Övergångar mellan specialiserad vård och vård och omsorg i ordinärt boende

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2025-01-08
Diarienummer: HSN 2021-2006

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Carl Mill
08-123 134 97
carl.mill@regionstockholm.se

Christina Gustavsson
08-123 172 80
christina.gustavsson@regionstockholm.se

Torsten Lundmark
070-373 35 05
torsten.lundmark@llcon.se

Förord

Vi vill framföra ett varmt tack till alla er som ställt upp på våra intervjuer där ni delat med er av era erfarenheter att vara patient eller närstående i en övergång mellan sjukhus och vård och omsorg i det egna boendet. Utan er hade vi inte kunnat beskriva flödet och identifiera områden för förbättringar.

Vi vill också tacka alla er inom vård- och omsorgsverksamheter som tagit sig tid att låta sig intervjuas, förklarat och svarat på våra frågor och kommit med förslag på förbättringar. Den kunskap, kompetens och det engagemang ni besitter gör många övergångar trygga och säkra varje dag. Vår förhoppning är att detta arbete kan bidra med att stärka era förutsättningar att fortsätta göra just det.

Stockholm mars 2025

Carl, Christina och Torsten

Innehållsförteckning

Förord 1
Sammanfattning 4
1 Inledning 6
1.1 Bakgrund 6
1.2 Uppdrag och avgränsningar 6
1.3 Målgrupp 7
1.4 Metod 7
2 Vård och omsorg i ordinärt boende – det normala tillståndet 9
2.1 Fler äldre bor kvar i sin ursprungsbostad 9
2.2 Snabbare processer inom vård och omsorg 9
2.3 Första dagarna efter en sjukhusvistelse 10
2.4 Fortsatt vård och omsorg i ordinärt boende 10
2.5 Utskrivningsprocessen 10
2.5.1 Samordnad individuell plan (SIP) 10
2.6 Stor variation i hur processen tillämpas 11
2.6.1 Olika huvudmän för vård och omsorg 11
2.6.2 Många vård- och omsorgsgivare i länet 12
2.7 En cirkulär process för många äldre 13
3 Patienters och personals upplevelser och erfarenheter av flödet 14
3.1 Förändrat hälsotillstånd och på väg till sjukhus 15
3.2 På akuten 16
3.3 På avdelningen 17
3.3.1 Inskrivning och planerat utskrivningsdatum 17
3.3.1.1 Identifiera patienter som har eller behöver insatser 18
3.3.1.2 Patienter skrivs inte in i Lifecare SP 18
3.3.2 Planera inför utskrivning och kalla till SIP-möte 19
3.3.3 Utskrivningsklar? 19
3.4 På väg hem 20
3.5 De första dagarna hemma 21
3.5.1 Upprätta eller uppdatera SIP 22
3.6 Fortsatt vård och omsorg i det egna boendet 22
4 Övergripande insikter 24
4.1 Vård- och omsorgsgivare saknar information *om varandra* för att kunna samverka 24
4.2 Aktörer saknar information om *den enskilde* för att kunna samverka 25
4.2.1 Bedöma förändring av hälsotillstånd 25
4.2.2 Vem eller vilka ansvarar för den enskilde just nu? 26

4.3 Förutsättningar saknas för den enskilde att delta i planering och utförande av vård och omsorg 26
4.4 Variation i bedömning av ”utskrivningsklar” 27
4.5 Variation i förberedelser för hemgång 28
4.6 Utskrivningsprocessen missar patienter 28
4.7 Utmaningar med korta vårdtider 29
4.8 Enhetliga rutiner saknas generellt 30
5 Analys och diskussion 31
5.1 Övergångar mellan verksamheter med olika förutsättningar 31
5.2 Etablera en hemgångsprocess 32
6 Slutsatser och rekommendationer 34
6.1 Åtgärdsförslag 34
6.1.1 Utveckla ett ”Hemgångsstöd” - för enhetliga bedömningar och planeringsunderlag 34
6.1.2 Kontaktuppgifter till vård- och omsorgsgivare med pågående insatser 35
6.1.3 Information om patientens tillstånd och planer 35
6.2 Behov av vidare arbete 36
6.2.1 Vård och omsorg i ordinärt boende 36
6.2.2 SIP och aktivitetsplanering 37
Referenser 38
Bilaga 1 Begreppslista 39
Bilaga 2, Utskrivning, vården & omsorgen i hemmet från patientens perspektiv 43

Sammanfattning

Fungerande samverkan mellan vårdgivare och mellan vårdgivare och omsorgsgivare är avgörande för att kunna erbjuda en patientsäker vård och omsorg som är god, sömlös och personcentrerad, samt förbättrar befolkningens hälsa. För att kunna samverka säkert och effektivt vid övergångar krävs gemensamma, övergripande och enhetliga processer som utgår från den enskildes perspektiv. Det ställer också krav på en gemensam stödjande infrastruktur med gemensamma informationsmängder, kunskapsstöd och verktyg för att kunna bedöma behov, kommunicera med involverade vård- och omsorgsgivare samt för att dokumentera och dela information.

Medelvårdtiden på sjukhus har minskat från 6,8 dagar år 1998 till 4,7 dagar 2020 [8]. Störst är minskningen bland de äldre. Det ställer krav på att många andra processer behöver fungera snabbare och smidigare. Verksamheter som vårdcentral, hemsjukvård, rehabilitering, biståndshandläggning och hemtjänst behöver agera snabbare och med kortare förberedelsetider för att hemkomsten för ska vara trygg och säker.

Intervjuerna med äldre personer och deras närstående, och med verksamhets-representanter från vård- och omsorgsgivare indikerar att bättre förutsättningar krävs för att uppnå en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg. Processer behöver standardiseras och införas för att minska variationen i rutiner och arbetssätt hos de vård- och omsorgsgivare som är involverade i patientens hemgång. Bättre verktyg och kunskapsstöd behövs för att bedöma behov, för att hitta och kommunicera med andra vård- och omsorgsgivare som har pågående insatser för den enskilde och för att dela information med varandra. Inte minst behöver den enskilde själv få bättre förutsättningar för att vara delaktig i planeringen och utformningen av den egna vården och omsorgen.

I intervjuerna med verksamhetsrepresentanter från vård- och omsorgsgivare framkommer att äldre personer drabbas av förändringar i hälsotillstånd som innebär sjukhusbesök utan att den äldre personen skrivs in i sluten vård. De blir därmed inte föremål för utskrivningsprocessen. Det kan innebära att deras behov av insatser förändras men inte uppmärksammas eller att verksamheter som hemtjänst, hemsjukvård och ASIH missar att den äldre kommit hem igen. Den enskildes behov och risker behöver vara i fokus vid hemgång, oavsett om en behandling eller åtgärd skett inom sluten eller öppen vård. Därför föreslås att perspektivet breddas och att en hemgångsprocess etableras för både sluten och öppen vård, och som innefattar utskrivningsprocessen.

Utveckling av ett kunskaps- och processtöd, ett ”hemgångsstöd”, föreslås för att minska variationerna i bedömningar och i underlag till vård- och omsorgsgivare som ska besluta och planera för vård- och omsorgsinsatser i hemmet. Ett annat förslag är att kartlägga och undersöka förutsättningar att dela kontaktinformation till de vård- och omsorgsgivare som har en pågående insats för den äldre.

Slutligen föreslås att större fokus läggs på att vård- och omsorgsprocesser i det ordinära boendet är säkra och utgår från den enskildes behov så att involverade vård- och omsorgsgivare får bättre förutsättningar att ge god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Vård och omsorg i Sverige ska ställa om till att bli mer personcentrerad, sammanhållen, proaktiv och hälsofrämjande. Det berör och gör skillnad för alla Sveriges invånare, och inte minst när vi blir äldre. [1] Med tiden kommer många av oss att drabbas av kroniska sjukdomar och sviktande förmågor som kräver vård och omsorg som till stor del kan tillgodoses i det egna boendet genom hemsjukvård, hemrehabilitering, hemtjänst och bostadsanpassning.

Många av oss kommer dock att någon gång vara i behov av akutsjukhusens specialistvård. Att hälso- sjukvårds- och omsorgssystemet då fungerar sammanhållet och tar tillvara våra och våra närståendes erfarenheter, kunskaper och förmågor i utformningen av vårdövergångar, vård och omsorg kommer göra stor skillnad för vår livskvalitet.

Vi står dessutom mitt i en omfattande demografisk utmaning. Inom de närmaste åren kommer andelen äldre personer i befolkningen öka mycket mer än andelen arbetsföra personer. Mellan år 2023 och 2032 beräknas andelen personer över 80 år öka med 51 procent i Stockholms län [2] medan andelen personer i åldern 20 – 64 år endast kommer att öka med 5 procent [3]. Samtidigt som den äldre befolkningen ökar, finns det en åldrande arbetskraft inom vård och omsorg. Många inom hemtjänst och hemsjukvård är själva äldre och kommer att gå i pension under de kommande åren. För att klara kompetensutmaningen behöver organisation och arbetssätt utvecklas, något som är komplext och utmanande att genomföra i en verksamhet som omfattar flera huvudmän, många professioner och många vård- och omsorgsgivare, med olika förutsättningar.

Fungerande samverkan mellan vårdgivare och mellan vård- och omsorgsgivare är avgörande för att kunna erbjuda en patientsäker vård och omsorg som är god, sömlös och personcentrerad, samt förbättrar befolkningens hälsa. [4] För att kunna samverka säkert och effektivt krävs gemensamma, övergripande och enhetliga processer som utgår från den enskildes perspektiv. Det ställer också krav på en gemensam stödjande infrastruktur med gemensamma informationsmängder, kunskapsstöd och verktyg för att kunna bedöma behov, kommunicera med involverade vård- och omsorgsgivare samt för att dokumentera och dela information. Incitament i form av uppdrag/överenskommelser och ersättning behöver stödja samverkan och den enskildes delaktighet.

1.2 Uppdrag och avgränsningar

Uppdraget är att undersöka vilka förutsättningar som behövs för en fungerande samverkan vid övergångar mellan specialiserad vård och vård och omsorg i det

ordinära boendet. Även övergångar från specialiserad öppen vård har ingått i undersökningen. Arbetet omfattar också att undersöka förutsättningar för att minska ej nödvändiga återinskrivningar och undvika ej nödvändiga akutmottagningsbesök vid vård i det ordinära boendet. Undersökningen utgår från den äldres väg genom vård och omsorg.

Undersökningen avgränsar sig till gruppen äldre personer, med insatser av både vård och omsorg i det ordinära boendet, med fokus på somatiska hälsoproblem.

1.3 Målgrupp

Målgrupp för rapporten är i första hand uppdragsgivaren, Utskott för hälso- och sjukvårdens stödstruktur, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Övriga målgrupper är medarbetare inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, styrande och ledande funktioner samt medarbetare inom vård- och omsorgsverksamheter i länet och övriga som är intresserade av övergångar mellan vårdgivare, mellan vård- och omsorgsgivare och mellan huvudmän.

