterats kan konstateras att andelen är låg i alla granskade parametrar. Strukturerad inskrivning av läkare har skett i 40% av fallen. Andel som fått en samordnad individuell plan (SIP) är låg även om andelen är något högre i kommunernas granskning. I påfallande få fall finns ett dokumenterat mål med vistelsen, se figur 12.

Figur 12: Andel personer med planering av vården enligt granskningens kriterier. Redovisas separat för region och kommun

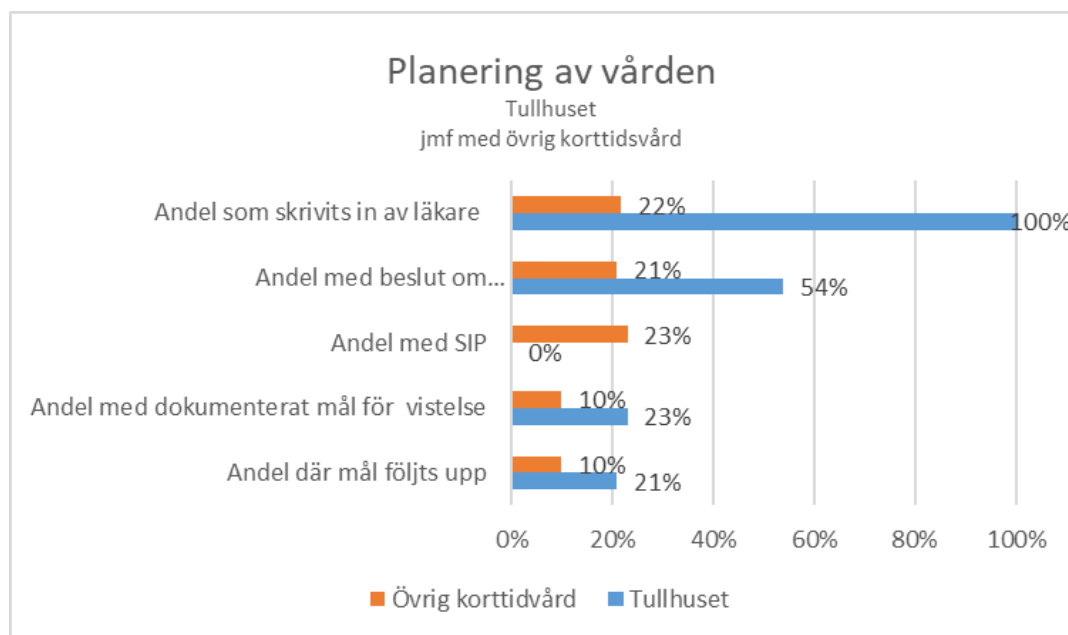


I flera fall finns skillnader mellan kommunens och regionens journaler rörande vilka som fått planering. Även i de fall där skillnaderna är mindre (inskrivning av läkare och behandlingsbegränsningar) är det inte alltid samma personer som kommunerna

och regionen angett i sina journaler, varför den faktiska skillnaden är större än vad grafen visar.

Personer på Tullhuset får tycks få en mer planerad vård än på övriga korttidsplatser i länet, se figur 13. Undantaget är andel med SIP där vi inte finner sådana dokumenterade planeringar alls. Trots att Tullhuset tycks klart bättre resurssatt än övriga korttidsenheter så tycks man inte använda sig av det överenskomna arbetssättet med samordnad planering. Genom att studera Tullhusets arbetssätt kring planering i samverkan så kan man eventuellt dra slutsatser kring effektiviteten såväl i Tullhusets arbetssätt som i det överenskomna arbetssättet.

Figur 13: Andel personer med planering av vården enligt granskningens kriterier. Tullhuset jämfört med övrig korttidsvård i länet



7 Metoddiskussion

Eftersom korttidsvården i Örebro län bygger på samverkan mellan region Örebro län och länets 12 kommuner ser vi det som en styrka att punktprevalensmätningen är utförd i samverkan med representanter från respektive huvudman. Granskningen innefattar samtliga 240 korttidsplatser i länet vilken för övrigt ger en heltäckande bild av korttidsvårdens utformning för de aktuella mättillfällena.

Ytterligare en styrka i sammanhanget är att ett efterföljande möte hölls för att utvärdera mätningen, där stor del av de deltagare som varit med och utfört granskningen deltog. Granskarnas erfarenheter och synpunkter har därefter inkorporerats i denna rapport.

