

# Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2021-2-7195

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2021

# Förord

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre och hur detta hanteras i olika regioner, undersöka hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende, samt analysera om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinläggningar.

Genom denna rapport redovisar Socialstyrelsen uppdraget och identifierar behov av ett antal ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre.

Rapporten vänder sig i första hand till ansvariga för planering av hälso- och sjukvård och socialtjänst, i regioner och kommuner. Socialstyrelsen vill tacka de regionrepresentanter som medverkat i intervjuerna.

Projektgruppen har bestått av Johan Fastbom (projektledare), Rocio Winersjö, Karin Gavelin och Sevim Barbasso Helmers. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	9
Bakgrund .....	9
Uppdraget .....	10
Avgränsningar .....	10
Metod .....	11
Registeranalyser .....	11
Intervjuer .....	14
Resultat .....	16
Oplanerade återinskrivningar av äldre – omfattning och karaktär .....	16
Vilka diagnoser återkommer bland dem som återinskrivs? .....	21
Övriga analyser .....	26
Hur hanteras återinskrivningar i olika regioner? .....	28
Diskussion .....	65
Omfattningen av återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre .....	65
Vilka diagnoser återkommer bland dem som återinskrivs? .....	67
Hur hanteras återinskrivningar i olika regioner? .....	68
Hur sker uppföljningen av vård och omsorg efter att de äldre har kommit åter till sitt boende? .....	69
De intervjuades syn på framgångsfaktorer, hinder, utmaningar och utvecklingsbehov .....	69
Sammanfattning och slutsatser .....	71
Finns det behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinskrivningar? .....	73
Referenser .....	75
Bilaga. Guide för intervju med regional samordnare .....	79



# Sammanfattning

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen undersökt omfattningen av återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, hur detta hanteras i olika regioner, hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende, samt analyserat om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinläggningar.

Registerbaserade analyser visade att andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, är ungefär dubbelt så hög för de *mest sjuka äldre* – som i detta projekt representerar gruppen multisjuka och sköra äldre – jämfört med alla patienter 65 år och äldre. De visar också att andelen återinskrivningar inte minskat mellan 2010 och 2019.

De fem diagnoser som oftast förekom bland de vårdtillfällen som föregår en återinskrivning är desamma 2019 som 2010: *kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtinsufficiens, andra sjukdomar i urinorganen, pneumoni* samt *fraktur på lårben*. Däremot har vissa diagnoser ökat eller minskat i förekomst. Framför allt ses en minskning av *KOL* och *fraktur på lårben*, medan diagnoserna *akut njursvikt, akut tubulo-interstitiell nefrit* samt *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol* ökat i förekomst.

En intervjuundersökning omfattande tio utvalda regioner visar att det idag förekommer en rad olika former för samverkan, verksamheter och insatser, som syftar till att ge äldre personer, framför allt de med komplexa behov, en god vård och omsorg; vilket i sin tur kan leda till minskad förekomst av oplanerade återinskrivningar. Bland dessa finns också rutiner och insatser för att följa upp vård och omsorg efter utskrivning.

Undersökningen gav också omfattande information om de intervjuades uppfattningar om framgångsfaktorer, brister, hinder och utvecklingsbehov, för en god vård och omsorg för äldre med komplexa behov.

Med utgångspunkt från resultaten i detta projekt identifierar Socialstyrelsen att det fortsatt finns behov att stödja både de kommunala och regionala verksamheterna i arbetet med multisjuka och sköra äldre.

Det finns behov av att – i linje med omställningen till en nära vård – säkerställa rutiner för hemsjukvården för att i tid kunna behandla sjukdomar och tillstånd i den äldres hem, innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En god samverkan fordras därvid mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet.

Det finns också behov av att säkerställa rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan och tider på dygnet, för att förebygga akuta sjukhusbesök.

Äldre i ordinärt boende har mindre omfattande tillsyn än de i särskilt boende och i korttidsboende. Det finns därför behov av att man i hemtjänstens uppdrag inkluderar riskförebyggande arbete, då hemtjänsten ofta är den som i störst utsträckning har återkommande kontakt med dessa äldre personer.

Äldremottagningarnas uppdrag behöver förtydligas. För att de äldre ska kunna erbjudas insatser utifrån ett helhetsperspektiv finns det också behov av

att se till att riskförebyggande insatser inkluderas i äldremottagningarnas ansvar.

Det finns behov av att sjukvården säkerställer rutiner för att utvärdera och ompröva läkemedelsanvändningen hos äldre vid nedsatt njurfunktion, särskilt vid akut försämring av densamma.