1.4 Metod

Vi har använt oss av intervjubaserade och iterativa metoder för att beskriva olika aspekter av övergångar mellan sjukhus och vård och omsorg i det ordinära boendet. För att undersöka äldres och närståendes behov, beteenden och drivkrafter har vi använt oss av tjänstedesignsmetodik[1]. För att beskriva själva övergången som en process och för att identifiera olika yrkesgruppers informationsbehov har vi använt metodsteg inom VIA-metoden[2].

Totalt har 42 kvalitativa djupintervjuer genomförts:
18 intervjuer med patienter och närstående (12 kvinnor, 6 män)
24 intervjuer med verksamhetsrepresentanter (totalt 35 personer)

Följande verksamheter finns representerade i intervjuerna:
Ambulanssjukvård
Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)
Geriatrisk slutenvård
Kardiologisk slutenvård
Hemsjukvård (på vårdcentral med basal hemsjukvård)
Hemsjukvård kvällar, nätter och helger
Utskrivningsteam
Primärvårdsrehabilitering
Kommunal äldreförvaltning

[1] Tjänstedesign är en metodik som fokuserar på att utveckla tjänster med utgångspunkt i de människor som ska använda dem. Så vad är tjänstedesign?
[2] Verktygslåda för informatikarbete | Vårdgivarguiden

Trygghetsjour
Hemtjänst
Hemtjänst kvällar, nätter och helger

Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus finns representerade i intervjuerna

Följande roller finns representerade bland verksamheterna:
Arbetsterapeut
Biståndshandläggare
Enhetschefer och verksamhetschefer inom vård och omsorg
Distriktssköterska
Fysioterapeut
Läkare
Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS)
Samordnare hemtjänst
Sjuksköterska
Specialistsjuksköterska
Undersköterska
Verksamhetsutvecklare
Vårdsamordnare

Synpunkter och erfarenheter från akutmottagningar fångades i rapporten *Remittering – patientens väg genom vården* [5]. I den undersökningen identifierades bland annat att äldre löper särskild hög risk vid vårdövergångar eftersom de tillhör en sårbar patientgrupp som har svårt att själva kompensera för en osammanhängande vård.

2 Vård och omsorg i ordinärt boende – det normala tillståndet

Det här kapitlet utgör en teoretisk ram för de kvalitativa studier som har genomförts.

2.1 Fler äldre bor kvar i sin ursprungsbostad

En hörnsten inom svensk äldrepolitik är att underlätta för äldre personer att leva ett självständigt liv och kvarboendeprincipen har varit vägledande i decennier. Kvarboendeprincipen innebär att den enskilde ska kunna bo kvar i sin ursprungsbostad så längde den enskilde själv önskar och kan [6]. Den förbättrade hälsan och funktionsförmågan hos äldre har inneburit att allt fler av dem också kan bo kvar i sitt ordinarie boende [7]. Samhällets insatser för att underlätta kvarboende handlar framför allt om att ge hjälp i hemmet genom hemtjänst och hemsjukvård, samt att underlätta vardagen genom bostadsanpassning och individuellt anpassade hjälpmedel. En nedsatt funktionsförmåga och ökat behov av vård och omsorg ställer dock särskilda krav på bostaden som inte alltid kan tillgodoses med bostadsanpassning och hjälpmedel. Exempelvis saknas hiss i uppskattningsvis hälften av Sveriges flerbostadshus. I småhusen är det vanligt med en trappa till entrén och i många fall ligger badrum och sovrum på övre våningen. [6]

2.2 Snabbare processer inom vård och omsorg

Effektivare behandlingsmetoder har inneburit att medelvårdtiden på sjukhus minskat från 6,8 dagar år 1998 till 4,7 dagar 2020. Störst är minskningen bland de äldre. [8] Det innebär att många äldre är i behov av både hemsjukvård och hemtjänst efter en sjukhusvistelse. Det ställer krav på att många processer måste fungera snabbare och smidigare. Verksamheter som vårdcentral, hemsjukvård, rehabilitering, biståndshandläggning och hemtjänst tvingas agera snabbare och med kortare förberedelsetider för att hemkomsten ska vara trygg och säker. Det ställer också krav på sjukhusens processer. De behöver slutföra sina åtaganden snabbare och leverera nödvändigt underlag till biståndshandläggare och vårdgivare inom öppen vård snabbare.

2.3 Första dagarna efter en sjukhusvistelse

Efter en sjukhusvistelse behöver den enskilde kunna landa tryggt och säkert hemma. De mest basala behoven måste kunna tillgodoses från första stund och det behöver vara tydligt både för den enskilde och för vård- och omsorgspersonal vilka insatser och besök som är planerade de första dagarna, och vilka hjälpmedel som finns, och måste finnas, på plats. Till exempel måste det vara möjligt för den enskilde att förflytta sig från resan hem in i bostaden, utföra toalettbesök, införskaffa läkemedel, ta rätt läkemedel vid rätt tid och få i sig mat och dryck.

2.4 Fortsatt vård och omsorg i ordinärt boende

Efter de första dagarna kan det behövas fler insatser för att den enskilde ska uppnå så hög livskvalitet och funktionsnivå som möjligt, samt en skälig levnadsnivå. För att identifiera vilka behov den enskilde har och för att samordna insatser kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. [10] Alla som är i behov av insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska erbjudas en samordnad individuell planering. [11]

2.5 Utskrivningsprocessen

För berörda medarbetare som omhändertar enskilda individer som vårdas och skrivs ut från somatisk slutenvård finns en beskriven utskrivningsprocess i åtta steg som ska säkerställa att alla vård- och omsorgsgivare hinner planera och agera vid en utskrivning [12]:



Bild 1: Utskrivningsprocessens åtta steg

Kortare vårdtider ställer höga krav på att mottagande parter får rätt information i rätt tid, och att det finns överenskomna rutiner i processen.

2.5.1 Samordnad individuell plan (SIP)

En SIP ska alltid upprättas tillsammans med den enskilde som ska ha inflytande och få vara delaktig i planeringen och genomförandet av sin vård och omsorg. Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när samt se till att insatserna samordnas mellan verksamheter när det behövs.

För de flesta personer kan en SIP upprättas kort efter att de kommit hem efter en sjukhusvistelse. Om det föreligger komplexa eller omfattande behov av insatser som behöver samordnas för att utskrivning ska vara möjlig ska SIP genomföras på sjukhuset, så kallad inledande SIP. [12]

För den enskilde själv och dennes närstående är både planen och en fungerande samverkan viktig. Planen ger den enskilde själv möjlighet att vara mer delaktig i vården av den egna hälsan och att medverka i planeringsarbetet. När samverkan fungerar, förenklar den för den enskilde och dennes närstående som inte behöver lägga tid och energi på att själva samordna de olika insatserna.

2.6 Stor variation i hur processen tillämpas

I intervjuerna med verksamhetsrepresentanter från vård- och omsorgsgivare framkommer att variationen i hur processen tillämpas är mycket stor. När vård- och omsorgsgivarna i flödet tolkar sina uppdrag olika, tillämpar olika rutiner, tolkar och tillämpar utskrivningsprocessen på olika sätt uppstår en enorm variation som är utmanande för en patientsäker och personcentrerad vård och omsorg.

2.6.1 Olika huvudmän för vård och omsorg

Ansvaret för vård och omsorg för äldre i det ordinära boendet är uppdelat på flera huvudmän och många vård- och omsorgsgivare.

Både kommun och region kan vara huvudman för hälso- och sjukvård, medan kommunen är huvudman för de insatser som beviljas enligt socialtjänstlagen. I Stockholms län ansvarar regionen för hälso- och sjukvårdsinsatser i det ordinära boendet för äldre, medan kommunerna ansvarar för serviceinsatser och personlig omvårdnad som utförs av hemtjänst. Exempel på hälso- och sjukvårdsinsatser är hemsjukvård som ingår i vårdvalet Vårdcentral och i det upphandlade uppdraget Basal hemsjukvård kvällar, nätter och helger, och hemrehabilitering, som ingår i vårdvalet Primärvårdsrehabilitering [13].

I Norrtälje kommun gäller andra förutsättningar. Där ingår sjuksköterske- och hem-rehabiliteringsinsatser inom basal hemsjukvård i vårdvalet Kundval, där även hemtjänst ingår. Läkarinsatserna inom basal hemsjukvård ingår i vårdcentralernas uppdrag. [12]

2.6.2 Många vård- och omsorgsgivare i länet

Regioner är skyldiga att tillämpa valfrihetssystem inom primärvården [14], och kommuner kan välja att tillämpa valfrihetssystem på vissa tjänster inom vård och omsorg. Det är vanligt att kommunerna tillämpar valfrihetssystem för hemtjänst. [15] Inom vissa kommuner i Stockholms län finns därför många utförare att välja på inom både hemsjukvård, hemrehabilitering och hemtjänst. För hemsjukvård och hemtjänst under kvällar, nätter och helger kan det finnas ytterligare utförare. Det innebär att det blir många utförare från olika organisatoriska enheter som genomför insatser hos den enskilde under ett dygn.

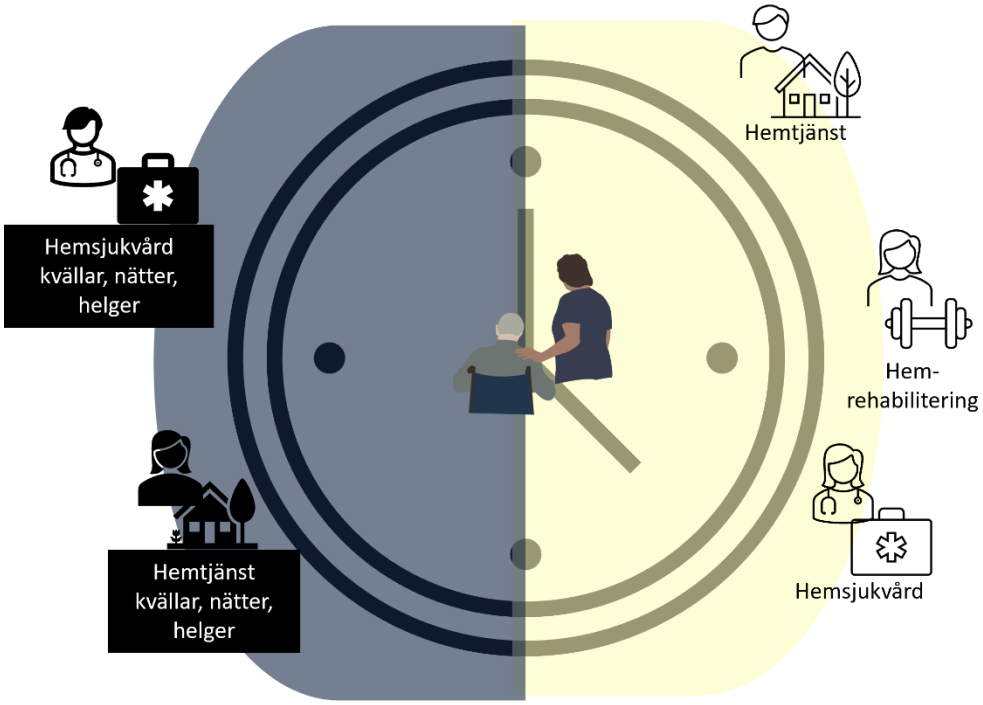


Bild 2: Flera vård- och omsorgsgivare från olika organisatoriska enheter genomför insatser hos den enskilde under ett dygn.