Vid uppföljningsmötet som hölls två månader efter sista mätningstillfället framkom att det inte finns en samstämmighet i vad kommunerna respektive regionen dokumenterar i respektive journal avseende orsak till korttidsvård. Dessutom upplevdes det inte heller enkelt att hitta uppgifter om exempelvis riskbedömningar i journalerna, Granskare från både huvudmännen uppger att det krävdes en del sökande i journalen innan det som eftersöktes kunde finnas.

Vi har inte kunnat skatta och bedöma sjukligheten per se vilket inte heller har varit avsikten, dock har diagnoser som registrerats i samband med korttidsvården tagits med för att få en uppfattning om orsak till vistelsen. SoL-beslut till korttidsvård har inte inkluderats i denna mätning vilket möjligen hade kunnat ge en tydligare bild av respektive insats om den beaktats.

Vidare har vi noterat ytterligare parametrar som skulle vara av värde att ha med vid en eventuell förnyad undersökning:

- Antal dagar korttidsvård totalt per individ.
- Kommunala medicinska insatser innan beviljad korttidsvård.
- Kategorisering av närståendevård och dess inverkan på behovet av korttidsvård.

8 Slutsatser och rekommendationer

8.1 Skillnader i länet

Utifrån granskningen är slutsatsen att det finns skillnader vilka grupper som erbjuds korttidsvård och hur individuell planering för patienten ser ut. Under dialogmöten runt det preliminära resultatet har det framkommit att det inte finns någon enhetlighet i avsatt resurs för korttidsvården, varken vad gäller kommunernas bemanning på plats eller tillgång till Regionens resurser. Det tydligaste exemplet är Tullhuset som har en större närvaro av både läkare och fysioterapeut än övriga enheter, som får dessa resurser från primärvården

Olikheterna i länet motiveras inte av skillnader i behov hos målgruppen utan mer av vilka lokala förutsättningar som är tillgängliga. Detta är inte oväntat då det saknas en gemensam målsättning/strategi för korttidsvården såväl i länet som i riket. Respektive kommun har själv utformat innehållet i korttidsvården och Regionen har inte någon uttalad strategi för hur man ska arbeta med vårdformen.

Det finns flera skäl att se över korttidsvårdens innehåll ur ett länsperspektiv för att få en mer jämlik vård. Om korttidsvården används på ett mer individanpassat och ändamålsenligt sätt så kommer det att få positiva konsekvenser för hela vårdkedjan mellan Regional och kommunal vård. Sjukhusplatser kan frigöras och korttidsvård kan i högre grad användas för direktinläggning från hemmet. I flera av granskningsområdena finns skillnader i resultatet över länet som kan vara värda att analysera djupare.

8.2 Långa vistelsetider

Granskningen visar att vistelsetiderna på korttidsplatserna generellt är långa. Utifrån data går det inte att fastställa en enskild orsak till detta. Brist på lägenheter i särskilt boende är en faktor som direkt påverkar utflödet. Om en situation med brist uppstår är det inget som går att lösa på kort sikt. Att bygga och bemanna ett särskilt boende är en process som tar flera år.

Vistelsetiderna påverkas också av vad som föregår korttidsvistelsen och vad som händer efteråt. Antal vårdplatser på sjukhusen och den planering som görs i samband med utskrivning påverkar förstås inflödet. Det är möjligt att några fler personer skulle kunna gå hem direkt från sjukhus i stället för att komma till korttidsplats och utredas eller rehabiliteras hemma men sannolikt har många behov av fortsatt vård och omsorg dygnet runt. Både med tanke på deras tillstånd och för att omfattande vård i hemmet är resurskrävande. Granskningen visar att mer än hälften av personerna i har en känd kognitiv svikt då det är svårt att skapa trygghet i hemmet med hemsjukvård och hemtjänst.

Möjligheten att få sin vård och omsorg i hemmet påverkar förstås även om och när personen kan gå hem efter vistelsen på korttidsplats. Här är de insatser som kommunen och Regionen kan ge i hemmet avgörande men också om det finns en anhörig hemma eller inte.

En rimlig hypotes utifrån granskningen är att en mer samplanerad vård med tydliga mål för vistelsen även borde kunna minska vistelsetiderna. Det är en insats där effekter borde kunna uppnås på kortare sikt men den kräver gemensam prioritering av korttidsvården. Ett gemensamt mål för länet borde vara att korttidsvården ska avgränsas till de personer som verkligen har behov. Korttidsvården ska inte användas för personer som kan få sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett i hemmet oavsett om hemmet är i ordinärt eller särskilt boende.