Samtliga som arbetar med äldre behöver kunna bedöma överkonsumtion av alkohol som orsak eller bidragande orsak till det aktuella hälsotillståndet vid inskrivning av äldre i slutenvården, samt kunna vidta åtgärder för detta.

Det finns även ett betydande behov att i regioner och kommuner skapa förutsättningar för att i rutinsjukvård använda registerdata och administrativa data från vård och omsorg, i uppföljande och riskförebyggande syfte.



# Inledning

## Bakgrund

Under satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*, inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL; sedan 2019 Sveriges Kommuner och Regioner – SKR) om *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2010–2014* [1], användes två indikatorer för sammanhållen vård och omsorg: *Undvikbar slutenvård* och *Återinskrivning inom 30 dagar*. Indikatorn oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter ett vårdtillfälle syftar till att spegla hur väl samarbetet mellan huvudmännen fungerar, i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Tanken är att den ska peka på att vården på sjukhus vid föregående vårdtillfälle, eller insatserna därefter från primärvården och socialtjänsten, inte varit optimala.

Socialstyrelsen har under många år regelbundet analyserat andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, bland personer 65 år och äldre [2], baserat på uppgifter i patientregistret. En analys av data 2008–2012, visade att återinskrivningar oftast förekom när den äldre vid det föregående vårdtillfället vårdats för hjärtsvikt, fraktur på lårbenshals och höft, pneumoni eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) [3].

Mätningarna har genom åren visat påtagliga regionala skillnader i förekomsten av oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre. År 2018 varierade den mellan 14 och 22 procent [4]. Utvecklingen över tid under perioden 2012 och 2018 har dock inte uppvisat några tydliga trender. Både minskningar och ökningar ses, men är i flertalet regioner små variationer. I riket som helhet ses ingen nämnbar förändring i någon riktning. Det kan dock ha skett andra förändringar, exempelvis med avseende på de diagnoser som är associerade med återinskrivningarna. Det kan också ha skett förändringar i vissa grupper av äldre, som ännu inte analyserats specifikt. Framför allt har gruppen multisjuka och sköra äldre, som var i fokus för regeringens och SKRs satsning *Bättre liv för sjuka äldre 2010–2014* [1] hittills inte studerats i detta avseende.

Vidare kan nytillkomna insatser, eller andra omständigheter av betydelse för vården och omsorgen av äldre, ha haft effekter på förekomsten av återinskrivningar av äldre. En sådan är lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård ("samverkanslagen"), som trädde i kraft den 1 januari 2018.

Samverkanslagen "syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården", och ska "särskilt främja att en patient med behov av insatser, skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar". Lagen säger i korthet att behandlande läkare redan vid inskrivningen av en patient i slutenvården, ska bedöma om patienten behöver fortsatt vård och omsorg utanför sjukhuset. Slutenvården ska i så fall underrätta

berörda enheter om detta med uppgift om beräknad tidpunkt för utskrivning. Så snart berörda enheter fått denna information ska de påbörja sin planering av de insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. När behandlande läkare bedömer att patienten är utskrivningsklar, ska slutenvården underrätta berörda enheter om detta, och senast på utskrivningsdagen överföra den information som är nödvändig för att ge patienten vård och omsorg.

Det är således tänkbart att samverkanslagen kan ha inverkat på förekomsten av återinskrivningar av äldre, dels genom kortare vårdtider i slutenvården, dels genom förbättrad informationsöverföring mellan den slutna vården, socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och den regionala öppna vården, samt bättre planering och samordning av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård efter utskrivning.

## Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag (Dnr: S2019/02960/FS) av regeringen att: *”undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre och hur detta hanteras i olika landsting<sup>1</sup>. I uppdraget ingår att se över vilka diagnoser det är som återkommer bland dem som återinläggs<sup>2</sup>. Därutöver ska Socialstyrelsen analysera om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och landsting för att förebygga återinläggningar. Socialstyrelsen ska även undersöka hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende.”*

Projektets mål har varit att undersöka om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre.

Projektet anknyter till mål 3 *God hälsa och välbefinnande*, främst delmål 3.8 *Tillgängliggör sjukvård för alla*, i Agenda 2030, FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande.

## Avgränsningar

Projektet avgränsas till multisjuka och sköra äldre 65 år och äldre. Projektet omfattar inte en ingående analys av vårdkedjan för multisjuka och sköra äldre, eller andra indikatorer för sammanhållen vård och omsorg, såsom *undvikbar slutenvård* eller *tid som utskrivningsklar patient på sjukhus*.