2.7 En cirkulär process för många äldre

För många äldre blir sjukhusvistelser och hemgångar en cirkulär process. Kroniska sjukdomar, minskade förmågor och nedsatt funktion i kombination med sviktande hälsa innebär att sjukhusvistelser är en företeelse som återkommer, ibland flera gånger per år.

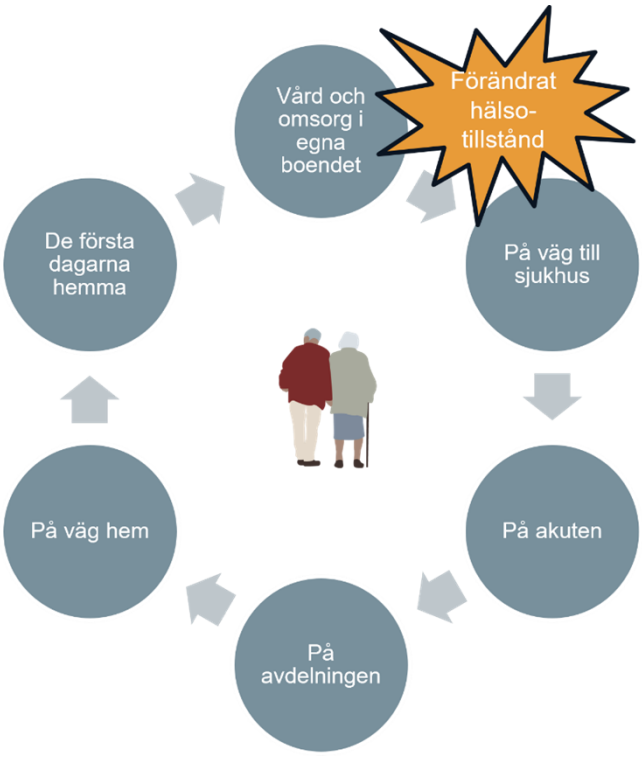


Bild 3: Cirkulär process av sjukhusvistelser och hemgångar

Stegen i den cirkulära processen är till största delen hämtade från patienternas beskrivning av hur de uppfattar förloppet att hamna på sjukhus och bli utskriven. Patienter och närstående upplever en sjukhusvistelse från ett annat perspektiv än professionen, och deras tankar om vad som sker och varför kan därför skilja sig åt från professionens. Många aktiviteter som utförs i ett vårdförlopp är dolda för patienten, och som därför kanske inte ens uppfattar att de har skett. Därför är det viktigt att informera patienten och närstående om vad som ska göras, eller har gjorts, och varför för att de ska känna sig trygga och kunna uppleva att de har kontroll över situationen.

Nedanstående process är framtagen utifrån intervjuer med patienter och sammanfattar deras behov från att de blir inskrivna på sjukhuset till de kommit hem igen:

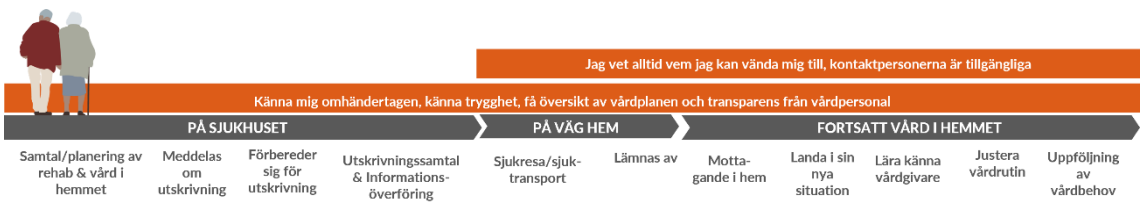


Bild 4: Utskrivningsprocess ur patientens synvinkel

3 Patienters och personals upplevelser och erfarenheter av flödet

I det här kapitlet redovisas resultatet från intervjuer med patienter och närstående samt med verksamhetsrepresentanter från vård- och omsorgsgivare i regional, kommunal och privat regi. Texten baseras på berättelser och citat från de intervjuade. Patienter och närståendes upplevelser och erfarenheter finns samlade i delrapporten ”Utskrivning, vården & omsorgen i hemmet från patientens perspektiv” (bilaga 2).

I nedanstående bild har den cirkulära processen (bild 3) kombinerats med utskrivnings-processens åtta steg.

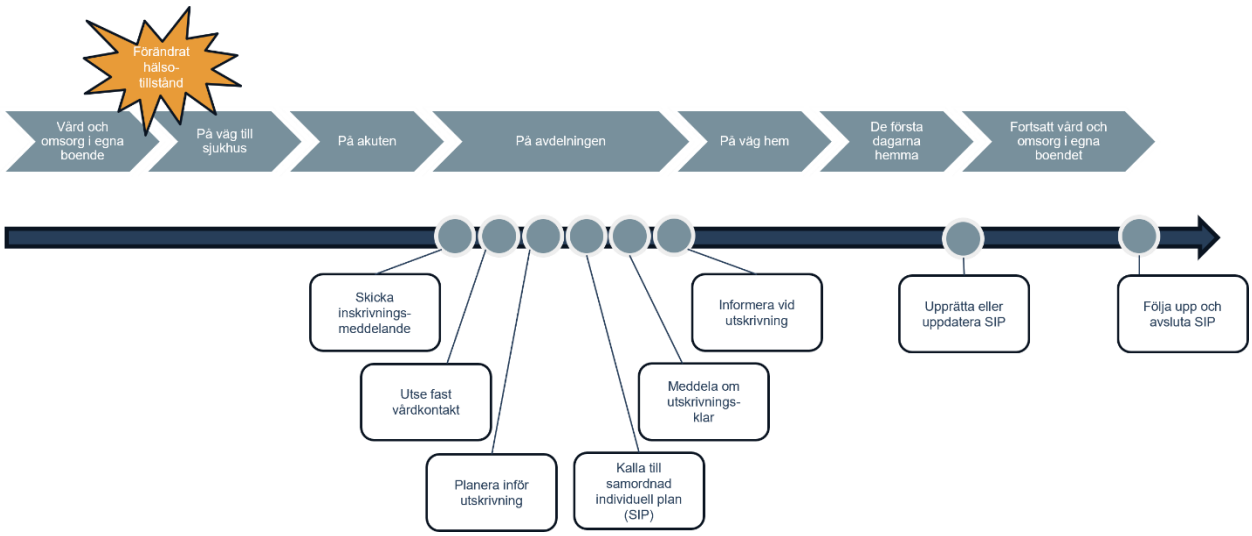


Bild 5: Cirkulär process kombinerad med utskrivningsprocessen

3.1 Förändrat hälsotillstånd och på väg till sjukhus



Bild 6: Förändrat hälsotillstånd och på väg till sjukhus

En förändring i den enskildes hälsotillstånd kan ge upphov till en sjukhusvistelse. För vård- och omsorgspersonal som inte känner den äldre personen kan det vara svårt att uppfatta vad som är den äldres normaltillstånd och vad som är en förändring. Vård- och omsorgsgivare från olika organisatoriska enheter under dygnet hos samma äldre person medför utmaningar i informationsöverföring mellan vård- och omsorgsgivare och vid skiftbyten.

Hemtjänstpersonal är i många fall hänvisade till 1177 på telefon eller larmnumret 112 om de uppfattar ett oroande hälsotillstånd.

ASIH har bemanning dygnet runt, och om den äldre är inskriven i ASIH ska hemtjänsten kontakta dem vid ett förändrat hälsotillstånd. ASIH uppger i intervjuer att det ändå händer att exempelvis 112 larmas. ASIH beskriver att det är utmanande att nå ut med informationen till samtliga medarbetare hos de alla hemtjänstutförarna.

Intervjuade samordnare hos **hemtjänsten** uppger att hemtjänsten ofta inte känner till om den äldre har hemsjukvård, eller vilken vårdcentral denne är listad hos.

Intervjuade distriktssköterskor inom **hemsjukvården** känner i regel till att den äldre har hemtjänst, men vet inte alltid vilken hemtjänstutförare som den äldre har valt.

Vård- och omsorgsgivare som hemtjänst och hemsjukvård känner inte alltid till att den enskilde åkt in till sjukhus. Det leder bland annat till ”bom-körningar” (att personal åker på planerat besök till den äldre som inte är hemma) och att personal från dessa enheter spenderar mycket arbetstid på att lokalisera den äldre personen.

I Norrtälje kommun, inom vårdbolaget 10100, är hemsjukvård och hemtjänst *en* valbar tjänst. Ansvarig sjuksköterska inom hemsjukvård arbetar parallellt med samordnare inom hemtjänst och har därmed enklare att samarbeta kring den äldre. Under kvällar, nätter och helger utgör tjänstgörande sjuksköterska på särskilt boende en kontakt för frågor från hemtjänst.

Tillkallad **ambulanspersonal** saknar uppgifter om patientens normaltillstånd och vilka pågående vårdinsatser den enskilde har från andra vård- och omsorgsgivare. Vid icke-akuta fall måste de ta med dessa osäkerhetsfaktorer i sin bedömning, och väga dessa mot risken att ta med patienten in till sjukhus. Det leder till att patienter i vissa fall hamnar på akuten, trots att det i själva verket är ett sämre alternativ för dem.

> Vad är normaltillståndet för patienten? Svårt att veta för oss. Om vi inte förstår skillnaden så kanske vi behöver köra patienten till sjukhuset
>
> *Ambulans*

3.2 På akuten



Bild 7: På akuten

Multisjuka äldre är ofta stabila i sitt tillstånd av ohälsa, och är därför i högre grad än många andra patientgrupper beroende av att vårdpersonal är insatt i deras hälsosituation och kan bedöma förändringar utifrån deras hälsotillstånd.

Läkaren på akuten kan ha svårt att bedöma *vilket* av patientens ohälsotillstånd som föranlett akutbesöket.

I jämförelse med andra patienter på en akutmottagning är multisjuka äldre ofta relativt stabila, vilket kan innebära att andra, instabila patienter behöver behandlas före dem. Multisjuka äldre riskerar därför långa väntetider på akutmottagningar. Själva förflyttningen och väntetiden för denna patientgrupp är en högre patientsäkerhetsrisk än för andra grupper. Äldre multisjuka kan läggas in direkt på geriatrisk klinik, vilket för de allra flesta är ett bättre alternativ än akuten.

Patienten kan skickas hem direkt från akutmottagningen om bedömningen är att de inte behöver akutsjukhusets resurser. I de fallen omfattas inte patienten av utskrivningsprocessen, och det finns risk för att vård- och omsorgsgivare som hemsjukvård, hemtjänst och ASIH missar att patienten befinner sig i det egna boendet igen.