8.3 Behov av differentiering av vård och resurser

Vi rekommenderar att indikationerna för vistelse på korttidsboende tydliggörs. Utifrån vårt material skulle den absoluta merparten av personerna/patienterna på korttidsboende rymmas inom följande kategorier:

- Avlösning/växelvård.
- Rehabilitering.
- Utredning och bedömning av fortsatt boendeform (inklusive återhämtning samt väntan på anpassningar i hemmet).
- Väntan på permanent plats på vård- och omsorgsboende.

Utöver dessa så finns en mindre grupp (färre än vi hade väntat oss) som kommit till korttidsboende för att vårdas i livets absoluta slut. Detta bör vara en egen indikation för korttidsvård, trots att det handlar om få personer.

Av indikationerna ovan så skiljer sig Rehabilitering i den mening att det är en mera resurskrävande vårdform för den personal som Regionen (läkare och fysioterapeuter). Det är i nuläget endast Tullhuset i Örebro som erbjuder en kvalificerad och väl resurssatt rehabilitering inom korttidsvården. Man bör ta ställning till om inte just rehabilitering inom korttidsvården kunde samlas på några ställen till i länet, med högre resurssättning än övriga korttidsvården. Förutom ett effektivare resursanvändande så borde detta innebära en på totalen mera jämlik vård.

I de överenskommelser som finns idag (våren 2024) så finns det inga fastslagna miniminivåer för resurssättning specifikt för korttidsvården. Denna vård har inkluderats i Särskilda boenden för äldre vilken har en definierad miniminivå för läkarinsatserna.

Resurstilldelningen av läkarinsatser till korttidsvård bör vara högre än resurstilldelningen till vård- och omsorgsboendena. Detta av flera skäl:

- Kortare vårdtider än för vård- och omsorgsboendena vilket gör att mer tid per patient/säng går åt till inskrivningar och planering
- Oftare mindre stabila patienter vilket förutsätter god och dokumenterad planering och utrymme för uppföljningar
- Inte alltid patientens ordinarie läkare som har hand om korttidsboendet vilket gör att man kan behöva kompensera för kontinuitetsbrister

Någon miniminivå finns inte definierad för fysioterapeuternas insatser på de särskilda boendena vilket kan bli påtagligt besvärligt när det är stora behov av träning i rehabiliteringen. Ett sätt att adressera detta vore som tidigare nämnts, att samla rehabiliteringspatienterna på några ställen i länet. Men även om så sker så behövs det sannolikt en ökning på totalen av de idag begränsade fysioterapeut-resurserna relaterat till alla korttidsplatser, dvs även för patienter utan specifika rehabiliteringsbehov.

8.4 Brister i dokumentation

I granskningen framkommer att det även finns en bristande samstämmighet i vad som dokumenteras, avseende patienternas vård – och omsorg, i det kommunala- respektive regionala journalsystemen. Bland annat var det en anmärkningsvärd skillnad i vilka riskbedömningar som fanns dokumenterade. Exempelvis har förekomsten av fall och trycksår angetts i betydligt mindre utsträckning i den regionala journalen jämfört med de kommunala. Skillnaderna i dokumentationen mellan region och kommuner indikerar att organisationstillhörighet påverkar vilken information om patienten vårdpersonal har tillgång till. Förvisso finns möjligheten att ta del av viss information genom nationell patientöversikt (NPÖ), vilken dock endast synliggör en del av den regionala dokumentationen. Ett undermåligt informationsunderlag kan påverka möjligheten att fatta välgrundade beslut och ge rätt vård och omsorg till individer, vilket i sig är en patientsäkerhetsrisk (13). Frånvaro av förekommande risker eller annan hälsorelaterad information i journalen påverkar således vårdgivares möjlighet att erbjuda en god och säker vård på korttidsplats i länet.

En viktig del i ett patientsäkerhetsarbete är att arbeta aktivt och riskmedvetet för att undvika vårdrelaterade skador. För att vårdpersonal som arbetar med korttidsvård ska kunna arbeta aktivt och riskmedvetet behöver de i vårdsituationer kunna ta del av varje enskild individs dokumenterade information samt eventuella risker. Väl kända risker för framför allt äldre personer med sammansatta och komplexa behov är; trycksår, undernäring, fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. Enligt regionens riktlinjer ska en riskbedömning alltid utföras samt journalföras på patienter som är 65 år eller äldre. Således borde alla personer som vistas på korttidsplats ha en dokumenterad riskbedömning med eventuellt vidtagna åtgärder för att öka tryggheten för individen och undvika risken för komplikationer.

