

Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-1-13
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2017

Förord

I betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) föreslås att Socialstyrelsen ska få ett uppdrag om effektivare utskrivning från slutenvård. Med anledning av detta har regeringen gett Socialstyrelsen ett uppdrag bestående av tre delar. En av dessa delar handlar om att stödja kommuner och landsting i att identifiera lokala problem i övergången mellan slutenvård och öppenvård och omsorg och redovisas i denna rapport. De två övriga delarna, om samordnad individuell planering respektive fast vårdkontakt, redovisas i oktober 2017.

Socialstyrelsens förhoppning är att kartläggningen ska bidra med kunskap som kan stödja beslutsfattare i ett fortsatt lokalt utvecklingsarbete. Även det kommande vägledande materialet om samordnad individuell planering och fast vårdkontakt syftar till att bistå kommuner och landsting och, i förekommande fall, privata vård- och omsorgsgivare i deras lokala arbete med att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg.

Rapporten har skrivits av forskaren Elizabeth Åhsberg. I arbetet har också utredarna Malin Bruce, Niklas Bjurström, Ann-Christin Sultan och Inger Lundqvist, juristerna Sayran Khayati och Mathias Wallin, samt de vetenskapliga råden Ingegerd Fagerberg och Ingela Skärsäter, deltagit. Ansvarig enhetschef har varit Anders Fejer.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	5
Summary	6
Inledning	7
Om betalningsansvarslagen.....	7
Utskrivningsklara patienter	8
Om uppdraget	9
Genomförande	9
Statistik.....	9
Lokala förhållanden	9
Kartläggning av överenskommelser	10
Litteratursökning	10
Patientperspektiv	11
Resultat.....	11
Utskrivningsklara per län	11
Övergripande om lokala förhållanden	15
Län där betalningsansvar ofta inträtt	16
Län där betalningsansvar sällan inträtt	18
Sammanfattad rapportering från nio län	20
Överenskommelser om samverkan.....	21
Vetenskapliga studier om utskrivning	23
Röster från patienter.....	23
Diskussion	25
Identifierade svårigheter	25
Exempel på andra arbetssätt	26
Konsekvenser	27
Slutord	28
Referenser.....	29
Bilaga 1. Enkätfrågor	33
Bilaga 2. Dokumentation av informationssökning	36
Bilaga 3. Projektorganisation	38

Sammanfattning

Långa väntetider på sjukhus för utskrivningsklara patienter över 65 år har lyfts fram som ett problem i betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SOU 2015:20 s.17). Syftet med det uppdrag som redovisas här var att stödja kommuner och landsting i att identifiera lokala problem i övergången mellan slutenvård och öppen vård och omsorg.

För att försöka stödja huvudmännen har kontakter etablerats med samtliga län, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Samtal med representanter för kommuner och landsting har genomförts i ett urval på nio län, för att diskutera lokala förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg av utskrivningsklara personer som har fortsatta behov av vård och omsorg. Nya uppgifter om patienter som skrivits ut från sjukhus har hämtats från nationella register, bland annat från patientregistret. En systematisk litteratursökning och en kartläggning av överenskommelser om samverkan har genomförts. Dessutom har patienters rapporterade upplevelser i Webbkollen granskats.

Totalt skrevs 1 121 823 personer ut från sjukhus år 2014 i Sverige. Av samtliga utskrivna fick 334 420 personer fortsatt hälso- och sjukvård av kommuner, medan 221 221 personer fick omsorgsinsatser. Bland dessa utskrivna med fortsatta behov fick 53 763 personer både vård och omsorg. Av dessa sköra personer, varav flertalet var kvinnor 80 år eller äldre, återinskrivs 48 procent på sjukhus inom 30 dagar.

Samtliga nio län rapporterade en rad svårigheter, men berättade också om en rad arbetsätt som initierats för att främja en sammanhållen vård och omsorg. Bland de *svårigheter* som rapporterades framstår särskilt problem med informationsöverföring mellan huvudmännen och primärvårdens bristande delaktighet som väsentliga systemhinder. Det minskade antalet platser på sjukhus, korttidsboenden och särskilda boenden, liksom rekryteringssvårigheter av personal med relevant utbildning, rapporterades som väsentliga svårigheter. *Arbetsätt* som initierats i flera län var kontinuerlig uppföljning av antalet utskrivningsklara, prioriterad samverkan, omfattande initial hemtjänst och gemensamt finansierade mellanvårdsformer. Det rapporterades även om exempel på gemensamt dokumentationssystem för båda huvudmännen.

Den vetenskapliga litteraturen visar motsägelsefulla resultat avseende effekter av enskilda åtgärder vid utskrivning. Däremot visar litteraturen att *en kombination av åtgärder* som sätts in före utskrivning, och som följs upp efter utskrivning, kan minska antalet återinskrivningar.

I samtliga län pågår ett kontinuerligt utvecklingsarbete för en sammanhållen vård av personer med omfattande behov. Givet de likartade svårigheter som beskrivits, och under förutsättning att arbetsätten är

förenliga med gällande lagstiftning, skulle flera av dem med fördel kunna spridas över länsgränser.

Summary

Discharge from hospital - A survey of transition to outpatient care

The purpose of this study was to support Swedish care authorities in identifying local problems in the transition between inpatient and outpatient care.

Method. Contacts were established with all 21 counties, through the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL). Interviews about conditions regarding transition from hospital to outpatient care (at home or in nursing home) were conducted with local authorities (both county councils and municipals) in a sample of nine counties. Data of discharged patients have been achieved from national registers, and a systematic literature search in scientific databases has been performed.

Results. A total of 1 121 823 persons were discharged from Swedish hospitals in 2014. Of all discharged patients had 334 420 continuing need of medical care and 221 221 continuing need of social care. Among these did 53 763 persons need both medical and social care. Of these frail persons (primarily females 80 years or older) were 48% readmitted to hospital within 30 days.

All nine counties reported both several difficulties and several adapted working methods initiated to promote a coherent health care. The main *difficulties* were: decreasing number of beds in hospitals and nursing homes, lack of staff with proper education, problems in transfer of information between caregivers. Examples of adapted *working methods* were: local follow-up of patient data and focus on cooperation, extensive initial home care after discharge, and outpatient care organized by both municipalities and county councils. In addition, there was an example of common documentation system for both county councils and municipalities.

The scientific literature showed contradictory results about the effects of single interventions at discharge. However, the number of readmissions can be reduced by *combining several interventions* before discharge and followup after discharge. No consistent effects of on patients' perceived quality of life, well-being or satisfaction were reported in the literature.

Conclusion. Overall, both difficulties and new working methods have been identified locally. Given the similarity of the difficulties described, adapted working methods could be applied across counties.

Inledning

Landsting och kommuner har enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvården i Sverige, medan kommunerna ansvarar för den omsorg som ska bedrivas enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, vilket inkluderar äldreomsorg [1]. I denna rapport förkortas ibland kommunal hälso- och sjukvård med kommunal vård, medan uttrycket vård och omsorg refererar till vad som utförs, oberoende av huvudman eller utförare.

Ädelreformen, som genomfördes 1992, innebar främst att kommuner fick ett samlat ansvar för vård och omsorg för äldre (prop. 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.). Före reformen upptogs många platser på sjukhus av patienter som var färdigbehandlade i väntan på annan vård och omsorg utanför sjukhus. Ett sätt att komma tillrätta med detta var att införa ett kommunalt betalningsansvar för färdigbehandlade patienter genom lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen).

År 2003 genomfördes ändringar i betalningsansvarslagen som bland annat innebar att kommunens betalningsansvar för utskrivningsklara patienter knöts till ett krav på att en vårdplan ska upprättas. Termen ”medicinskt färdigbehandlad” ersattes med ”utskrivningsklar” (prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet). Med anledning av lagändringen reviderades även Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Om betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen innebär ett kommunalt betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk sjukvård och psykiatrisk sjukvård, som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan har upprättats. Genom en process i flera steg ska den behandlande läkaren initiera en vårdplanering för den patient som efter utskrivningen bedöms behöva insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatri eller annan öppenvård. Kommunen inträder som betalningsansvarig dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. Betalningsansvaret inträder tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen för en patient i den somatiska akutsjukvården eller geriatriska vården. Motsvarande tidsfrist för betalningsansvaret i den psykiatriska vården är 30 dagar.

Utredningen om betalningsansvarslagen har i sitt betänkande *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20) föreslagit att betalningsansvarslagen ska upphävas och ersättas med en ny lag, lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus. Utredningen menar att betalningsansvarslagen inte ger tillräckliga incitament för kortare väntetider och att vårdplaneringsprocessen inte är anpassad efter de arbetsätt och behov som finns idag (SOU 2015:20 s. 19).