3.3 På avdelningen

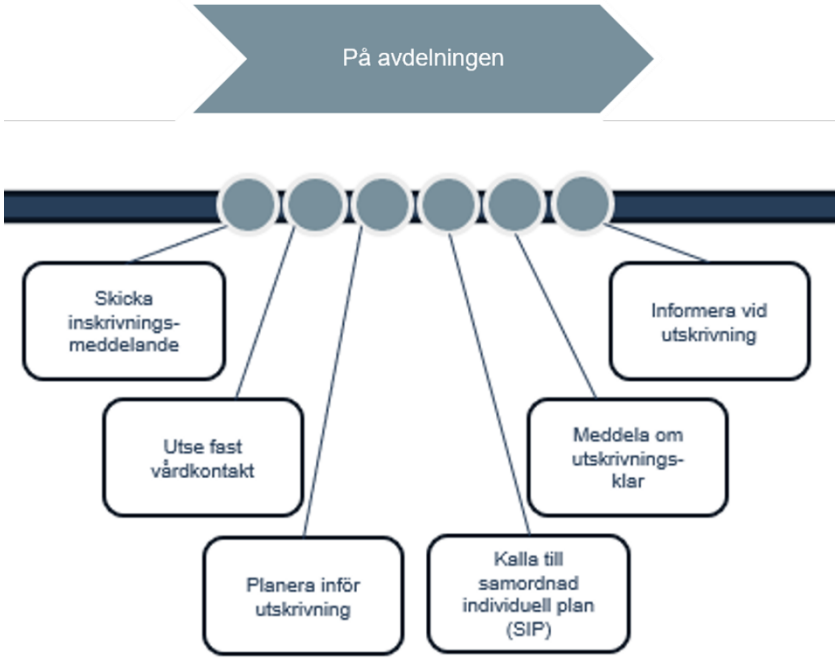


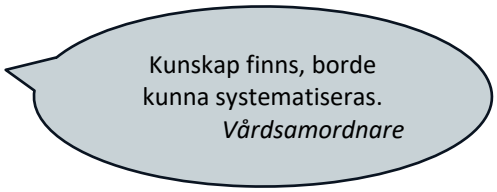
Bild 8: På avdelningen

3.3.1 Inskrivning och planerat utskrivningsdatum

När en patient blivit inskriven på en avdelning inom slutenvården ska utskrivnings-processen tillämpas om patienten är i behov av insatser efter utskrivning. Ett inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar från inskrivning eller bedömning att insatser efter utskrivning behövs. Meddelandet skickas till berörda enheter inom kommunen och öppenvården. I Region Stockholm används *Lifecare SP* som kommunikationsstöd mellan slutenvård, vårdcentral, hemsjukvård och kommunal biståndshandläggning.

Inskrivningsmeddelandet ska bland annat innehålla samtycke från patienten om att dela information med andra aktörer, information om ansvarig läkare, kontaktorsak och beräknat utskrivningsdatum (BUD). BUD ska grunda sig på den enskilde patientens tillstånd eller medelvårdtid för motsvarande patientgrupp. Den beräknade tidpunkten för utskrivning ska vid behov justeras utifrån bedömning av patientens hälsotillstånd och meddelas berörda parter. Många avdelningar använder sig av medelvårdtid för BUD, men långt ifrån alla har en rutin för att uppdatera BUD så det grundar sig på den enskilde patientens tillstånd. Det försvårar för andra parter i processen som kan använda BUD i sin planering.

De parter som tar emot inskrivningsmeddelandet ska börja planera inför utskrivning. De mottagande parterna är beroende av slutenvårdens planeringsunderlag för att bedöma, besluta och planera sina kommande insatser.



Vårdsamordnare, sjuksköterskor på geriatriken och **utskrivningsteam** är kunniga i vilken information de mottagande parterna behöver, vilket underlättar processen.

Kommunens biståndshandläggare behöver fatta ett biståndsbeslut för att bevilja en person nya eller förändrade insatser. Förutom planeringsunderlaget från slutenvården behöver biståndshandläggarna kontakta patienten och ibland även närstående. En ansökan om bistånd måste alltid komma från den sökande själv eller från en anhörig (som kan ansöka om insatser i ordinärt boende enligt anhörigbehörighet). Kontakt med patient och närstående sker oftast per telefon. Biståndshandläggare uppger i intervjuerna att de lägger mycket tid på att komplettera planeringsunderlaget för att få den information som behövs för ett biståndsbeslut. De ska sedan meddela när insatserna kan startas.

Vårdcentralen ska utse en fast vårdkontakt för patienten.

Många patienter känner sig väl omhändertagna på sjukhuset under den här fasen. Men det framkommer i intervjuerna att de inte har blivit informerade om (eller inte uppfattat att de fått information) att utskrivningen börjar planeras redan då de skrivs in på sjukhuset.

3.3.1.1 Identifiera patienter som har eller behöver insatser

Det är inte en självklarhet att det framgår av journalanteckningar att patienten har insatser i det egna boendet. Den informationen behöver fångas och uppmärksammas vid inskrivningstillfället. Att förstå och kunna bedöma att en patient kommer behöva insatser efter utskrivning kräver viss erfarenhet eller insikt. Även erfarna vårdsamordnare och sjuksköterskor kan ha svårt att bedöma förändringar i behov hos en patient de inte träffat tidigare.

3.3.1.2 Patienter skrivs inte in i Lifecare SP

Biståndshandläggare och hemsjukvård vittnar om att många utskrivna patienter aldrig skrivits in i *Lifecare SP* och därför har man inom hemsjukvård och hemtjänst inte haft möjlighet att planera för en trygg och säker hemkomst.

Slutenvården får sällan kännedom om detta eftersom avvikelser inte alltid skrivs från vårdcentralen. Vårdcentralen och hemsjukvården upplever att de sällan har tid att skriva avvikelser, de fokuserar på att lösa situationen.

Det är oklart varför patienterna inte skrivits in i *Lifecare SP* eller hur många det rör sig om. Det kan bero på bristande kompetens att identifiera att patienten är i behov av insatser eller på bristande rutiner eller annan prioritering.

3.3.2 Planera inför utskrivning och kalla till SIP-möte

Många professioner hos vård- och omsorgsgivare ska planera inför en utskrivning. På sjukhuset ska bland andra sjuksköterska, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut göra bedömningar av förmåga av dagliga aktiviteter och behov av hjälpmedel. Om medicineringen ändrats under tiden på sjukhus ska recept på nyinsatta läkemedel finns vid utskrivningen. Sjukhuset ska se till att läkemedel finns tillgängliga i tre dagar efter hemkomsten eller fram till dess att patienten eller någon i patientens närhet kan hämta ut läkemedel från apoteket.

Vårdsamordnare och **sjuksköterskor** på sjukhusen använder olika mallar i aktuellt journalsystem för att planera och dokumentera sjukhusets aktiviteter innan hemgång. I intervjuerna framkommer att de i vissa fall har svårt att följa vad som är genomfört och vad som återstår att göra när aktiviteterna genomförs av olika sjuksköterskor över flera arbetspass. Informationen behöver sedan manuellt föras över till *Lifecare SP.*

Vårdcentralen och hemsjukvården behöver planera och resurssätta sina insatser. Den fasta vårdkontakten ska identifiera alla berörda parter som behöver samverka eller samordna sig efter att den enskilde kommit hem. Om det finns behov av samordning av insatser och om den enskilde önskar att insatserna samordnas ska den fasta vårdkontakten kalla berörda parter till ett SIP-möte. SIP-mötet kan äga rum de närmaste dagarna efter att den enskilde kommit hem.

Biståndshandläggare ska informera den enskilde och den valda hemtjänstutföraren vilka insatser som har beviljats.

Hemtjänstutföraren ska planera och resurssätta sina insatser.

Vårdsamordnare på sjukhus uppger att de saknar en samtalspartner som samordnar hemkomsten på motsvarande sätt vårdsamordnaren samordnar utskrivningen.

3.3.3 Utskrivningsklar?

En patient är utskrivningsklar när ansvarig läkare bedömer att patienten inte längre är i behov av slutenvård. Detta meddelas berörda parter inom vårdcentral, hemsjukvård och inom kommunal vård och omsorg så de är beredda att verkställa sina insatser.

”Utskrivningsklar” tolkas olika beroende på avdelning, kompetens och situation. Att en patient är ”utskrivningsklar” från den aktuella avdelningen innebär inte med automatik är patienten inte behöver sluten vård. **Vårdcentralen** eller **hemsjukvården** behöver ofta ställa motfrågor för att förstå slutenvårdens uppfattning om deras uppdrag och förutsättningar att vårda patienten.

Vårdsamordnare lyfter att de saknar perspektivet ”mottagningsklar” i processen. De saknar en bekräftelse från mottagande vårdgivare att deras uppdrag matchar patientens behov av vård. I några intervjuer framkommer att vårdsamordnarna i kraft av sin erfarenhet ibland får ifrågasätta om patienten är utskrivningsklar från sluten vård eller endast utskrivningsklar från avdelningen.

Biståndshandläggare och hemsjukvård märker av förvirringen genom att patienter meddelas vara utskrivningsklara men sedan flyttas över till annan slutenvård, till exempel geriatrisk slutenvård.

Många patienter upplever att de inte hinner förbereda sig för hemgången. Ofta känner patienten själv inte till beräknat utskrivningsdatum. Däremot får de allra flesta patienter skriftlig information med sig hem från sjukhuset som beskriver vilken avdelning de varit på och varför, samt kontaktuppgifter till avdelningen. De saknar dock kontaktinformation till fast vårdkontakt samt information från hemsjukvård och hemtjänst om planerade insatser.

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) är en vårdform vars patienter vid behov kan vårdas upp till tre dygn inom slutenvården utan att bli utskrivna från ASIH. Det förekommer frekvent att sjukhusen glömmer kontakta ASIH att de skickat hem patienten igen.

> ibland skickar de hem utan att meddela oss att patienten är hemma. Patienten ringer och säger ”Nu är jag hemma, kom med de här sakerna.” Förtroendetapp även hos patienten. Förekommer relativt ofta. Tre fall på en vecka.
>
> *ASIH*

3.4 På väg hem



Bild 9: På väg hem

Redan vid resan hem upplever många äldre att vården ”släpper taget” om dem. Lång väntan på transport, förseningar utan information, långa resor tillsammans med andra personer och att bli avsläppt hemma utan att veta när någon möter upp skapar osäkerhet.

Hemtjänsten uppger att det är svårt att möta upp äldre i hemmet eftersom inte heller de vet när transporten kommer anlända. De går ibland dit flera gånger för att kontrollera om den äldre kommit hem.