---

<sup>1</sup> Landsting benämns från och med 2019 region

<sup>2</sup> I rapporten används termen återinskrivning istället för återinläggning

# Metod

Uppdraget genomfördes i två delar:

- En registerbaserad kartläggning av hur oplanerade återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre förändrats över tid från och med året före regeringens och SKR:s satsning på de mest sjuka äldre 2011–2014, med avseende på förekomst och karaktär.
- En kvalitativ studie av hur man idag i vården arbetar för att mäta, förebygga och följa upp oplanerade återinskrivningar, samt hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter hemkomst från slutenvård. Denna del omfattar dels intervjuer med representanter för ett urval av Sveriges regioner, dels en genomgång av litteratur som berör, direkt eller indirekt, återinskrivningar av äldre.

## Registeranalyser

Analyserna bygger på samkörda uppgifter från patientregistret, Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SOL), Socialstyrelsens register om insatser enligt LSS samt läkemedelsregistret. Personer 65 år och äldre med minst ett vårdtillfälle i slutenvård aktuellt år studerades och resultaten presenterades årsvis för åren 2010–2019.

### Analys av återinskrivningar

#### Definition

Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre, där oplanerad återinskrivning skett inom ett givet antal dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård.

#### Täljare

Antal oplanerade vårdtillfällen där patienten skrivits in inom ett givet antal dagar efter att ha skrivits ut från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård.

#### Nämnare

Antalet avslutade vårdtillfällen, både planerade och oplanerade.

#### Avgränsningar

- Ett vårdtillfälle definierades som oplanerat om variabeln PVARD i patientregistret hade värdet 2.
- Återinskrivningar som skett samma dag inkluderades inte
- Vårdtillfällen där patienten skrivs in från och ut till ”annat sjukhus/klinik” inkluderades inte.
- Vårdtillfällen där patienten skrivs in från ”annat sjukhus/klinik” inkluderades inte i täljaren
- Vårdtillfällen där patienten skrivs ut till ”annat sjukhus/klinik” inkluderades inte i nämnaren

- Vårdtillfällen där utskrivningssätt är ”avliden” inkluderades inte i nämnaren

## Definition av multisjuka och sköra äldre

### *Multisjuka äldre*

Identifieringen av multisjuka personer utgick ifrån Socialstyrelsens (Ref) definition:

*Personer 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inneliggande tre eller fler gånger inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10.*

För att kunna jämföra resultaten med data från andra mätningar av återinskrivningar, från bland annat Socialstyrelsen och SKR, valde vi dock att utvidga ålderskriteriet till 65 år och äldre.

### *Multisjuka och sköra äldre*

På grund av att skörhet är ett komplext begrepp med flera olika definitioner, varav flera bygger på uppgifter som inte är registrerade i hälsodataregister, användes inte någon specifik definition av skörhet. Istället tillämpades, för att identifiera ”multisjuka och sköra äldre”, Socialstyrelsens definition av ”mest sjuka äldre” [5]:

Personer som uppfyller minst ett av kriterierna för vardera omfattande sjukvård och omfattande omsorg per år:

#### Omfattande sjukvård

- Uppfyllt kriterierna för multisjuk under året
- Har haft minst 20 dagar i slutenvård under ett år
- Har haft minst fyra inskrivningar i slutenvård under ett år
- Har haft minst 8 läkarbesök i öppen specialistvård under ett år

#### Omfattande omsorg

- Bor permanent i särskilt boende
- Har beviljats beslut om minst 25 hemtjänsttimmar per månad i ordinärt boende
- Har beviljats beslut om insats med stöd enligt LSS
- Har beviljats beslut om korttidsboende

## Demografiska variabler

Ålder definierades som ålder vid årets slut. Åldersstandardisering har utförts baserad på standardpopulation ”medelbefolkningen 2018” (åldersgrupper för vikter: 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85+ år). Region- och kommuntillhörighet baserades på uppgifter vid vårdtillfället, som regionen skickat in till patientregistret. Uppgifter om boendeform och kommunal hälso- och sjukvård hämtades från SOL.

## Analys av omfattningen av återinskrivningar

Förekomsten av återinskrivningar analyserades årsvis för perioden 2010 – 2019, för personer 65 år och äldre i följande grupper:

- alla personer med minst ett vårdtillfälle i slutenvård aktuellt år
- multisjuka äldre
- mest sjuka äldre

Separata analyser gjordes med avseende på förekomst av kommunal hälso- och sjukvård och boendeform:

- ordinärt boende utan kommunal hälso- och sjukvård
- ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård
- särskilt boende (säbo)

samt med avseende på kön, åldersgrupp (65–74 år, 75–79 år, 80 år och äldre), hemortskommun och -region, utbildningsnivå samt födelse-land.