Utskrivningsklara patienter

Utskrivningsklara patienter som har fortsatta behov av vård och/eller omsorg är ofta äldre personer [2]. Många behöver en plats på särskilt boende (SOU 2015:20 s.80) medan andra kan skrivas ut till sitt ordinära boende, under förutsättning att primärvård och kommuner kan erbjuda den vård och omsorg som behövs.

Det totala antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus har tidigare visats vara 1 100–1 300 en viss mättdag (mätningar 2004 och 2007) i Sverige. Dessa uppgifter rapporterades från samtliga avdelningar inom den somatiska slutenvården till Socialstyrelsen [3]. Senare undersökningar har visat att under ett år (oktober 2014– september 2015) var antalet utskrivningsklara dagar på sjukhus 111 per 1 000 invånare. Resultaten varierade från 55 till 207 dagar för olika län. Dessa uppgifter rapporteras från landstingen varje månad och gäller enbart personer som är 65 år eller äldre [4].

Ytterligare uppgifter visar att patienter under 2015 fått vänta i genomsnitt fyra dagar på sjukhus efter ett beslut om utskrivning (4,2 dagar, medelvärde på riksnivå). Det innebär att kommunerna i genomsnitt tagit emot utskrivna patienter inom de fem dagar som regleras i betalningsansvarslagen. Det fanns dock en variation mellan länen, från 2,4 till 7,6 dagar. Sex län hade inte klarat den tidsfrist som betalningsansvarslagen anger (Tabell 1) [2].

Vid tillsyn av vårdplaneringar för äldre personer har det framgått att betalningsansvaret uppmärksammats mer än den individuella planeringen av vård och omsorg [5].

Tabell 1. Antal dagar i genomsnitt som utskrivningsklara personer väntat på sjukhus år 2014 jämfört med 2015 (januari t.o.m. september), skillnad i antal dagar mellan år, samt andel (%) personer 65 år eller äldre i befolkningen 2015, per län och i riket.

Län	2015	2014	Skillnad	% äldre
Stockholm	3,9	3,9	0	16
Uppsala	7,6	6,9	0,7	19
Sörmland	6,3	6,1	0,2	22
Östergötland	6,1	5,5	0,6	20
Jönköping	4,1	4,1	0	21
Kronoberg*	2,4	2,3	0,1	21
Kalmar	2,5	2,7	-0,2	25
Gotland	5,5	6,6	-1,1	24
Blekinge	2,9	3,0	-0,1	24
Skåne	4,0	3,9	0,2	20
Halland	4,3	4,1	0,2	22
Västra Götaland	3,7	3,5	0,2	19
Värmland	4,5	4,6	-0,1	24
Örebro	7,0	7,2	-0,2	21
Västmanland	4,4	4,5	-0,1	22
Dalarna	4,1	4,9	-0,8	24
Gävleborg	3,4	3,6	-0,2	24

Västernorrland	3,4	4,5	-1,1	24
Jämtland	3,6	3,8	-0,2	23
Västerbotten	4,1	5,4	-1,2	21
Norbotten	5,3	5,2	0,1	23
Riket	4,2	4,1	0,1	19

Källor: Öppna jämförelser [2], SCB [6], *uppgift erhöles efter publicering via Kvalitetsportalen.se.

Om uppdraget

Utredningen om betalningsansvarslagen föreslog bland annat flera uppdrag till Socialstyrelsen (SOU 2015:20 s. 268 f). I regleringsbrevet för år 2016 (S2015/08135/RS) gavs därefter ett uppdrag om *Effektivare utskrivning från slutenvård*. Uppdraget består av tre delar och den del som syftar till att stödja kommuner och landsting med att identifiera lokala så kallade flaskhalsar i övergången mellan slutenvård och öppen vård och omsorg redovisas i denna rapport. De två övriga delarna, om samordnad individuell planering respektive fast vårdkontakt, ska redovisas i oktober 2017.

Genomförande

Statistik

För att närmare beskriva vilka personer som skrivits ut från sjukhus har uppgifter hämtats från

- Patientregistret
- Registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser
- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

För att identifiera vilka personer som både skrivits ut från sjukhus och fått fortsatt vård och omsorg samkördes uppgifter från dessa register. Därefter hämtades uppgifter från patientregistret om återinskrivning för detta urval av personer. Uppgifterna avser år 2014, det senaste år för vilket det fanns fullständiga uppgifter vid tiden för registerutdrag.

Ingen avgränsning har gjorts när det gäller ålder, men personer som vårdats enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, är inte inkluderade. Inga uppgifter för primärvård fanns tillgängliga i nationella register.

Lokala förhållanden

För att identifiera lokala förhållanden om ledtider mellan slutenvård och öppen vård eller omsorg etablerades kontakt med 57 representanter för kommuner, landsting och regioner via SKL. Dessa representanter ingick i ett nationellt nätverk för överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en sammanhållen vård och omsorg. Samtliga län i Sverige var representerade.

Socialstyrelsen fick möjlighet att delta dels i det virtuella samverkansforum som SKL arrangerat, dels i två fysiska träffar med dessa personer, då diskussioner och erfarenhetsutbyte genomfördes.

Efter en inledande enkät med sex frågor (se bilaga 1) till deltagarna i SKL:s nätverk genomfördes på Socialstyrelsens initiativ tio lokala möten i nio län. Urvalet av län baserades på uppgifter i Öppna jämförelser (Tabell 1), där de län som i genomsnitt under 2015 överskred fem utskrivningsklara dagar på sjukhus, respektive understeg tre, valdes ut. Vid besöken deltog minst en representant för landstinget, en representant för någon av länets kommuner samt en representant för Socialstyrelsen. Vid några tillfällen deltog ytterligare personer. Ett samtal fördes runt tre frågor: (1) *Varför finns utskrivningsklara personer kvar på sjukhus mer än fem (alternativt mindre än tre) dagar i medeltal per år?* (2) *Ser det likadant ut i år?* (3) *Är det skillnad på hur olika kommuner i länet tar emot personer från sjukhus?* Dessutom genomfördes ett liknande besök i den kommun som hade flest utskrivningsklara dagar på sjukhus i landet (enligt Kvalitetsportalen.se, som är källan till uppgifterna i Öppna jämförelser [2]).

Kartläggning av överenskommelser

Innehållet i samtliga överenskommelser mellan landsting och kommuner, eller gemensamma rutiner kring samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, har granskats. Dessa övergripande rutiner är aktuella då patienter är utskrivningsklara. Granskningar har gjorts med avseende på:

- namn på styrdokument, dess beslutsnivå och övriga relevanta dokument på webbplatsen
- datum och senaste revidering
- huruvida hänvisning görs till SOSFS 2005:27
- huruvida mål för samverkan vid in- och utskrivning på sjukhus beskrivs
- huruvida patientens integritet, samtycke och sekretess beskrivs
- huruvida vårdplanering och samordnad individuell vårdplanering beskrivs
- huruvida det finns information som vänder sig till patienter, anhöriga, kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänst.

Litteratursökning

För att identifiera vetenskaplig litteratur om effekter av olika åtgärder vid utskrivning från sjukhus genomfördes en systematisk litteratursökning (Bilaga 2). Av 351 systematiska översikter på engelska bedömdes 77 vara relevanta för uppdraget och granskades närmare avseende vilka resultat som redovisades.

Eftersom syftet här inte var att göra någon metaanalys gjordes ingen granskning av tillförlitligheten per översikt eller analys av sammanvägd evidensstyrka.

I dessa 77 internationellt publicerade översikter redovisades resultat från fem enskilda svenska originalstudier.

Patientperspektiv

Trots att litteratursökningen gjordes för att få en bild av den kunskap som finns om effekter av åtgärder vid utskrivning, granskades resultaten även med avseende på huruvida upplevelser hos patienter och anhöriga i samband med utskrivning hade redovisats. I åtta översikter presenterades resultat för upplevd livskvalitet, välbefinnande och nöjdhet.

Vidare granskades de uppgifter som redovisas i Webbkollen, som administreras av SKL (www.webbkollen.com). Vård- och omsorgspersonal har i 14 län intervjuat patienter (>65 år) om hur de upplevt den vård eller omsorg de fått på sjukhus, vårdcentral eller i en kommun. Frågan om upplevd trygghet (*Känner du dig trygg i dina vård- och omsorgskontakter?*) redovisas här för år 2015, det år för vilket det för närvarande finns uppgifter från samtliga vårdformer.

Uppdraget diskuterades även med Socialstyrelsens Äldreråd, där representanter för organisationerna Pensionärernas Riksorganisation (PRO), SPF seniorerna, Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF), Riksförbundet Pensionärsgemenskap (RPG) och Svenska KommunalPensionärs Förbund (SKPF) deltar.

Resultat

Utskrivningsklara per län

Det totala antalet utskrivningsklara personer med fortsatt behov av vård och omsorg har tidigare redovisats per mättag [3, 4] eller antal dagar per 1 000 invånare som personer fått vänta på sjukhus [2]. De senare uppgifterna gäller dock enbart för dem som är 65 år eller äldre.