3.5 De första dagarna hemma

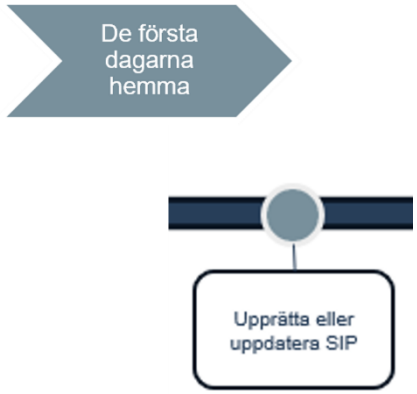


Bild 10: De första dagarna hemma

De äldre upplever ofta de första dagarna hemma som svåra och är osäkra på hur de ska klara av sin situation. De flesta äldre vi intervjuade beskrev en förvirring gällande ansvar när de blev utskrivna och skulle vårdas hemma. De kände sig bortglömda, osäkra på sin vårdprocess och saknade någon att vända sig till med sina frågor. I de sämsta fallen fanns inte de grundläggande behoven tillgodosedda, som exempelvis mat och dryck. Även om matlådor har beställts så tar det några dygn innan leveransen kommer i gång.

> Finns ingen mat hemma, får klara mig på något i frysen. Vet inte när jag kommer få hjälp med handling, jag får ransonera.
>
> *Patient*

Hjälpmedel finns inte alltid på plats, och i synnerhet bostadsanpassningar tar tid innan de är genomförda. Sjukhuset skickar med hjälpmedel man bedömer att patienten behöver, men känner inte till förhållandena hemma. Det kan finnas höga trösklar eller trånga badrum som gör att rullator eller toastol inte fungerar i hemmiljön. En arbetsterapeut kan inte gå in en bostad för att bedöma behovet av hjälpmedel innan patienten har kommit hem. Det kan innebära att det ordinära boendet inte är tillräckligt förberett när den enskilde anländer hem.

Sjukhuset ska skicka med **läkemedel** för tre dygn, men alla gör inte det. Det skapar risker för patienten och mycket arbete för hemsjukvården. Recept finns inte alltid utfärdat. Hemsjukvården behöver då få kontakt med ansvarig läkare på sjukhuset för att få recept utfärdat och därefter att någon (hemtjänst eller närstående) hämtar ut de förskrivna läkemedlen.

> Ibland följer inte läkemedel med för tre dagar. En patient skrevs ut den 23:e december. Sista dosen fanns inte med. Patienten fick inte sista dosen
>
> *Hemsjukvården*

Nyckel till bostaden är en återkommande fråga. Hemtjänsten är ofta den part som har en nyckel till den enskilde då denne inte kan öppna själv. Andra parter som ska utföra insatser behöver känna till om nyckel behövs och vem som i så fall har den och hur de får tag i den.

Om den enskilde inte haft hemtjänst innan måste en extranyckel till hemtjänsten ordnas snabbt så att insatserna kan starta, vilket ofta behövs samma dag som den enskilde kommer hem från sjukhusvistelsen.

Hemsjukvård har byggt upp informella ”försörjningslager” bestående av exempelvis inkontinensskydd och vissa läkemedel för att kompensera för bristande rutiner och otydligt ansvar.

3.5.1 Upprätta eller uppdatera SIP

SIP är en nyckelfaktor för att klargöra vem som gör vad och när. Planering behövs för att insatser ska kunna samordnas och för att patienten ska ha möjlighet att vara delaktig i planeringen. Mall för att upprätta SIP finns i *LifeCare SP*, *TakeCare* eller från Storsthlms webbplats.

Primärvårdsrehabilitering uppger att de ofta ”glöms” bort när en SIP ska upprättas.

Hemsjukvården uppfattar ibland att SIP är en administrativ ”överrock” och inte alltid nödvändig eftersom ”alla vet vad de ska göra”.

Biståndshandläggare deltar på SIP, **hemtjänsten** deltar ibland även om de inte är formellt kallade i *Lifecare SP*.

Patienterna uppfattar planen som osynlig och statisk. De har inte tillgång till planen i *Lifecare SP*. Undersökningar visar att många personer saknar SIP trots att de uppfyller kriterierna.

3.6 Fortsatt vård och omsorg i det egna boendet

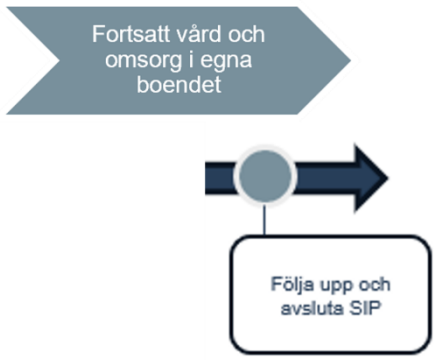


Bild 11: Fortsatt vård och omsorg i egna boendet

Fortsatt vård och omsorg i det egna boendet handlar primärt om att genomföra de aktiviteter som planerats i SIP:en.

Patienter och deras närstående upplever att det finns brister i samordningen inom och mellan vård och omsorg. I intervjuerna framkommer att det blir otydligt för den enskilde vem som ansvarar för vad. Flera av de äldre eller deras närstående uppger att

de behöver ta ett stort ansvar för att samordna insatser från olika vård- och omsorgsgivare. Vissa äldre har upp till fem olika vård- och omsorgsgivare som genomför insatser hos dem över dygnet. Vård- och omsorgsgivarna tillhör olika organisationer och det finns utmaningar i informationsöverföring och i rapportering vid skiftbyten.

Det innebär också utmaningar i att koordinera insatser, som exempelvis läkemedelshantering. Läkemedelshantering är som regel inte delegerad till hemtjänsten, vilket innebär utmaningar i att koordinera insatser som är beroende av varandra, som exempelvis insulin i samband med måltid eller smärtlindring inför uppstigning.

I Norrtälje upplever man inte koordinering av insatser som en utmaning. Där väljer man hemsjukvård och hemtjänst som ”ett paket” och en del av läkemedelshanteringen är delegerad till undersköterskor i hemtjänsten. I Norrtälje är sjukvård och omsorg organiserad i vårdbolaget 10100 som ägs av kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje.

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) beskrivs som en vårdgivare där ansvar och samordning fungerar väl. Patientens kontaktsjuksköterska samordnar kontakterna inom ASIH och kontaktar även hemtjänstutföraren.

4 Övergripande insikter

4.1 Vård- och omsorgsgivare saknar information *om varandra* för att kunna samverka

Patienter/brukare och närstående har beskrivit att de upplever att det finns brister i samordningen inom och mellan vård och omsorg. Vid intervjuer med vård- och omsorgspersonal framkommer det att när personer vårdas i ordinärt boende känner man inte till vilka "vård- och omsorgsgrannar" som finns runt den enskilde.

Vård- och omsorgspersonal har ingen generell överblick över vilka fler aktörer som har ett engagemang i den enskilde. I regel känner hemsjukvården till om patienten har insatser från hemtjänst, men det är inte självklart att de vet *vilken* hemtjänstutförare den enskilde har.

> Man får ringa och luska. Hittar du nåt papper, faktura, info på kylskåpet, ser en bil med logga... Man får ringa runt, samtidigt är det sekretess.
> *Hemsjukvård*

Hemtjänsten känner inte till om den äldre har hemsjukvård, eller vilken vårdcentral de ska kontakta.

Ambulanspersonal kan inte se vilka insatser patienten har. De vet exempelvis inte om det finns en hemsjukvård eller en ASIH att kontakta.

> Finns inga lokala samverkans-rutiner. Har de kontaktuppgifter till våra samordnare? Vi ger inte heller uppgifter. Inte tydligt hur vi ska ta kontakt med varandra.
> *Hemtjänst*

Det saknas kontaktuppgifter och effektiva kontaktvägar till vård- och omsorgsgivare som har ett pågående engagemang i den enskilde. Det leder bland annat till att brådskande tillstånd blir akuta när hemtjänsten inte kan nå hemsjukvården. Stopp i urinkateter är ett exempel på ett vanligt förekommande tillstånd som leder till akut besök på sjukhus.

> Vi skulle kunna lösa mycket på plats så att patienten inte behöver åka till akuten om vi får information och stöd.
> *Ambulanssjukvård*

4.2 Aktörer saknar information om *den enskilde* för att kunna samverka

Vård- och omsorgspersonal saknar överblick av hälsotillstånd, planer och aktiviteter och ansvar. Det skapar svårigheter att bedöma och upptäcka förändringar samt att samarbeta runt den enskilde.

Information om planer och aktiviteter är utspridd i flera system och övergripande information om den enskildes situation kan vara utmanande att hitta. I de fall det finns en samordnad individuell plan (SIP) har den äldre sällan tillgång till den, vilket försvårar för patienten att vara delaktig i sin vård och omsorg. Enligt rutin för SIP ska ett SIP-protokoll alltid fyllas i och lämnas ut till alla närvarande parter. Detta görs inte alltid och därför kan nog många äldre känna att de inte är delaktiga i planeringen för de har inte fått det protokoll som förts under mötet. SIP-protokollet ska fyllas i av kallande part.

4.2.1 Bedöma förändring av hälsotillstånd

Vårdpersonal som inte känner patienten har behov av att känna till den äldre patientens aktuella *normaltillstånd* för att kunna bedöma i vilken grad en förändring inträffat. Exempelvis behöver ambulanspersonal bedöma om ett tillstånd som inte uppfattas som akut ändå är en förändring som innebär att patienten bör köras till sjukhus. Akutmottagningen behöver samma information – vad har förändrats i tillståndet och som behöver uppmärksammas och undersökas.

Avsaknaden av överblick av hälsotillstånd och planer som respektive vård- och omsorgsgivare har för varje patient gör det svårt att fatta informerade beslut. Det gäller exempelvis behandlingsbegränsningar, tidigare vårdnivå eller att den enskilde vill avsluta sitt liv hemma.

> Hemtjänst ska ringa ASIH om patienten mår dåligt, och vi försöker informera, men når inte fram till alla inom alla hemtjänster. Någon blir orolig och ringer till ambulansen. Ambulansen har inte tillgång till våra journalen och ser inte noll HLR

Korta vårdtider innebär utmaningar för vårdpersonalen på sjukhusavdelning att förstå i vilken grad den äldres tillstånd har förändrats. I planeringsunderlaget till kommunens biståndshandläggare och till vårdgivare inom öppen vård ska de bedöma om förändring av vård- och omsorgsinsatser behövs.

> Vi ser hur patienten är i hemmiljö. Det är information som sjukhuset skulle ha nytta av vid bedömning inför utskrivning. En outnyttjad potential.
> *Ambulanssjukvård*

> Planeringsunderlaget som vi fyller i, frågar efter förändringen. Jag ska bedöma förändringen av en patient jag träffat i ett par timmar, jättesvårt! Omöjligt ibland.
> *Vårdsamordnare*

4.2.2 Vem eller vilka ansvarar för den enskilde just nu?

Det saknas signalsystem som kan förmedla förändringar till vård- och omsorgsgivare med engagemang i patienten. En förändring som många behöver känna till är om den äldre åkt in till sjukhus. Många behöver också känna till om den enskilde skickats hem utan att ha blivit ”utskriven”. Det händer exempelvis när patienter skickas hem från akuten, eller om patienten är inskriven i ASIH och tillbringat något eller ett par dygn på sjukhus.