Förutom att orsaka personligt lidande ökar uppkomna vårdskador risken för återinläggning på sjukhus (13). I vår granskning framgår inte orsaken till återinläggningarna på sjukhus, varför det inte går att dra några slutsatser om orsakssammanhang. Dock behöver frånvaron av dokumenterade riskbedömningar i korttidsvården lyftas fram och ifrågasättas. Har den låga frekvensen av dokumenterade riskbedömningar någon betydelse för den högre andelen återinläggningar på sjukhus som vi noterar hos personer som erhållit korttidsvård i länet, jämfört med motsvarande återinläggningar i riket och länet?

Tidig identifiering och insättande av förebyggande åtgärder samt att uppföljning av insatser möjliggör ett preventivt arbete rörande dessa risker.

Rätt information vid rätt tillfälle måste finnas tillgänglig för vårdgivare för att minimera risken till felgrundade beslut och åtgärder samt möjliggöra en sammanhållen och personcentrerad vård.

8.5 Bristande individuell planering

Förutom en osynkroniserad dokumentation har granskningen också visat att få individer har en dokumenterad planering, undantaget Tullhuset, och det finns praktiskt taget ingen samordnad individuell planering (SIP) dokumenterad oavsett korttidsplats i länet. Personer som har erhållit korttidsvård vid mätningstillfällena har visat sig vara i stort vård- och omsorgsbehov där någon form av dokumenterad planering borde finnas baserat på varje enskild individs behov och förutsättningar. Den bristande planeringen och samordningen torde leda till en ineffektiv vård med svårigheter att uppnå en helt personcentrerad och sammanhållen vård.

I en forskningsrapport avseende samverkan kring multisjuka äldre poängteras att det är viktigt att fastställa vilken nivå av samverkan som är nödvändig för att kunna ta ett gemensamt ansvar för patientens hälsa (14). I länet idag är korttidsvården till största delen utformad på tillfälliga konsultativa kontakter mellan huvudmännens professioner (undantaget Tullhuset) för att lösa enskilda ärenden och det finns en tydlig avsaknad av planering. Detta arbetssätt är föga verksamt om intentionen är att samverka mot gemensamt uppsatta mål, där patientens behov och hälsa står i centrum. För att klara av att sätta patientens behov i centrum och främja hälsa krävs således att vi har tydligt uttalade gemensamma mål likväl på makro- som mikronivå i organisationerna, där varje profession ges möjlighet att ta ansvar för sin del i arbetet. Med en förbättrad individuell planering med tydligt dokumenterade mål för korttidsvistelsen och en aktiv rehabilitering i de fall det är aktuellt kan vi optimera den korttidsvård som erbjuds i länet.

9 Referenser

1. Malmberg B, Svensson G. Särskilt boende för äldre under kortare tid. Socialstyrelsen; 2002. Report No.: 2002-123-67.
2. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre: Lägesrapport 2023. 2023. Report No.: 2023-3-8444.
3. Westlund P. Kort-tids-boende. En kameleont i äldreomsorgen. Kalmar; 2009. Report No.: Fokusrapport 2009:4.
4. Socialtjänstlag (2001:453), SoL 2001:453 (2001).
5. SFS 2019:973. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), SFS 2019:973 (2019).
6. Bruce M. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Primärvård och korttidsboende– vad behöver förändras? In: Socialstyrelsen, editor.: Socialstyrelsen; 2015.
7. Sezgin D, O'Caomh R, Liew A, O'Donovan MR, Illario M, Salem MA, et al. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. *Eur Geriatr Med*. 2020;11(6):961-74.
8. SBU. Kunskapsläget för bedömning och insatser inom äldreomsorgen. Identifiering av vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor utifrån systematiska översikter. Stockholm; 2019. Report No.: SBU-rapport nr 306.
9. Harrison SL, Lang C, Whitehead C, Crotty M, Corlis M, Wesselingh S, et al. Residential Respite Care Use Is Associated With Fewer Overall Days in Residential Aged Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(5):653-9.e2.
10. Arntzen RJ, van den Besselaar JH, Bekker R, Buurman BM, van der Mei RD. Avoiding Hospital Admissions and Delayed Transfers of Care by Improved Access to Intermediate Care: A Simulation Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(7):945-50.e4.
11. Regeringskansliet-Socialdepartementet. God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. In: Regeringskansliet-Socialdepartementet, editor. 2023.
12. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för äldreomsorg 2023 [Available from: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/].
13. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2024. In: Socialstyrelsen, editor. 2024.
14. Blomqvist P, Winblad U. Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning. Stockholm2023.