Via Socialstyrelsens register erhöles uppgifter om samtliga patienter som skrivits ut från sjukhus under år 2014 och därefter fått kommunal hälso- och sjukvård eller omsorg från socialtjänsten. De enda patienter som inte inkluderades var de som vårdats inom rättspsykiatrin. Totalt skrevs 1 121 823 personer ut från sjukhus i Sverige under 2014, varav 51 procent var kvinnor och 44 procent var 65 år eller äldre. Majoriteten (cirka 93 %) hade vårdats inom den somatiska vården, medan cirka 7 procent hade vårdats på en psykiatrisk klinik. Andelen utskrivna av totalbefolkningen varierade mellan 10 och 14 procent per län.

Av samtliga utskrivna personer under 2014 fick knappt 30 procent (334 420 personer) fortsatt kommunal hälso- och sjukvård, medan knappt 20 procent (221 221 personer) fick insatser från socialtjänsten (Tabell 2). Uppgifterna för kommunal hälso- och sjukvård är underskattade för Stockholms län eftersom den kommunala vården enbart rapporteras från särskilda boenden (med undantag av Norrtälje kommun).

Tabell 2. Totalt antal personer utskrivna från sjukhus, antal personer som därefter fått kommunal hälso- och sjukvård eller omsorg, per län och i riket under år 2014.

Län	Utskrivna	Kommunal vård	Kommunal omsorg
-----	-----------	---------------	-----------------

Stockholm	246 361	*24 426	47 506
Uppsala	34 680	11 236	5 794
Sörmland	31 594	9 135	6 043
Östergötland	47 497	14 109	9 112
Jönköping	44 655	18 780	9 089
Kronoberg	21 530	8 968	4 190
Kalmar	32 553	15 781	6 608
Gotland	7 851	2 112	1 433
Blekinge	18 413	8 731	3 975
Skåne	143 604	57 259	29 417
Halland	35 703	10 653	6 707
Västra Götaland	183 696	53 664	36 169
Värmland	33 152	16 231	7 201
Örebro	31 465	12 976	6 200
Västmanland	30 054	9 220	5 514
Dalarna	35 744	12 261	7 715
Gävleborg	33 979	8 419	6 949
Västernorrland	29 862	10 493	5 822
Jämtland	15 268	5 797	3 196
Västerbotten	32 915	10 169	5 820
Norrbottnen	31 247	14 000	6 761
Riket	1 121 823	334 420	221 221

Källor: Patientregistret, Registret över kommunala hälso- och sjukvårds insatser, Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Patienter från rättspsykiatri, liksom primärvårdsdata, är inte inkluderade. *Från Stockholm län rapporteras endast kommunal hälso- och sjukvård som bedrivs på särskilda boenden, eftersom hemsjukvård i ordinärt boende drivs av landstinget. Ett undantag finns, Norrtälje kommun, där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs i både ordinärt och särskilt boende.

De drygt 220 000 personer som fick omsorg efter utskrivning fick en eller flera insatser. Flertalet insatser gavs till personer som var 80 år eller äldre, varav flertalet var kvinnor. De vanligaste insatserna var hemtjänst och trygghetslarm (Tabell 3).

Tabell 3. Antal omsorgsinsatser som beviljats till personer som skrivits ut från sjukhus, fördelat på kön och ålder, under år 2014 i Sverige.

Insats	0-64 år		65-79 år		80+ år		Totalt
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	kvinnor	
Särskilt boende	1 238	960	5 518	5 212	12 707	25 070	50 705
Hemtjänst	5 883	6 569	18 068	22 683	26 473	49 217	128 893
Korttidsplats	883	684	3 208	2 291	4 629	5 475	17 170
Trygghetslarm	4 215	4 768	16 158	21 049	26 248	51 490	123 928
Matdistribution	1 346	945	4 560	5 102	7 969	14 806	34 728
Totalt	13 565	13 926	47 512	56 337	78 026	146 058	355 424

Källor: Urval från Patientregistret, uppgifter från Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

När det gäller kommunal hälso- och sjukvård finns inga uppgifter om specifika åtgärder i nationella register. Det finns inte heller några tillgängliga uppgifter om primärvård som ges av landsting. Däremot framgår det av de tillgängliga uppgifterna att 54 procent av samtliga personer (>65 år) som fått hemtjänst under år 2014 även fått kommunal hälso- och sjukvård. Motsvarande andel på särskilda boenden var 93 procent [7].

Utskrivningsklara med omfattande behov

Av alla utskrivna under år 2014 hade 53 763 personer fortsatt behov av *både* kommunal hälso- och sjukvård och omsorg (knappt 5 %). En majoritet av de utskrivna med fortsatta behov av vård och omsorg var 65 år eller äldre, och flertalet var äldre än 80 år. Fler kvinnor än män fanns bland dessa sköra personer (Tabell 4).

Tabell 4. Andel personer som efter utskrivning från sjukhus fått både kommunal hälso- och sjukvård och omsorg (%), samt totalt antal personer, fördelat på kön och ålder, per län och i riket under år 2014.

Län	0-64 år	65-79 år	80+år	Män	Kvinnor	Totalt antal
Stockholm	2	23	75	33	67	5 335
Uppsala	8	26	66	40	60	1 455
Sörmland	8	28	64	38	62	1 387
Östergötland	5	26	69	38	62	2 431
Jönköping	7	25	68	35	65	2 811
Kronoberg	8	23	69	35	65	1 402
Kalmar	6	26	68	37	63	2 226
Gotland	8	25	67	38	62	285
Blekinge	5	25	70	36	64	1 223
Skåne	7	27	66	36	64	8 223
Halland	6	25	69	37	63	1 881
Västra Götaland	6	26	68	38	62	9 279
Värmland	7	26	67	35	65	2 309
Örebro	6	28	66	35	65	2 062
Västmanland	6	24	70	39	61	1 581
Dalarna	6	24	70	38	62	2 109
Gävleborg	4	29	67	37	63	1 421
Västernorrland	7	29	64	38	62	1 785
Jämtland	6	31	63	40	60	914
Västerbotten	7	26	67	33	67	1 561
Norrbottnen	8	29	63	39	61	2 083
Riket	6	26	68	37	63	53 763

Källor: Urval från Patientregistret, uppgifter från samkörning av Registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Återinskrivna med omfattande behov

Av de totalt 53 763 personer som fick både kommunal hälso- och sjukvård och omsorg efter en sjukhusvistelse under 2014, blev knappt hälften (25 760 personer) återinskrivna på sjukhus inom 30 dagar (Tabell 5). En majoritet av de återinskrivna var 65 år eller äldre och antalet kvinnor var något fler (13 592) än män (12 168).

I vilken mån dessa återinskrivningar var planerade eller oplanerade framgår inte av uppgifterna i registren, som troligen är något underskattade. Skälet är att de som skrevs ut under december 2014 inte kunnat inkluderas i statistiken eftersom uppgifter från januari 2015 inte var tillgängliga vid tidpunkten för registerutdraget. Oplanerade återinskrivningar finns däremot redovisade i Öppna jämförelser, där det framgår att 10,4 procent av patienterna (65 år eller äldre) skrevs in oplanerat inom 30 dagar under år 2014 [4].

Tabell 5. Totalt antal utskrivna personer som därefter fått kommunal hälso- och sjukvård och omsorg, antal samt andel (%) av dessa som återinskrivits på sjukhus inom 30 dagar, per län och i riket, under år 2014.

Län	Totalt antal	Antal återinskrivna	Andel återinskrivna %
Stockholm	5 335	2049	38
Uppsala	1 455	715	49
Sörmland	1 387	727	52
Östergötland	2 431	1116	46
Jönköping	2 811	1310	47
Kronoberg	1 402	614	44
Kalmar	2 226	1300	58
Gotland	285	195	68
Blekinge	1 223	575	47
Skåne	8 223	4042	49
Halland	1 881	931	49
Västra Götaland	9 279	4221	45
Värmland	2 309	1175	51
Örebro	2 062	715	42
Västmanland	1 581	1175	45
Dalarna	2 109	1117	53
Gävleborg	1 421	684	48
Västernorrland	1 785	793	44
Jämtland	914	465	51
Västerbotten	1 561	849	54
Norrbottn	2 083	1289	61
Riket	53 763	25 760	48

Källor: Urval från samkörning av Registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, uppgifter från Patientregistret.

Övergripande om lokala förhållanden

Den enkät som skickades till 57 representanter för huvudmännen besvarades av 12 personer från kommuner och 24 personer från landsting och regioner. Resultatet redovisas dock inte på kommun- eller landstingsnivå eftersom syftet var att försöka få en övergripande och aktuell bild av vilka förutsättningar som råder lokalt.