> Vi vet inte alltid vad som hänt om någon inte är hemma. Har vi missat i planeringen? Kontaktar anhörig. Sedan ringer vi sjukhusen. Avvaktar. Sedan kontaktar vi polisen, beroende på situation.
> *Hemtjänst*

Vård- och omsorgsgivare lägger tid på att säkerställa att den enskilde är i säkerhet eller på ”bom-körningar” (att personal åker på planerat besök till den äldre som inte är hemma).

En stor patientsäkerhetsrisk uppstår när vård- och omsorgsgivare i ordinärt boendet inte uppfattat att den enskilde lämnat sjukhuset.

> När de skickas hem från akuten får vi sällan information att de åker hem igen. Man får gå dit flera gånger och kolla om de är hemma.
> *Hemtjänst*

4.3 Förutsättningar saknas för den enskilde att delta i planering och utförande av vård och omsorg

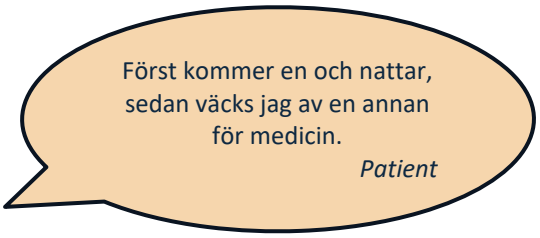
Att den enskilde ges möjlighet att medverka i planeringen och utförandet av vård och omsorg påverkar den enskildes livskvalitet och är en förutsättning för god patientsäkerhet.

Den äldre och deras närstående upplever att det ofta saknas en plan för hur de ska klara de första dagarna hemma efter en sjukhusvistelse. De saknar också en plan för den fortsatta vården och omsorgen i det egna boendet. I de fall det finns en plan är den ofta inte tillgänglig för dem, de kan inte själva ta del av den i exempelvis *Lifecare SP*. Det finns stora variationer i om, när och hur en SIP upprättas och uppdateras, och det är inte

> Saknade stöd efter utskrivningen, information och förståelse för mitt hälsotillstånd och de olika medicinerna. Kommunikationen sviker och är framför allt muntlig, de hör inte av sig, ingen som har koll på vad som ska hända.
> *Patient*

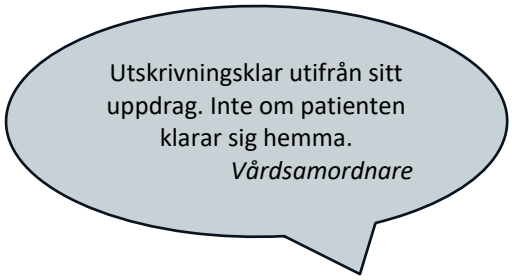
självklart att planeringen görs tillsammans med den äldre.

Brister i samverkan och i koordinering av insatser mellan hemsjukvård och hemtjänst innebär risker för den enskilde eller att närstående får ta ett stort ansvar för att insatserna inte motverkar varandra.



4.4 Variation i bedömning av ”utskrivningsklar”

Vårdgivare saknar gemensam kunskap och förståelse för vilka uppdrag och förutsättningar olika vård- och omsorgsgivare har. Patienter och närstående upplever förvirring kring ansvarsfördelning vid utskrivning, och måste ofta själva agera.



En patient är ”utskrivningsklar” när den inte längre är i behov av slutenvård. ”Utskrivningsklar” tolkas olika beroende på avdelning, kompetens och situation. Ofta tolkas begreppet som ”utskrivningsklar från avdelningen”. Felaktiga uppfattningar om vilken vård och rehabilitering som kan ges på korttidsboende bidrar till att patienter skrivs ut utan att deras behov av vård och rehabilitering faktiskt är tillgodosedda. Om den enskildes omvårdnadsbehov inte blivit uppmärksammade eller tillgodosedda kan det innebära att den enskilde inom ett par dagar från hemkomsten även försämrats medicinskt på grund av en ohållbar hemsituation. I de fall den enskilde själv kontaktar 112 kan det resultera i en ”icke tveksam bedömning av återtransport till sjukhus”.

Begreppet ”utskrivningsklar” behöver kopplas närmare till patientens förändrade hälsotillstånd och till mottagande parters uppdrag och förmåga att hantera patientens vård- och omsorgsbehov.

Patienter som registrerats som ”utskrivningsklara” i *LifeCare SP* kan hastigt flyttas över till geriatrisk klinik utan att *LifeCare SP* uppdateras. Hemsjukvård och hemtjänst kan då planera att inleda sina insatser hos patienten/brukaren trots att denne inte lämnat slutenvården.

I förekommande fall ska SIP genomföras när den enskilda är åter i sitt boende utom i de fall det föreligger ”komplexa/omfattande behov av insatser från båda huvudmännen som behöver samordnas innan utskrivning.” [9] Variationer i bedömningar av när en patient är utskrivningsklar innebär också variationer i bedömningar av i vilka fall en inledande SIP ska göras.

4.5 Variation i förberedelser för hemgång

Journalmallar med checklistor finns i en del fall på sjukhusen som ska bidra till ett mer systematiskt arbete i utskrivningsprocessen. Olika sjukhus har olika mallar, vilket skapar variation i vilka förberedelser som görs. Det leder i sin tur till en variation som måste hanteras på mottagandesidan. Vårdgivare på mottagandesidan kan dessutom kräva olika förfaranden av slutenvården, vilket skapar förvirring hos enskilda medarbetare. Det leder till en variation som måste hanteras inom slutenvården.

> Information i planeringsunderlaget kan vara alltför ospecificerad. Risken är att man tar med sig fel saker eller gör onödiga besök. Det är inte bara att kvista förbi rummet och kolla som på avdelning. Tid läggs på att vara detektiv, att leta i journalanteckningar eller läsa mellan raderna.
> *Hemsjukvård*

> Vore jättebra med checklista, nu är det mycket tyckande. Många inblandade och personal byts tre gånger per dag.
> *Vårdsamordnare*

Sjukhusets vårdpersonal kan inte alltid följa vad som är genomfört i checklistan, vilket innebär svårigheter att säkerställa att alla aktiviteter gjorts klara.

Bristande rutiner, skilda uppfattningar vad som ingår i sjukhusets uppdrag samt okunskap om mottagande vård- och omsorgsgivares uppdrag och förmåga innebär risker bland annat för läkemedelshanteringen. Exempel är att recept inte finns utfärdade och att nödvändiga läkemedel och hjälpmedel inte finns medskickade från sjukhuset.

Det saknas kunskap om att ADL-bedömning[3] måste vara gjord för att kommunen ska kunna fatta beslut om hemtjänst. Även om kommun och hemtjänst agerar skyndsamt krävs viss hanterings- och inställelsetid.

> Vissa vårdsamordnare förstår precis vad vi behöver.
> *Chef äldreomsorg*

För att minska variationen behöver rutiner och checklistor ensas och stöd införas för vårdpersonalen på sjukhus så att de kan följa upp checklistans aktiviteter.

4.6 Utskrivningsprocessen missar patienter

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (LUS) omfattar inte patienter som behandlas på akutmottagning eller i poliklinisk vård, trots att patientens hälsotillstånd

[3] ADL står för ”aktiviteter i det dagliga livet” och är en bedömning av en persons funktionsförmåga och behov av hjälp med olika aktiviteter.

kan ha förändrats så att insatser från öppenvård och omsorg behöver inledas eller utökas.

4.7 Utmaningar med korta vårdtider

När medelvårdtiden sjunker behöver människorna i processen kunna agera snabbare. Snabbare processer ställer ökade krav på tydlighet, systematiskt arbete, kommunikation och informationsdelning. Personal från sjukhus, vårdcentral, primärvårdsrehabilitering, biståndshandläggning och hemtjänst beskriver i intervjuerna att regelverk, kunskap, rutiner och systemstöd inte motsvarar behoven för att genomföra processerna i snabb takt.

> Korta förberedelser, kanske inte ens en dag. Snabba ryck.
> *Hemtjänst*

> Kommunerna har svårt med våra snabba ryck.
> *Vårdsamordnare*

Patienterna upplever att de inte hinner förbereda sig för hemgången, och det behövs metoder för att förbereda dem bättre och minska deras osäkerhet.

> Fick plötsligt reda på att jag skulle skrivas ut, jag sa 'jag är i behov av hjälp!' De såg inte helheten, alla fokuserade på olika saker, rehab sa att jag skulle träna på att gå, men jag kunde ju knappt andas…
> *Patient*

4.8 Enhetliga rutiner saknas generellt

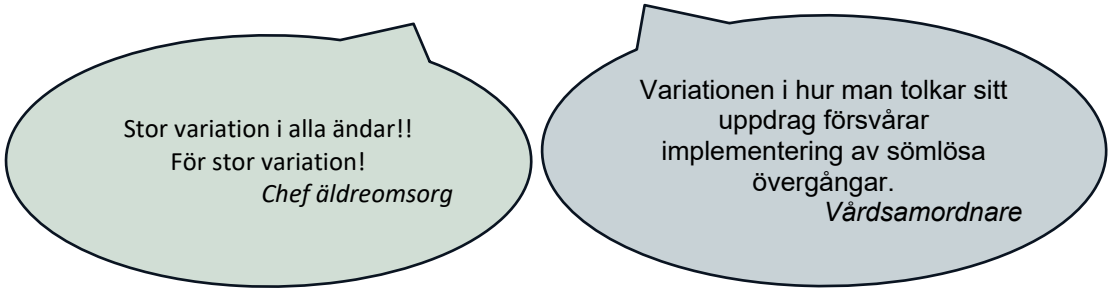
Det saknas generellt enhetliga rutiner. LifeCare SP används i varierad utsträckning och SIP genomförs på olika sätt.

Sjukhus gör generellt olika, en del skickar remiss via *Take Care*, och en del skickar information via *LifeCare SP.* Vissa sjukhus skickar hem patienter utan att kommunicera med någon mottagande part. Flera missar att meddela ASIH när patienter skickas hem.

Kunskapen om SIP och *LifeCare SP* varierar mellan vårdcentraler, vilket innebär att det är stor variation i hur planeringen genomförs och vilka parter som deltar vid ett SIP-möte.

Kommuner har organiserat trygg- och omsorgsverksamhet på olika sätt och har olika arbetssätt. Det innebär att sjukhus som behöver samverka med flera kommuner också behöver anpassa sig till många olika arbetssätt.

Sammantaget innebär mängden variationer utmaningar för patientsäkerheten och för effektiviteten inom vård och omsorg. Rutiner, arbetssätt och kommunikationsvägar vid utskrivning och hemgång behöver standardiseras i högre grad så att processerna blir mer förutsägbara för de vård- och omsorgsgivare som är involverade i övergångarna mellan specialiserad vård och vård och omsorg i ordinärt boende.



5 Analys och diskussion

I det här kapitlet tolkas och analyseras resultaten utifrån ett system- och flödesperspektiv.