Orsaker till väntetider

På frågan om vilka orsaker som bidrar till att utskrivningsklara personer blir kvar på sjukhus uppgav flertalet väntetid till plats på korttidsboenden. Andra orsaker som uppgavs var exempelvis: • att det saknas hemtagningsteam

- att bostaden behöver anpassas med hjälpmedel
- att omfattningen på omsorgsinsatserna kan kräva några förberedelsedagar
- att hemsjukvården saknar förutsättningar för att emot patienter
- att det är svårt att få till vårdplaneringar
- att det medicinska ansvaret ibland är oklart när patienter flyttas mellan vårdgivare.

Informationsöverföring

Hälften av de svarande uppgav att tillräcklig och rätt information *ibland* följer med patienterna när de förs över mellan slutenvård, öppenvård och omsorg, medan nästan hälften uppgav att det skedde *ofta*. I de öppna svaren gavs exempel på informationsbrister, som till exempel bristfälliga läkemedelslistor som det tar tid för den kommunala hemsjukvården att få klarhet i, att det kan bli flera dagars fördröjning av den medicinska slutanteckningen och att även läkemedelslistor till primärvården kan fördröjas.

Primärvård

Nästan hälften av de svarande angav att primärvården *alltid* bjuds in till planering av den fortsatta vården i kommunerna efter utskrivning, medan en fjärdedel uppgav att det *sällan* skedde. En kommentar som lämnats var att primärvården ofta eller alltid bjuds in, men sällan väljer att delta.

Vad kan bli bättre?

Frågan om vilka åtgärder som skulle kunna förbättra utskrivningen från slutenvården för personer med fortsatt vård- eller omsorgsbehov besvarades i fri text. Svaren sammanställdes till tio teman: samverkan, om primärvård, använd teknik, patientfokus, följa rutiner, samordnare, om läkemedel, team, om läkare och övrigt.

Exempel på konkreta åtgärder som föreslogs var: utskrivningsteam, ökad användning av teknik i samband med utskrivning, såsom videomöten, ett mer proaktivt arbetssätt med fokus på att förhindra att personen skrivs in i slutenvården i onödan och en fast vårdkontakt i primärvården.

Län där betalningsansvar ofta inträtt

Enligt Öppna jämförelser för äldre har sex län (Uppsala, Gotland, Norrbotten, Sörmland, Örebro och Östergötland) i genomsnitt inte klarat tidsfristen om fem dagar för utskrivningsklara patienter under år 2015 [2].

Svårigheter

Företrädarna för landsting och kommuner i de sex länen uppgav flera likartade svårigheter, till exempel *att* det är för få vårdplatser på sjukhus, *inte* minst på sommaren då hela sjukhusavdelningar kan stängas, *att* mellanvårdsformer saknas för personer som skrivits ut från sjukhus, trots att de varit så sjuka att fortsatt avancerad vård krävts och *att* samverkan

försvårats av att det saknats personkännedom både inom och mellan arbetsplatser. Det senare har gällt vid stora geografiska avstånd mellan kommun och sjukhus eller på stora sjukhus. Flera påtalade att den ökande andelen äldre i befolkningen har inneburit ett ökat tryck på vård och omsorg.

Enstaka län lyfte fram vissa aspekter. Exempelvis beskrev en företrädare för primärvården att de ibland tvingats säga nej till patienter eftersom de varit för sjuka för att primärvården skulle kunna ansvara för deras omvårdnad. En kommunföreträdare uppgav att personer som har hemtjänst men inte hemsjukvård, inte kan få ett hembesök av läkare eller sjuksköterska. En annan kommunföreträdare uppgav att flera framgångsrika initiativ i projektform (t.ex. arbete med ”trygg hemgång” och tidig rehabilitering i hemmet) hade avslutats när finansieringen upphört. En tredje kommunföreträdare uppgav att köbildning till särskilda boenden hade uppstått när platser även beviljats på grund av otrygghet hos den sökande. Ytterligare kommentarer handlade om *att* tolkningen av begreppet ”utskrivningsklar” skiljer sig åt mellan sjukhusen; *att* patienter på vissa sjukhus bedöms som utskrivningsklara innan en kallelse skickas till vårdplanering medan det på andra sjukhus sker först i samband med vårdplaneringen, *att* kommuner skiljer sig åt i hur snabbt de vill ta emot utskrivningsklara och *att* försening av hjälpmedelsleverans (t.ex. rullator eller toalettförhöjning) kan hindra möjligheterna för en person att komma hem.

Inom varje län förekom relativt stora variationer mellan kommuner när det gäller antalet utskrivningsklara dagar per år, vilket framgick i de lokala samtalen men också av uppgifter från SKL (www.kvalitetsportalen.se). Den kommun som hade flest utskrivningsklara dagar år 2015 besöktes enskilt. Där uppgav man att personalbrist i hemtjänst och hemsjukvård var en av de främsta orsakerna till att betalningsansvaret så ofta inträtt. En annan orsak var vårdplatsbrist på sjukhuset, vilket bidrog till att patienter skrevs ut trots omfattande vårdbehov. Det fick till följd att patienter rutinmässigt fick ett biståndsbeslut om tre veckors korttidsboende, vilket i sin tur medförde att personer i ordinärt boende, som hade behov av växelvård, nedprioriterades. Till detta kom att alla yrkesgrupper inte hade tillgång till all nödvändig information via det gemensamma dokumentationssystemet, vilket hade försvårat mottagandet i kommunen. Inga unika problem lyftes fram som förklaring till att betalningsansvaret inträtt, men utöver de ovan nämnda svårigheterna nämndes avståndet; kommunen låg geografiskt långt från sjukhuset.

Det gick inte att hitta några gemensamma strukturella förhållanden som kunde förklara varför betalningsansvaret inträtt relativt ofta för dessa län. Exempelvis var inte andelen äldre i befolkningen genomgående högre än i andra län (Tabell 1), även om Överkalix och Pajala kommun i Norrbotten är två av landets kommuner med högst andel äldre [6]. Inte heller täthet i befolkning (invånare per km²) [6] eller antal överbeläggningar på sjukhus år 2015 [8] skiljde på ett tydligt sätt dessa län från övriga län.

•

Initiativ till ändrat arbetssätt

Även om kommunens betalningsansvar ofta inträtt i dessa län, förekom flera initiativ till ett ändrat arbetssätt för att trygga vården av utskrivna personer som behöver fortsatt vård och omsorg. Det finns exempelvis mellanvårdsformer på flera håll:

- I Östhammar finns en närvårdsenhet som är samfinansierad av landstinget och kommunen (Uppsala län)
- Ett korttidsboende vid namn Tullhuset har tillgång till geriatriker från universitetssjukhuset Örebro (Örebro län)
- I Jokkmokk och Kalix finns så kallade OBS-platser, där sjukhuspatienter vårdas i kommunal regi (Norrbottens län)
- På Gotland ska en rehabiliteringsavdelning för ortopedi och geriatrik inrättas
- I Linköping har ett särskilt boende en avdelning för svårt sjuka patienter, där primärvården bidrar (Östergötlands län).

Ett exempel på andra åtgärder är Haparanda kommun, där den interna samverkan fungerar väl genom regelbundna fysiska möten mellan biståndshandläggare och utförare av vård och omsorg. Dessutom försöker kommunen ställa krav på att primärvården ska delta i vårdplaneringar. Ytterligare exempel är:

- mobila äldrevårdsteam med bl.a. läkare och sjuksköterska som gör hembesök i ordinärt boende (Uppsala, Gotland)
- mobilt team för äldrepsykiatri som gör utredning, diagnostik och behandling i hemmet (Uppsala)
- hemtagningsteam i Trosa och Flen, där personer får biståndsbeslut först efter en bedömningsperiod i hemmet (Sörmland)
- kommunala sjuksköterskor som använder ett bedömningsinstrument för att avgöra om en person behöver åka till sjukhus (Örebro, Östergötland).

Län där betalningsansvar sällan inträtt

Enligt Öppna jämförelser har tre län (Blekinge, Kalmar och Kronoberg) i genomsnitt klarat tidsfristen med marginal och har understigit tre dagar för utskrivningsklara under år 2015 [2].

Initiativ till ändrat arbetssätt

I Ronneby (Blekinge län) startade man ett arbetssätt som kallas ”Trygg hemgång” år 2012, som därefter har spridits till flera kommuner i både Kalmar och Blekinge län. Trygg hemgång är en insats som beviljas av biståndshandläggare. Den innebär att en person som skrivits ut från sjukhus och har fortsatt behov av vård och/eller omsorg tas emot av en person, oftast en undersköterska, i hemmet. Undersköterskan, som ibland kallas lots, kan till exempel ingå i en särskild grupp för hemtagning till kommunen eller ha frigjorts från ordinarie tjänst på ett korttidsboende. Undersköterskan kan delta i vårdplaneringen på sjukhuset och samordnar sedan den vård och

omsorg som behövs i hemmet. Vanligen deltar dessa undersköterskor upp till en vecka i hemmet, som ett komplement till ordinarie hemtjänst.

I Blekinge län har man regelbundna samverkansmöten (s.k. triad-möten) i kommunerna. Företrädare för kommun och landsting, inklusive primärvård, träffas för att prata om gemensamma frågor. Ett resultat av dessa möten är att det blivit uppenbart att det finns olika uppfattningar om rollfördelningen mellan kommun och landsting. Det finns även frågor som det råder osäkerhet kring, till exempel frågorna *Vad skiljer hemsjukvård från hemtjänst?* och *Vem kan kalla till en vårdplanering?*

I Hulstfred (Kalmar län) har kommunen satsat på fortbildning för vård- och omsorgspersonalen, både för att arbeta hälsofrämjande och för att diskutera värdegrund. Det övergripande syftet har varit att personalen ska förstå sitt uppdrag.

I Kronoberg finns ett dokumentationssystem för samverkan, som är en modul i landstingets journalsystem men som används gemensamt av både kommuner och landsting. All vård- och omsorgspersonal i hela länet har utbildats i det gemensamma dokumentationssystemet och kontinuerlig utbildning i det praktiska användandet erbjuds. Vid utskrivning från sjukhus sker allt informationsutbyte mellan behörig personal elektroniskt, under förutsättning att patienten eller någon anhörig gett sitt samtycke. Det enda som inte dokumenteras i det gemensamma systemet är biståndsbeslut, men biståndshandläggarna noterar utfallet av beslutet, dvs. vad som har beviljats. Biståndshandläggare har tillgång till all information, med undantag för medicinska uppgifter.

Några gemensamma strukturella förhållanden, som kunde förklara varför betalningsansvaret inträtt relativt sällan i dessa län, kunde inte påvisas. Intressant att notera är att Kalmar län hade den högsta andelen äldre i landet (25 %, Tabell 1), vilket snarare skulle ha kunnat förklara ett ofta inträtt betalningsansvar.

Svårigheter

Trots ett flerårigt och framgångsrikt arbete med utskrivningsklara personer lyfte företrädarna för dessa län även fram flera svårigheter. Det är till exempel ofta svårt att rekrytera personal med lämplig utbildning, vilket gäller både små kommuner av glesbygdskaraktär, större kommuner samt sjukhus och primärvård. För att ändå ha en tillräcklig bemanning har man ofta behövt hyra in tillfällig personal, vilket motverkat kontinuitet i kontakten med patienterna. Andra svårigheter som lyftes fram var informationsöverföringen (dock inte i Kronoberg), där separata journalsystem och ett särskilt gemensamt informationssystem genererar dubbeldokumentation. Flera kommuner efterlyste generellt sett mer delaktighet från primärvården.

• Sammanfattad rapportering från nio län

Hinder för en sammanhållen vård och omsorg

Från samtliga nio län, oavsett hur ofta betalningsansvaret inträtt, rapporterades såväl ett flertal lokala svårigheter som ett flertal lokala initiativ som tagits för att främja en sammanhållen vård och omsorg. Exempel på svårigheter, utan inbördes rangordning, som rapporterades från flera län var:

- För få vårdplatser (på sjukhus, korttidsboende, särskilt boende, rehabiliteringsplatser).
- Brist på utbildad personal (läkare i primärvård, sjuksköterskor i hemsjukvård och på sjukhus, undersköterskor i hemsjukvård och hemtjänst, biståndshandläggare i kommuner).
Brister i informationsöverföring, där separata journalsystem och gemensamt informationssystem medför dubbeldokumentation.
- Ökat tryck på vård och omsorg p.g.a. en åldrande befolkning.
- Mellanvårdsformer saknas för patienter som skrivs ut med fortsatta behov av sjukvård.
- Primärvården deltar alltför sällan i vårdplanering.
- Geografiska avstånd och stora organisationer orsakar bristande personkännedom, vilket i sin tur hindrar en god samverkan.
- Tillgång till hjälpmedel och bostadsanpassning kan hindra ett snabbt mottagande i hemmet.

Initiativ för att främja en sammanhållen vård och omsorg

Ett flertal lokala initiativ till andra arbetssätt rapporterades från de nio länen, oavsett hur ofta betalningsansvaret inträtt. Dessa initiativ, utan inbördes rangordning, var:

- Huvudmännen har kontinuerligt följt upp antalet utskrivningsklara patienter och prioriterat samverkan för att främja en samsyn.
- Socialtjänsten har anpassat sitt arbete så att omfattande insatser kan ges initialt i hemmet.
- Mellanvårdsformer finansieras gemensamt av huvudmännen.
- Det har skapats ett gemensamt dokumentationssystem för båda huvudmännen, vilket innebär att dubbeldokumentation undviks i stor utsträckning.
- Biståndshandläggare har gjort uppföljning i hemmet efter en tid.
- Telefonuppföljning av utskrivna patienter har gjorts rutinmässigt från sjukhus.
- Videomöten har arrangerats för att främja samverkan över geografiska gränser.
- Det har genomförts värdegrundsarbete med personal för att alla ska förstå sitt uppdrag.
- Det finns planer på att primärvårdsläkare ska delta i vårdplanering i hemmet.

Överenskommelser om samverkan

Kartläggningen av samtliga 21 överenskommelser mellan landsting och kommuner visar på variationer vad gäller styrdokumentens omfattning, hur uppdaterade de är och vem de vänder sig till. Majoriteten av landstingen refererar till Socialstyrelsens författningar, beskriver samtycke och kravet på att ha lokala rutiner för vårdplanering.

Styrdokumentet benämns olika, men de flesta kallas för ”riktlinjer för samordnad vårdplanering”. ”Överenskommelse” och ”rutin” är andra vanliga benämningar på det länsgemensamma dokument som bland annat beskriver ansvarsfördelningen i samband med in- och utskrivning i den slutna specialiserade vården. Dokumentens giltighetsperiod skiljer sig också; en del är giltiga från och med ett visst år, som tidigast 2011, medan andra är giltiga under en viss period och ibland anges ett tydligt revideringsdatum.

Vem eller vilka som antagit styrdokumentet varierar, men i samtliga dokument framgår det tydligt att det är ett samverkansdokument mellan länets kommuner och landstinget. Ibland beskrivs beslutsnivån i form av olika samverkansgrupper inom länet och ibland står det att kommunförbunden, kommunstyrelsen, landstingsdirektören och landstingsstyrelsen har beslutat om dokumentet. Det kan också finnas ett godkännande av regionordförande och ett antagande av landstinget och kommunerna i länet.

Majoriteten av dokumenten hänvisar till SOSFS 2005:27; endast i två dokument saknas referens till föreskriften. Dessutom refereras det ofta till HSL och SoL. Flertalet av överenskommelserna vänder sig främst till professionerna och inte till patienter och närstående.

I ett fåtal dokument anges mål som berör den enskilda individen eller patienten. I några beskrivs målen mer i termer av samverkan mellan personalgrupper och organisationer. I flertalet dokument går det dock inte att hitta någon uttalad målsättning eller något angivet syfte. Det motsäger inte att det ändå kan finnas målformuleringar i de lokala rutinerna för in- och utskrivning som respektive verksamhet arbetar utifrån, men detta har inte kartlagts av Socialstyrelsen.

I sju överenskommelser står det tydligt om den enskildes rätt till integritet, men i de övriga står det inte uttalat. Referenser till lagtext om integritet förekommer också. Samtycke beskrivs i en majoritet av dokumenten och i cirka hälften fanns skrivningar om sekretess.

Hur vårdplaneringar går till beskrivs i drygt hälften av överenskommelserna och där det saknades fanns hänvisning till en lokal rutin.

I de allra flesta överenskommelser beskrivs när och hur patienter ska få information, att de ska uppmuntras att vara aktiva, bland annat vid vårdplaneringen, och att de ska få skriftlig information med sig vid utskrivningen. Där dessa uppgifter saknas kan det ändå inte uteslutas att det kan finnas ett särskilt framtaget informationsmaterial till patienter och närstående om samordnad vårdplanering. I nästan hälften av överenskommelserna står det att närstående ska informeras och bjudas in att

•

delta vid vårdplaneringen och att uppgift om närstående eller en god man ska dokumenteras.

I nästan samtliga överenskommelser står det att information ska ges till kommunens hälso- och sjukvård. Likaså är ansvarsfördelningen beskriven, det vill säga vad landstinget förväntas göra och vad som förväntas av den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Endast i ett par dokument anges inget specifikt om ansvarsfördelning eller information mellan landstingets slutenvård och kommunens socialtjänst, men det kan inte uteslutas att det står något om detta i andra dokument eller i de lokala riktlinjerna.