5.1 Övergångar mellan verksamheter med olika förutsättningar

Vårdprocesser är komplexa och påverkar människors hälsa. När flera vård- och omsorgsgivare ska samordna sig i ett flöde blir det extra viktigt med tydlighet, standardiserade processer, gemensamma begrepp, kommunikation och informationsdelning. I övergångarna är det väsentligt att det finns utsedda samordnare som ansvarar för att hålla ihop processen hos den överlämnande respektive den mottagande parten. I övergångar mellan specialiserad vård och vård och omsorg i ordinärt boende är det än mer viktigt med standardiserade processer och samordnare då antalet vård- och omsorgsgivare, och möjliga kombinationer av dessa, som ska samverka är mycket stort.

I nuläget saknas standardiserade processer för övergångarna, och på mottagarsidan saknas samordnare som samordnar de aktörer som ska ta emot en utskriven patient.

Övergångar mellan specialiserad vård och vård och omsorg i ordinärt boende är en övergång mellan två verksamheter med mycket olika förutsättningar för att ta ett helhetsansvar för den vård och omsorg som utförs.

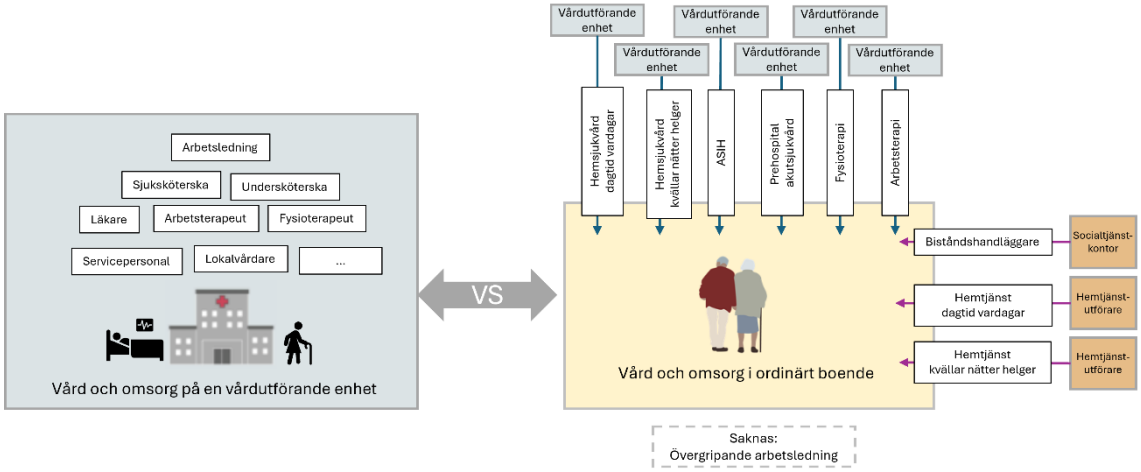


Bild 12: Olika förutsättningar för helhetsansvar för vård och omsorg.

Sjukhus är komplexa organisationer med många uppdrag och många medarbetare, men är organiserade i vårdutförande verksamheter som kliniker och avdelningar. Inom en vårdutförande verksamhet finns förutsättningar i form av arbetsledning, kommunikation och informationsdelning för att samordna sig i enhetliga rutiner. Vård och omsorg i ordinärt boende är en långt mer fragmenterad verksamhet bestående av

många vård- och omsorgsgivare med olika uppdrag och som också tillhör olika organisationer. Ingen av dem har en roll av arbetsledare eller samordnare av de aktiviteter som ska genomföras och som totalt sett ska tillgodose den enskildes behov av vård och omsorg.

För att lyckas med själva övergången mellan två parter behöver såväl överlämnande part som mottagande part ha förmåga att planera och samordna övergången. Inom vård och omsorg i det ordinära boendet behöver roller, processer och samordning utvecklas så att verksamheten blir mer säker, effektiv och anpassad till den enskildes behov.

5.2 Etablera en hemgångsprocess

Effektivare och skonsammare behandlingsmetoder innebär inte endast att medelvårdtider inom sluten vård minskar, det innebär också att fler behandlingar kan göras inom öppenvård eller poliklinisk vård. Den demografiska utvecklingen talar i så fall för att fler äldre kommer behandlas inom öppenvård eller poliklinisk vård där man kan behöva bedöma om behandlingen innebär en förändring i deras behov av vård och omsorg i det egna boendet.

Patientens behov och risker behöver vara i fokus vid hemgång, oavsett om en behandling eller åtgärd skett inom sluten eller öppen vård. Även att det ordinära boendet är ”mottagningsklart” och att vård- och omsorgspersonal är ”mottagningsklara” behöver få ett större fokus, inte minst för att uppnå en patientsäker och personcentrerad vård och omsorg i det egna boendet.

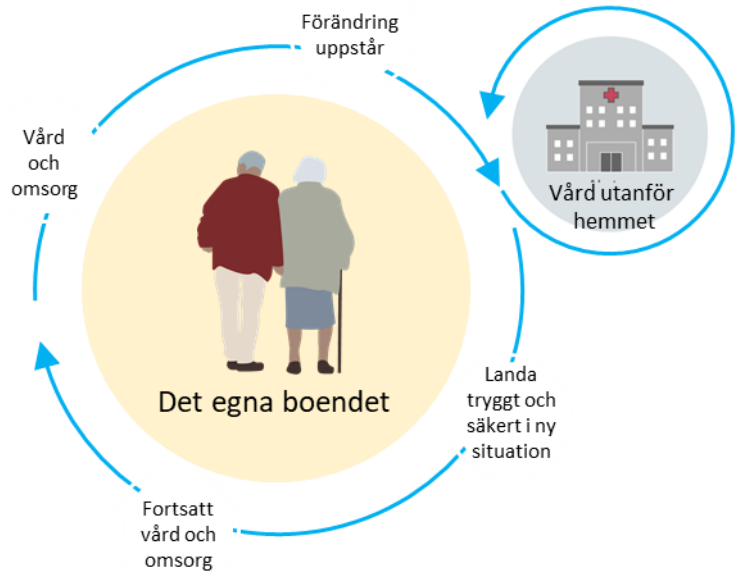


Bild 13: Hemgångsprocess

Genom att vidga perspektivet med en ”hemgångsprocess” omfattas även patienter som går hem från en akutmottagning eller från vissa behandlingar inom öppenvård av

samma rutiner och arbetssätt som de patienter som varit inskrivna i slutenvård. Utskrivningsprocessen blir en delmängd av hemgångsprocessen. Själva begreppet *hemgång* signalerar också ett större fokus på att patienten ska landa trygg och säkert i hemmet.

6 Slutsatser och rekommendationer

6.1 Åtgärdsförslag

6.1.1 Utveckla ett ”Hemgångsstöd” - för enhetliga bedömningar och planeringsunderlag

Hemgångsstödet - ett kunskaps- och processtöd för att säkerställa en trygg och säker hemgång för patienter efter vård på sjukhus. Hemgångsstödet är till för personalen på sjukhuset som behöver stöd i att bedöma om patienten är klar för hemgång, vad sjukhuset behöver göra för en säker första tid i hemmet samt för att ta fram enhetliga och ändamålsenliga planeringsunderlag för hemsjukvården, primärvårdsrehabilitering och biståndshandläggare. Hemgångsstödet ska kunna användas i andra situationer när patienter går hem efter besök på sjukhuset, till exempel från akutmottagning.

Idén är att sammanställa befintliga rutiner och kunskap i ett gemensamt kunskaps- och processtöd som ersätter de lokala journalmallarna på sjukhusen. Det är kunskapen och erfarenheter från både sjukhusen, hemsjukvården, primärvårdsrehabiliteringen och den kommunala omsorgen som utgör grunden för stödet. Gemensamma stöd och processer är en förutsättning för att vård- och omsorgskedjan ska uppfattas och fungera sammanhållet för patienter *och* medarbetare.

Begreppet ”utskrivningsklar” har olika betydelser och bedöms på olika sätt, vilket innebär en risk för patienten. Ett kunskapsstöd kan bidra till att bedömningar blir mer enhetliga och kopplas till patientens förändrade vård- och omsorgsbehov. Det ska också säkerställa att mottagande verksamheter har uppdrag och förutsättningar att omhänderta de tillstånd och behov hos patienter som skrivs ut. Det torde minska risken för en ostrukturerad förskjutning av vård.

Ett kunskapsstöd kan bidra till att identifiera de patienter som behöver en inledande SIP på sjukhus.

Det finns rutiner för hur sjukhusen ska förse patienterna med läkemedel och nödvändiga hjälpmedel, men de tillämpas i olika grad. Ett kunskaps- och processtöd kan bidra till att rutiner tillämpas tillräckligt enhetligt för att den enskildes första dagar efter hemgången ska vara trygga och säkra.

Det är viktigt att kommunens biståndsbedömare får rätt information i rätt tid så de kan fatta rätt beslut om insatser. Idag är det vårdsamordnare, utskrivningsteam och sjuksköterskor inom geriatriken som har kompetensen att förse dessa med rätt information. Med ett kunskapsstöd kan informationsinhämtningen systematiseras och förenklas så att fler personer kan förse kommunen med rätt information.

Många steg ska utföras under planeringen och under förberedelser inför hemgång. Idag har vårdens medarbetare svårt att ha överblick över vilka aktiviteter som har genomförts och vilka som kvarstår. De behöver ett stöd som underlättar att få överblick och säkerställa att alla aktiviteter är genomförda och att de fått bekräftelse från mottagande parter att allt är klart för hemgång.

Utvecklingen av ett kunskapsstöd behöver vara kontextbaserad, det vill säga kunskapsstödet behöver vara tillgängligt i de verksamhetssystem som medarbetarna använder i sitt arbetsflöde. Utvecklingen bör stödja att dubbeldokumentation undviks. Att flytta data manuellt mellan system är både tidskrävande och ökar risken för misstag och att informationsöverföringen fördröjs.

För att ett kunskapsstöd, som hemgångsstödet, vara användbart över tid behövs en aktiv och stödjande innehållsförvaltning, liksom den för *Hänvisningsstödet*, som samverkar med systemförvaltningen. Innehållsförvaltningens uppgift är att löpande revidera innehållet för att vara aktuellt och relevant, samverka med beställarprocessen i syfte att bidra till att hemgångsstödet (rutiner och arbetssätt) och vårdavtal harmoniserar, samt stödja de operativa verksamheterna i implementering och dess samverkan i vård- och omsorgskedjan.

- Projektet rekommenderar att en idébeskrivning för att utveckla ett Hemgångsstöd tas fram.

6.1.2 Kontaktuppgifter till vård- och omsorgsgivare med pågående insatser

En förutsättning för samverkan är att man känner till vilka man ska samverka med och hur man kommer i kontakt med dem. Vård- och omsorgspersonal har ingen generell överblick över vilka fler vård- och omsorgsgivare som har pågående insatser hos patienten och saknar i många fall kontaktuppgifter och effektiva kontaktvägar. Många av de intervjuade verksamheterna har lyft tillgång till aktuella kontaktuppgifter som en viktig förbättringsåtgärd.

En förstudie bör genomföras som kartlägger

- Vilka informationsmängder som behövs
- Om och var informationsmängderna finns skapade idag
- Förutsättningar för att dela informationsmängderna med berörda parter

- Projektet rekommenderar att en uppdragsbeskrivning tas fram för att genomföra förstudien

6.1.3 Information om patientens tillstånd och planer

Avsaknaden av överblick av hälsotillstånd, ”normaltillstånd” och planer som respektive vård- och omsorgsgivare har för patienten gör det svårt att fatta informerade beslut.

Ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem förutsätter fungerande samverkan mellan vårdgivare och mellan vård och omsorg. Det ställer bland annat krav på verktyg som underlättar enhetlig och standardiserad kommunikation. I Region Stockholms

mångfacetterade vårdutbud med många verksamma vårdgivare på flera nivåer där den enskilda patientens vårdförlopp allt oftare fördelas på flera olika vårdgivare är informationskontinuitet extra viktigt för kvalitet, säkerhet och effektivitet.

Syftet med informationskontinuitet är att patienten och vårdgivarna ska uppleva att den information som delas om och med patienten har en ”röd tråd”. Informationen i en vårdplan ska säkerställa att patienten får en samordnad och kvalitativ vård och att behandlingen är anpassad efter patientens individuella behov. Genom att säkerställa att patientens alla vårdkontakter har tillgång till vårdplanen kan dubbelarbete undvikas och risken minskar att de missar viktig information om patienten. För en patient med flera hälsoproblem och med flera vårdkontakter blir det särskilt viktigt att dennes vårdplan är tillgänglig och överskådlig.

Vårdpersonal som inte känner patienten har behov av att känna till den äldre patientens aktuella *normaltillstånd* för att kunna bedöma i vilken grad en förändring inträffat. Ambulanspersonal, akutmottagningar och vårdsamordnare har behov av att i olika situationer bedöma förändring av *normaltillstånd.*

En förstudie bör genomföras som undersöker och beskriv vilka parametrar som beskriver ”normaltillståndet” på ett sätt som är användbart för olika verksamhetsområden som ambulans och akutmottagning.

- Projektet rekommenderar att en uppdragsbeskrivning tas fram för att undersöka parametrar som beskriver ”normaltillstånd”

6.2 Behov av vidare arbete

6.2.1 Vård och omsorg i ordinärt boende

Ett större fokus behöver läggas på att vård- och omsorgsprocesser i det ordinära boendet är säkra, effektiva och utgår från den enskildes behov. Nuvarande förhållanden och förutsättningar behöver belysas och analyseras i förhållande till grundläggande förutsättningar för säker vård.



Bild 14: Grundläggande förutsättningar för en säker vård

För att uppnå potentialen i god och nära vård och omsorg i det ordinära boendet krävs andra förutsättningar än de som finns idag. Den verksamhet som idag ska erbjuda en

sammanhållen vård och omsorg i det egna boendet är splittrad och har stora utmaningar att hantera samordning, koordinering och informationsöverföring.

En god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg som förbättrar befolkningens hälsa kan inte stödjas genom produktionsstyrning av enskilda vård- och givare. Den behöver stödjas genom fokus på den enskildes vård- och omsorgsflöden.

6.2.2 SIP och aktivitetsplanering

SIP är ett viktigt verktyg för den enskildes delaktighet i planering och genomförande av vård och omsorg samt för samordning av insatser. Framtagen statistik visar att SIP inte görs i den utsträckning det bör. En kartläggning och utredning pågår i StorSthlms regi för att bland annat undersöka vilka hinder som finns för att använda SIP och hur de kan undanröjas.

Koordinering av aktiviteter är nödvändig för att uppnå en personcentrerad och säker vård och omsorg, exempelvis för att patienter ska få insulin i samband med måltid, för att de ska få smärtlindring innan mobilisering och för att de inte först ska bli ”nattade” av hemtjänsten för att sedan väckas för att få nattmedicin av hemsjukvård. För att hemsjukvård och hemtjänst ska kunna koordinera sina insatser behövs en gemensam aktivitetsplanering.

- Det bör undersökas hur koordinering av insatser kan underlättas för hemtjänst och hemsjukvård.

Referenser

1. SKR: Nära vård Nära vård | SKR
2. Region Stockholm: Stor ökning av andelen äldre visar ny befolkningsprognos - Nyheter - Region Stockholm
3. Region Stockholm: Befolkningsprognos - Region Stockholm
4. StorSthlm, Region Stockholm: Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län 2024 – 2030 Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län | Storsthlm
5. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm: Rapporten ”Remittering – patientens väg genom vården” Remittering – patientens väg genom vården.pdf | Vårdgivarguiden
6. Socialstyrelsen: Trappan mellan kvarboende och flytt, artikelnr 2007-123-20 Trappan mellan kvarboende och flytt - Förutsättningar för äldre med rörelsehinder att bo kvar hemma
7. Boverket: Äldre personer, allt fler 80+ i befolkningen https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/aldre/ 20250108
8. SKR: Fakta om vårdplatser 2022 Fakta om vårdplatser | SKR
9. StorSthlm: Region Stockholm: Gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård Utskrivning från slutenvård (LUS) | Storsthlm
10. StorSthlm: Samordnad individuell plan (SIP) Samordnad individuell plan (SIP) | Storsthlm
11. Svensk författningssamling: SFS 2019:979 SFS2019-979.pdf
12. StorSthlm: Gemensam rutin för samverkan vid utskrivning från somatisk slutenvård Utskrivning från slutenvård (LUS) | Storsthlm
13. Region Stockholm: Vårdgivarguiden, Avtal: Avtal | Vårdgivarguiden
14. Sveriges riksdag: Hälso- och sjukvårdslagen, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) | Sveriges riksdag
15. Upphandlingsmyndigheten: Upphandlingsstatistik Valfrihetssystem avser oftast hemtjänst | Upphandlingsmyndigheten

Bilaga 1 Begreppslista

ASIH	ASIH är en akronym för Avancerad Sjukvård i Hemmet, en vårdform inom öppen specialiserad vård.
Brukare	(Inom socialtjänst) Person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten. (Socialstyrelsen, Kunskapsstöd och regler). Det kan ibland även benämnas kund. (Attendo, Vardaga, Ersta hemtjänst)
Hemsjukvård	Hemsjukvård kan innehålla medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad som ges i ordinärt boende. I Region Stockholm ges basal hemsjukvård av vårdcentralen. (Kunskapsguiden och 1177.se)
Hemtjänst	Hemtjänst är bistånd i form av serviceinsatser och personlig omvårdnad i hemmet. Den person som behöver insatser från hemtjänsten kan ansöka om detta hos den egna kommunen. En handläggare utreder personens behov av hemtjänst och fattar ett biståndsbeslut om vilken hjälp den sökande har rätt till. (kunskapsguiden.se)
Huvudman	Den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård benämns i hälso- och sjukvårdslagen som huvudman. Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Ett avtal med någon annan om att tillhandahålla viss vård medför alltså inte att huvudmannaskapet för vården övergår till den vårdgivare som anlitats. Det är utförandet av uppgiften som övergår till den andre parten. Det innebär att regionen eller kommunen har kvar ett övergripande ansvar

	för att dess invånare får en god vård. (Kunskapsguiden)
Iterativa metoder	Iterativa metoder eller iterativ designmetod är en process där man arbetar med upprepade cykler (iterationer) av design och utveckling. Varje iteration innebär att man skapar en version av produkten, testar den, samlar feedback och gör förbättringar för att skapa en ny version.
Korttidsboende	Se ”Särskilt boende under kortare tid”
Mest sjuka äldre	65 år eller äldre med omfattande funktionsnedsättningar till följd av åldrande, skada eller sjukdom (Socialstyrelsen, 2011)
Omsorgsgivare	Benämning på myndighet, juridisk person eller enskild näringsidkare inom socialtjänsten som ansvarar för eller utför insatser för äldre personer eller personer med funktionsnedsättning. (Socialstyrelsen, Kunskapsstöd och regler)
Ordinärt boende	Boende i vanliga flerbostadshus, egna hem eller motsvarande. Hit räknas även seniorboende samt trygghetsboende för personer i åldern 70 år och äldre. (Socialstyrelsen, Förklaring av föreskriften, HSLF-FS 2016:86)
Patient	Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård. (Socialstyrelsen, Kunskapsstöd och regler). Det kan ibland även benämnas klient, brukare eller boende, oftast kopplat till verksamhetens organisation och inriktning. (Vårdhandboken, Personcentrerad vård)
Personlig omvårdnad	Personlig omvårdnad är till exempel stöd vid dusch, på- och avklädning och hjälp vid förflyttningar.
Primärvård	Med primärvård avses hälso- och sjukvårds-verksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. (Kunskapsguiden)

Serviceinsatser	Serviceinsatser är till exempel städning, matlagning eller tvätt.
Särskilt boende för äldre	Individuellt behovsprövat boende i form av särskilda boendeformer för service och omvårdnad som kommunerna ska inrätta för äldre människor som behöver särskilt stöd. Innebär boende i mindre lägenhet med tillgång till en larmklocka så att den äldre kan tillkalla hjälp när den behöver. (Socialstyrelsen, Förklaring av föreskriften, HSLF-FS 2016:86 och Kunskapsguiden)
Särskilt boende under kortare tid	Korttidsboende är en tillfällig insats som är en typ av särskilt boende. Den äldre behåller därför sin ordinarie bostad. Korttidsboende erbjuds för rehabilitering, eftervård, avlastning som stöd till anhöriga, diagnostisering, utredning av behov och för vård i livets slutskede. (Kunskapsguiden)
Särskilt boende	Individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. (Socialstyrelsen, Förklaring av föreskriften, HSLF-FS 2016:86)
Utskrivningsklar	En patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. (Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård)
VIA-metoden	Verksamhets- och informationsbehovsanalys (VIA) utgörs av ett antal metodsteg vilka används för att skapa en helhetsbild av en verksamhet. De resultat som tas fram enligt metoden kan användas som underlag för olika syften som verksamhetsutveckling och verksamhetsstyrning, forskningssatsningar, förbättringar av informationsförsörjning och kravställningar av IT-utveckling. (via-metoden.se)
Vårdcentral	Mottagning inom primärvården där det finns läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Kan också kallas för hälsocentral,

	husläkarmottagning. (Kunskapsguiden och 1177.se)
Vårdgivare	Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet eller tandvårdsverksamhet är en vårdgivare. Det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet. En vårdgivare kan till exempel vara en region, en kommun, ett aktiebolag eller en egenföretagare. Några exempel på verksamheter är apotek, sjukhus, tandvårdsmottagningar och vårdcentraler. (Socialstyrelsen, Kunskapsstöd och regler)
Äldre	Personer med en ålder av 65 år till och med 79 år (KI, Svensk MeSH)
Äldre, 80 och över	Personer med en ålder av 80 år och äldre (KI, Svensk MeSH)

Bilaga 2, Utskrivning, vården & omsorgen i hemmet från patientens perspektiv