Annat som tas upp när det gäller information i överenskommelsen är till exempel att landstinget ska informera om kommunernas stöd till närstående och motivera till kontakt. I informationen ska det också förklaras vad som menas med att patienten är kommunklar (Västerbotten). I nästan alla överenskommelser framgår det hur informationsöverföringen ska ske, i annat fall hänvisas till rutinerna. I de flesta överenskommelser står det att patienten ska

få information om läkemedel och att en aktuell läkemedelslista ska följa med patienten hem. I de överenskommelser där uppgifter om läkemedel är knapphändiga eller helt saknas, kan sådan information ändå finnas i den lokala rutinen kring utskrivning och samordnad vårdplanering.

Överenskommelserna innehåller också andra skrivningar som kan vara intressanta att nämna. Några överenskommelser tar upp egenvård, refererar genomgående till SOSFS 2005:27, beskriver hur avvikelshantering ska gå till i samband med gemensam samordnad vårdplanering, redogör för att samverkan vid in- och utskrivning och vårdplanering är lika för både somatisk och psykiatrisk vård och beskriver samordnad individuell vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården.

Vetenskapliga studier om utskrivning

I litteratursökningen identifierades 77 vetenskapliga översikter på engelska som studerat olika åtgärder vid utskrivning från sjukhus, till exempel geriatrisk bedömning, utbildning till patienter respektive personal, en särskild utskrivningsavdelning eller uppföljning efter utskrivning.

Litteraturen visade sammantaget motsägelsefulla resultat vad gäller åtgärder vid utskrivning som kan påverka patienten (t.ex. oplanerad återinskrivning, mortalitet eller upplevelser). I 16 översikter rapporterades att vissa effekter påvisats i enskilda undersökningar. Däremot kunde ingen sammanvägd analys göras eftersom olika åtgärder och utfallsmått hade undersökts [9-24].

I två metaanalyser (där resultat från separata undersökningar kunnat vägas samman) redovisades att varken telefonuppföljning eller en geriatrisk bedömning hade någon effekt på återinskrivning till sjukhus [25, 26].

Däremot visade sju metaanalyser att antalet återinskrivningar kan minska om flera åtgärder kombineras (främst individuell planering, geriatrisk bedömning, stöd, utbildning) före utskrivning, med någon form av uppföljning efter utskrivning [27-33].

I de 77 internationellt publicerade översiktarna hade enbart fem svenska studier inkluderats. Av dessa studier hade 4 undersökt uppföljning efter utskrivning samt utbildning till patienter med hjärtsjukdom [34-37]. I två studier rapporterades att färre patienter återinskrevs på sjukhus inom 12 månader i den grupp som fick regelbunden uppföljning [35, 37]. Den femte svenska studien undersökte effekten av tidig rehabilitering och utskrivningsplanering för personer över 70 år. Efter tre månader rapporterades att den grupp som fick åtgärderna var inskrivna kortare tid på sjukhuset och fler personer kunde skrivas ut direkt till hemmet, jämfört med dem som fick sedvanlig vård [38].

Röster från patienter

I den vetenskapliga litteratur som studerat olika åtgärder i samband med utskrivning från sjukhus, redovisades ibland självrapporterade skattningar från de patienter som studerats. Det gällde främst upplevd livskvalitet [9, 15,

25, 27, 33], välbefinnande [38] och nöjdhet [15, 27]. Inga statistiskt säkra effekter av någon åtgärd kunde dock påvisas i någon studie.

Av de 7 605 personer (>65 år) som intervjuats av personal under 2015 (www.webbkollen.com) var flertalet patienter som varit inskrivna på sjukhus (Tabell 6). Majoriteten av samtliga patienter (87–91%), oavsett vårdform, uppgav att de kände sig trygga med sina kontakter inom vård och omsorg.

Tabell 6. Antal patienter (>65 år) som svarat på frågan *Känner du dig trygg i dina vård- och omsorgskontakter?*, fördelat på den vårdform patienterna har erfarenhet av, för år 2015.

Vårdform	Ja	Nej	Vet ej	Totalt antal svar
Sjukhus	6 102	283	525	6 910
Återinskrivna	146	10	11	167
Kommunal vård/omsorg	90	7	7	98
Vårdcentral	386	19	25	430
<i>Totalt antal svar</i>	<i>6 724</i>	<i>379</i>	<i>562</i>	<i>7 605</i>

Källa: www.webbkollen.com

Diskussion

Sammantaget visar resultatet att det finns ett flertal orsaker till att väntetiderna för utskrivningsklara patienter kan vara lång, vilket också har konstaterats tidigare, bland annat i utredningen om betalningsansvarslagen (SOU 2015:20 s. 17). Alla län har överenskommelser mellan huvudmännen om ansvarsfördelningen i övergången mellan slutet och öppen vård samt omsorg. Resultatet i denna rapport indikerar att det finns svårigheter med att leva upp till ambitionen i de formella överenskommelserna, vilket också har visats i en revisionsrapport från ett län [39].

Identifierade svårigheter

De svårigheter som främst rapporterades vid samtliga lokala samtal i de län som besöktes var:

- För få vårdplatser på sjukhus, korttidsboenden och särskilda boenden
- Brist på personal med rätt utbildning i både kommuner och landsting
- Bristande informationsöverföring • Ett ökande behov av vård och omsorg.

En del av det som här beskrivs som personalbrist innefattar även problemet att primärvården sällan har deltagit i vårdplaneringar. En vanlig förklaring till detta var att det hade varit svårt att rekrytera läkare till primärvården. Bristen på personal med rätt utbildning har också genererat färre vårdplatser, eftersom man periodvis tvingats stänga vårdavdelningar.

I Sverige har antalet vårdplatser på sjukhus successivt minskat över tid (från 25 298 platser år 2012 till 23 885 platser år 2015) [40, 41] och internationellt sett har Sverige numera få vårdplatser per invånare [42]. Även antalet korttidsplatser har minskat i kommunerna (med 12 % mellan år 2008 och 2012) [43], liksom andelen äldre (>65 år) som bor på särskilt boende (från 8% till 4% mellan åren 2001 och 2014) [44]. Det är också väl känt att andelen äldre i befolkningen ökar (t.ex. [7]), vilket tillsammans med den medicinska och tekniska utvecklingen har medfört ett större behov av vård och omsorg. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har beskrivit svårigheter med att rekrytera personal med rätt kompetens [45] och brister i informationsöverföring mellan vårdgivare, särskilt vid utskrivning under kvällar och inför helger [5], samt förklarat brister med att oklara ansvarsförhållanden har förekommit [46].

Patientsäkerheten för sköra personer som haft behov av en sammanhållen vård kan ha påverkats av ovan nämnda svårigheter. Särskilt framstår vårdens problem med informationsöverföring och primärvårdens bristande delaktighet som väsentliga systemhinder.

Exempel på andra arbetssätt

I de län som, trots de ovan nämnda svårigheterna, ändå lyckats hålla relativt korta väntetider för utskrivningsklara patienter har arbetssättet anpassats, framförallt från kommunernas sida. De nya och flexibla åtgärder och arbetssätt som länen tagit initiativ till har haft patientens behov som utgångspunkt. Några exempel på arbetssätt:

- Samverka för att främja samsyn mellan vårdgivare och över huvudmannagränser
- Göra lokala uppföljningar av antalet utskrivningsklara
- Inrätta mellanvårdsformer, där landstinget ansvarar för sjukvård och kommunen för omsorg
- Erbjuder omfattande initial hemtjänst, där en person (eller ett hemtagningssteam) står för samordning och mottagande i hemmet och där ett nytt biståndsbeslut fattas efter en tid i hemmet.

Exempel på gemensamt finansierade mellanvårdsformer förekommer, till exempel vid närvårdsenheten i Östhammar (Uppsala län). Omfattande initial hemtjänst finns exempelvis i Hultsfred (Kalmar län), där en så kallad lots kan samordna åtgärder efter en persons behov, vilket i sin tur kan bidra till att skapa trygghet i vardagen för den som skrivits ut från sjukhus. Det finns studier som tyder på att den information och det stöd som en samordnare kan bidra med kan främja trygghet och delaktighet hos äldre [47], liksom minska risken för exempelvis återinskrivningar [48].

Den organisatoriska ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, samt den ökade mångfalden av utförare, förutsätter en fungerande samverkan för att en god vård och omsorg ska kunna ges till sköra personer med omfattande behov [48]. En förutsättning för samverkan är att relevant information kan utbytas mellan utförare. Ett exempel på en sådan strävan märks i Kronobergs län, där man har ett gemensamt dokumentationssystem som innebär att dubbeldokumentation i huvudsak undviks. Behörig personal kan både läsa och skriva in information, oavsett huvudman eller utförare. Grunden för detta är ett samtycke från de personer som mottar vården eller omsorgen. Enligt uppgift planerar andra län att införa samma dokumentationssystem.

Tidigare har även andra län och kommuner uppmärksammats för att de arbetat framgångsrikt med att främja en trygg och effektiv utskrivningsprocess. Några exempel är Lidköpings kommun och närsvårdarna i Skaraborg (hembesök av närsvårdsteam hos patienter med komplexa behov av vård och omsorg), Skellefteå kommun (tar emot äldre personer som skrivits ut från sjukhus inom 48 timmar) och Umeå kommun (en s.k. utskrivningssjuksköterska ansvarar för patienter som bedöms riskera oplanerad återinskrivning inom 30 dagar) (SOU 2015:20 s. 275–286). Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting har en särskild form av samordning, där utförare ska kunna erbjuda både hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering till äldre med omfattande behov [49]. Ängelholms kommun och Region Skåne har startat mobila team – både

akutteam och närsjukvårdsteam – som ger äldre personer vård och omsorg i ordinärt boende [50]. Andra exempel har också lyfts fram bland de 19 försöksverksamheter som bedrevs under åren 2010–2013 för att utveckla vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Det handlar till exempel om team som koordinerar sjukvårdens och socialtjänstens insatser. Resultaten visade också att samverkan underlättas när den mest sjuka äldre sätts i första rummet, före huvudmanna-, verksamhets- och professionsintressen [51]. Att sätta individens behov i centrum är också ett arbetssätt som Socialstyrelsen bland annat ger utbildning i. Arbetssättet utgår från individens behov i olika livsområden i det dagliga livet. Individens nuläge, mål och resultat dokumenteras enligt Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [52].

Konsekvenser

Ett tecken på att en god sammanhållen vård och omsorg inte alltid kan erbjudas sköra personer är det relativt stora antalet återinskrivningar. Av de drygt 50 000 personer som under år 2014 fick både vård och omsorg efter en sjukhusvistelse återinskrevs nästan hälften inom 30 dagar. Av tabell 1 och tabell 5 framgår till exempel att Örebro har relativt många utskrivningsklara dagar på sjukhus men färre återinskrivna, medan det omvända gäller för Kalmar. Örebro har färre äldre (21 %) än Kalmar (25 %). Det är därför oklart vilken betydelse andelen äldre har för patientflödet.

Återinskrivningar har också visat sig förekomma för personer i livets slutskede. Av de 88 976 personer [6] som avled år 2014 i Sverige var 8,2 procent inskrivna två eller fler gånger på sjukhus under sina sista 30 dagar i livet [4].

Ett flertal internationella studier har funnit att antalet återinskrivningar kan minska om man gör en individuell planering som kombineras med geriatrisk bedömning, stöd och utbildning till patienter och anhöriga, samt följer upp patienten efter utskrivning [27-33]. Detta har bekräftats av senare forskning, som även funnit att vårdtiden på sjukhus kan förkortas med hjälp av en individuell planering, till skillnad från rutinmässig utskrivning. En annan positiv effekt av ett sådant arbetssätt är att patienter blir nöjdare med vården. Dessa patienter var både yngre och äldre personer, liksom personer med psykiatriska diagnoser [53]. Risken för återinskrivning kan även påverkas av faktorer som exempelvis bostadens utformning, patientens socioekonomiska situation och anhörigas informella stöd. Välgjorda internationella studier kan vara relevanta även för svenska förhållanden, men i tolkningar av resultat bör hänsyn tas till eventuella skillnader i sådant som lagstiftning, organisering av vård och omsorg samt boendestandard.

Ett tecken på att en säker vård inte alltid kan erbjudas sköra personer är överbeläggningar, när en patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Riksgenomsnittet för överbeläggningar bland personer 65 år eller äldre är 3,1 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser under åren 2014-2015, med en variation mellan länen från 1 – 6,9 överbeläggningar [54].

Slutord

Oberoende av hur ofta betalningsansvaret hade inträtt under 2015 har både svårigheter och nya arbetsätt kunnat identifieras i de nio län som studerats. Lokala förhållanden har skapat variationer i vad som varit möjligt att åtgärda och ett kontinuerligt utvecklingsarbete pågår i samtliga län för en sammanhållen vård av personer med omfattande behov. Givet de likartade svårigheter som beskrivits, och under förutsättning att arbetsätten är förenliga med gällande lagstiftning, skulle flera av dem med fördel kunna spridas över länsgränserna.

Det uppdrag som redovisats här innebar att Socialstyrelsen skulle stödja kommuner och landsting i att identifiera lokala problem. För att försöka stödja både kommuner och landsting har Socialstyrelsen dels tagit initiativ till gemensamma samtal per län om hur arbetet fungerar lokalt, dels deltagit i erfarenhetsutbyte med samtliga län i SKL:s regi. Socialstyrelsen har också tagit fram ny statistik om utskrivningsklara patienter. De återstående delarna i detta uppdrag handlar om att ta fram ett metodstöd om samordnad individuell planering och en vägledning om fast vårdkontakt, vilka kommer att redovisas i oktober 2017.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Din rätt till vård och omsorg. En vägvisare för äldre; 2016. Rapport nr.: 2016-5-5.
2. SKL, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län; 2016. Rapport nr.: 2016-3-1.
3. Socialstyrelsen. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007; 2008. Rapport nr.: 2008-103-8.
4. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2015 Hälso- och sjukvård. Övergripande indikatorer; 2015. Rapport nr.: 2015-12-34.
5. IVO. Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre - slutrapport 2013: Inspektionen för Vård och Omsorg; 2013. Rapport.
6. SCB. Statistiska centralbyrån. 2016. Hämtad från: <http://www.scb.se/>
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016; 2016. Rapport nr.: 2016-2-29.
8. SKL. Väntetider i vården. 2016. Hämtad från: <http://www.vantetider.se/>
9. Allen, J, Hutchinson, AM, Brown, R, Livingston, PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. BMC health services research. 2014; 14:346.
10. Auger, KA, Kenyon, CC, Feudtner, C, Davis, MM. Pediatric hospital discharge interventions to reduce subsequent utilization: a systematic review. Journal of hospital medicine. 2014; 9(4):251-60.
11. Bauer, M, Fitzgerald, L, Haesler, E, Manfrin, M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. Journal of clinical nursing. 2009; 18(18):2539-46.
12. Chenoweth, L, Kable, A, Pond, D. Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: a review of the literature. Australasian journal on ageing. 2015; 34(1):9-14.
13. Crocker, JB, Crocker, JT, Greenwald, JL. Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review. The American journal of medicine. 2012; 125(9):915-21.
14. Hansen, LO, Young, RS, Hinami, K, Leung, A, Williams, MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. Annals of internal medicine. 2011; 155(8):520-8.
15. Hesselink, G, Schoonhoven, L, Barach, P, Spijker, A, Gademan, P, Kalkman, C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. Annals of internal medicine. 2012; 157(6):417-28.

16. Johnson, A, Guirguis, E, Grace, Y. Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*. 2015; 55(2):e264-74; quiz e75-6.
17. Kripalani, S, LeFevre, F, Phillips, CO, Williams, MV, Basaviah, P, Baker, DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007; 297(8):831-41.
18. Laugaland, K, Aase, K, Barach, P. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work (Reading, Mass)*. 2012; 41 Suppl 1:2915-24.
19. Linertova, R, Garcia-Perez, L, Vazquez-Diaz, JR, Lorenzo-Riera, A, Sarria-Santamera, A. Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2011; 17(6):1167-75.
20. Motamedi, SM, Posadas-Calleja, J, Straus, S, Bates, DW, Lorenzetti, DL, Baylis, B, et al. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. *BMJ quality & safety*. 2011; 20(5):403-15.
21. Payne, S, Kerr, C, Hawker, S, Hardey, M, Powell, J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and ageing*. 2002; 31(2):107-17.
22. Rennke, S, Nguyen, OK, Shoeb, MH, Magan, Y, Wachter, RM, Ranji, SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013; 158(5 Pt 2):433-40.
23. Roper, KL, Ballard, J, Rankin, W, Cardarelli, R. Systematic Review of Ambulatory Transitional Care Management (TCM) Visits on Hospital 30-Day Readmission Rates. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*. 2015.
24. Scott, IA. Preventing the rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2010; 34(4):445-51.
25. Conroy, SP, Stevens, T, Parker, SG, Gladman, JR. A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. *Age and ageing*. 2011; 40(4):436-43.
26. Mistiaen, P, Poot, E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2006; (4):Cd004510.
27. Fox, MT, Persaud, M, Maimets, I, Brooks, D, O'Brien, K, Tregunno, D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2013; 13:70.
28. Griffiths, PD, Edwards, MH, Forbes, A, Harris, RL, Ritchie, G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004; (4):Cd002214.
29. Leppin, AL, Gionfriddo, MR, Kessler, M, Brito, JP, Mair, FS, Gallacher, K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a

- systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA internal medicine*. 2014; 174(7):1095-107.
30. McMartin, K. Discharge planning in chronic conditions: an evidencebased analysis. *Ontario health technology assessment series*. 2013; 13(4):1-72.
 31. Mistiaen, P, Francke, AL, Poot, E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC health services research*. 2007; 7:47.
 32. Parker, SG, Peet, SM, McPherson, A, Cannaby, AM, Abrams, K, Baker, R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2002; 6(4):1-183.
 33. Steffen, S, Kusters, M, Becker, T, Puschner, B. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2009; 120(1):1-9.
 34. Björk Linne, A, Liedholm, H. Effects of an interactive CD-program on 6-months readmission rate in patients with heart failure - a randomised, controlled trial. *BMC Cardiovascular disorders*. 2006; 6(30).
 35. Cline, C, Israelsson, B, Willenheimer, R, Broms, K, Erhart, L. Cost effective management programme for heart failur reduces hospitalisation. *Heart*. 1990; 80:442-6.
 36. Mehejert, M, Kahan, T, Persson, H, Edner, M. Limited long term effect of a management programme for heart failure. *Cardiovascular Medicine*. 2004; 90:1010-5.
 37. Strömberg, A, Mårtensson, J, Fridlund, B, Levin, L-Å, Karlsson, J-E, Dahlström, U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and selfcare behaviour in patients with heart failure. *Eurpoean Heart Journal*. 2003; 24:1014-23.
 38. Asplund, K, Gustafson, Y, Jacobsson, C, Bucht, G, Wahlin, A, Peterson, J, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *Journal of American Geriatric Society*. 2000; 48:1381-8.
 39. Revisorerskollegiet. Samordnad vårdplanering för sjuka äldre: Västar Götalandsregionen; 2015. Rapport nr.: 2015--03-24.
 40. SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016. Rapport.
 41. SKL. Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016. Rapport.
 42. OECD. Hospital beds. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2015.
 43. Socialstyrelsen. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg; 2013. Rapport nr.: 2013-12-18.
 44. Socialstyrelsen. Statistik om särskilt boende; 2016. Rapport nr.: 201612-5.
 45. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013 2013. Rapport nr.: 2013-2-2.
 46. IVO. Kommunikationsbrister i vården: Inspektionen för vård och omsorg; 2014. Rapport nr.: 2014-29.

47. Lengstedt, A, Fagerström, C. Äldres bästa Äldrelots i Blekinge. En brobyggare för ökad delaktighet och trygghet bland de mest sjuka äldre: Blekinge Kompetenscentrum; 2015. Rapport nr.: BKC 2015:4.
48. Socialstyrelsen. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre; 2015. Rapport nr.: 2015-6-4.
49. Schön, P, Hagman, L, SE, W. Kan två bli en? TioHundra projektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre: Äldrecentrum; 2012. Rapport nr.: 2012:1.
50. Skåne, R. Projekt Hälsostaden. 2016. Hämtad från: <http://vard.skane.se/angelholms-sjukhus/om-oss/projektet-halsostaden/>
51. Socialstyrelsen. Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen; 2014. Rapport nr.: 2014-5-4.
52. Socialstyrelsen. Individens behov i centrum - Behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF; 2016. Rapport nr.: 2016-6-26.
53. Concalves-Bradley, D, Lannin, N, Clemson, L, Cameron, I, Shepperd, S. Discharge planning from hospital. The Cochrane database of systematic reviews. 2016; (1).
54. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård. Övergripande indikatorer; 2015. Rapport nr.: 2015-12-34.

Bilaga 1. Enkätfrågor

Effektiv utskrivning?

Efter en inledande fråga kommer 6 frågor som handlar om personer som skrivs ut från sjukhus med fortsatta behov av vård och/eller omsorg.

När du svarar på frågorna, tänk på dina erfarenheter av hur det fungera under det senaste året i den **kommun, landsting eller region** som du representerar.

1. Vilken huvudman representerar du?

- Kommun
- Landsting
- Region

Kommentar:

2. Vilka orsaker uppfattar du finns till att utskrivningsklara patienter blir kvar på sjukhus?

Ange ett eller flera svarsalternativ och kommentera gärna.

- Väntetid till plats på korttidsboende
- Väntetid till plats på särskilt boende
- Hemtjänsten saknar förutsättningar för att kunna ta emot personer
- Hemsjukvården saknar förutsättningar för att kunna ta emot patienter

Annat, ange vad:

Kommentar:

3. I vilken utsträckning uppfattar du att tillräcklig och rätt information följer med patienter när de förs över mellan slutna vård och öppen vård/omsorg?
Ange ett svarsalternativ och kommentera gärna.

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

Kommentar (om du tänker på en viss övergång mellan slutet och öppen vård):

4. I vilken utsträckning uppfattar du att primärvården bjuds in till planering av vård i kommunerna inför utskrivning från sjukhus? *Ange ett svarsalternativ och kommentera gärna.*

- Alltid
- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Aldrig

Kommentar:

5. I vilken utsträckning uppfattar du att samordnad individuell planering genomförs för utskrivningsklara patienter som behöver fortsatt vård och omsorg? *Ange ett svarsalternativ och kommentera gärna.*

- För alla dessa patienter
- För flertalet av dessa patienter
- För ca hälften av dessa patienter
- För ett fåtal av dessa patienter
- För inga av dessa patienter

Kommentar:

6. I vilken utsträckning uppfattar du att personer som skrivits ut från sjukhus, med behov av öppen vård eller omsorg, har erbjudits en fast vårdkontakt? *Ange ett svarsalternativ och kommentera gärna.*

- Alla dessa personer
- Flertalet av dessa personer
- Ca hälften av dessa personer
-
-

Ett fåtal av dessa personer

Inga av dessa personer

Kommentar:

7. Vilka åtgärder anser du skulle förbättra utskrivning från sjukhus för patienter som behöver fortsatt vård och/eller omsorg?

Ange exempel på åtgärder:

Bilaga 2. Dokumentation av informationsökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2016-04-28
Ämne: Utskrivning från sjukhus, övergång till öppen vård och omsorg
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Elizabeth Åhsberg

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		"Patient Discharge"[Mesh] OR "Patient Discharge Summaries"[Mesh] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR	Mesh "Transfe r Agreement "[Mesh] OR "Transitional 28151
2.		Care/organization and administration"[Mesh] OR "Patient Handoff"[Mesh] Patient discharge[tiab] or patients discharge[tiab] or discharge*[ti] or hospital discharge[tiab] or patient handoff[tiab] or patient handover[tiab] or patient hand off[tiab] or patient hand over[tiab] or	FT dischar ge summar*[ti ab] or patient transfer[ti ab] or 94332
3.		transfer of patient*[tiab] or patient transition[tiab] or transition of patient*[tiab] or transitional care[tiab] or discharge planning[tiab] or handover[ti] or transition of care[tiab] or postdischarge[ti] or transition[ti]	1 OR 2 111053
4.		"Progressive Patient Care/organization and administration"[Mesh] OR "Long-Term Care/organization and administration"[Mesh] OR "Ambulatory Care/organization and administration"[Mesh] OR "Outpatients"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Community Health Services/organization and	271601
		administration"[Mesh:NoExp] OR "Hospices"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Aftercare"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care/organization and administration"[Mesh] OR "Ambulatory Care Facilities"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh] Long-term care[ti] or ambulatory[ti] or outpatients[ti] or primary care[ti] or primary health*[ti] or home	

5.		care[ti] or hospice*[ti] or continuity of patient care[ti] 95814 or aftercare[ti]] or community care[ti] or community nurs*[ti]
6.		4 OR 5 314537
7.	"Delivery of Health Care, Integrated/organization and administration"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[MeSH Terms] OR "Communication Barriers"[Mesh] OR Interprofessional Relations[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR	617280
8.	"Communication"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Quality Improvement"[Mesh] OR "Models, Organizational"[Mesh] OR "Patient Readmission"[Mesh] OR "Medical Records"[Mesh] Facilitator*[tiab] or barrier*[tiab] or	communic ation[tiab] or quality improvement*[tiab] 654857
	or cooperat*[tiab] or collaborat*[tiab] or	
9.	coordination of care[tiab] or integrated care[tiab] or readmission[tiab] or medical records[tiab] or electronic health records[tiab]	7OR 8 1174359
10.		3 AND 6 AND 9 8498
11.		Systematic Reviews, English 351
12.		
13.		
14.		
15.	16.	

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier

(ID) fälten
FT = Fritextterm/er

Cochrane library:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

PubMed:

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln) SB

= PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]) FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten ot = Other term: ämnesord

(keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Bilaga 3. Projektorganisation

Projektgrupp

Niklas Bjurström, Malin Bruce, Sayran Khayati, Inger Lundqvist,
AnnChristin Sultan, Mathias Wallin och Elizabeth Åhsberg (projektledare).

Intern referensgrupp

Samordningsgrupp för äldre.

Extern referensgrupp

SKL, Nätverk för Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård och
Socialstyrelsens Äldreråd.

Vetenskapliga råd
Ingegerd Fagerberg och Ingela Skärsäter.

Informationsspecialister
Natalia Berg och Edith Orem.

Språkgranskning
Synnöve Ljunggren.