## Analys av diagnoser vid återinskrivningar

För att studera diagnospanoramata i samband med oplanerade återinskrivningar, utgick vi ifrån huvuddiagnosen vid det vårdtillfälle som *föregick* återinskrivningen (vårdtillfälle 1). Diagnoserna definierades med en treställig ICD-10-kod. I ett första steg analyserades förekomsten av de 20 vanligast förekommande diagnoserna vid vårdtillfälle 1. I nästa steg undersöktes separat vilka diagnoser som var vanligast vid det vårdtillfälle som utgjorde återinskrivningen (vårdtillfälle 2) för dem som vid vårdtillfälle 1 hade en av de under 2019 fyra vanligaste diagnoserna. Här utökades definitionen av dessa diagnoser med samtliga för diagnosen relevanta ICD-10-koder (tre och fyrställiga ICD-10-koder) – i förekommande fall i kombinationer av såväl huvud- som bidiagnoser.

- KOL: J44.0, J44.1, J44.9 samt J20 i kombination med någon av bidiagnoserna J41, J42, J43, J44, J47
- Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt): I50
- Andra sjukdomar i urinorganen: N30–N39
- Pneumoni (lunginflammation): J09, J10.0, J11, J13, J14, J15, J16, J17, J18

## Analys av läkemedelsanvändning

Analys av läkemedelsanvändningen baserades på data från läkemedelsregistret. Aktuell läkemedelsanvändning för en person vid en given tidpunkt uppskattades genom att kombinera uppgifter om datum för läkemedelsuttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering, för läkemedel expedierade inom ett tremånadersintervall före mät datumet, enligt en tidigare beskriven metod [6].

För redovisningen av de vanligaste läkemedelsgrupperna och deras användning hos mest sjuka äldre, analyserades användningen vid tidpunkten för inskrivning för vårdtillfället före första återinskrivningen 2010 respektive 2019. Analysen avgränsades till de personer som levde vid årets slut.

För att analysera förändringar i läkemedelsanvändningen hos mest sjuka äldre under åren 2010 respektive 2019, gjordes en jämförelse, per person,

mellan aktuell användning vid tidpunkten för inskrivning för vårdtillfället före första återinskrivningen, och användningen 9 månader senare. Analysen avgränsades till de personer för vilka detta vårdtillfälle inföll någon gång under årets första tre månader och som levde vid årets slut.

## Intervjuer

Syftet med intervjuundersökningen var att samla kunskap om hur regioner och kommuner arbetar för att förebygga oplanerade återinskrivningar av äldre, samt vilka framgångsfaktorer och utmaningar/hinder de intervjuade ser i detta arbete.

Tio regioner valdes ut för intervjuerna. Det gjordes genom slumpmässigt urval, vilket efter en korrigering (byte av mindre region mot en större) gav en god spridning avseende befolkningsstorlek och geografi:

- Region Stockholm
- Region Jönköpings län
- Region Kronoberg
- Region Kalmar län
- Region Blekinge
- Region Skåne
- Västra Götalandsregionen
- Region Dalarna
- Region Västerbotten
- Region Norrbotten

Inledningsvis gjordes sex pilotintervjuer med personer med samordnande funktion i fem av dessa regioner som bedömts kommit längre med arbetet med att skapa förutsättningar för en god vård och omsorg för multisjuka och sköra äldre. Därefter genomfördes totalt 29 intervjuer med samtliga 10 regioner. I varje region intervjuades tre (i Stockholm och Blekinge två) personer: en regional samordnare, en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt en person som arbetade i regional sjukvårdsverksamhet, och var verksam i primärvården eller specialistvården i regionen. Intervjuerna var semi-strukturerade och utgick ifrån följande övergripande frågeområden:

- Hur problembilden kring vården och omsorgen av multisjuka och sköra äldre ser ut i regionen – tidigare och idag.
- Hur man arbetar i regionen för att förbättra vården, och minska förekomsten av oplanerade återinskrivningar, för multisjuka och sköra äldre (på verksamhetsnivå, i samverkan samt på strategisk nivå) samt hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende.
- Hur arbetet/insatserna följs upp och utvärderas.
- Vilka hinder och framgångsfaktorer finns som påverkar arbetet med att förebygga oplanerade återinskrivningar.
- Vilka ytterligare insatser eller åtgärder (på lokal/regional/nationell nivå) skulle göra skillnad för arbetet.

Med utgångspunkt i dessa frågeområden utformades specifika intervjuscheman (se exempel i bilaga 1) anpassade till olika kategorier av intervjupersoner. Intervjuerna genomfördes digitalt eller per telefon, transkriberades sedan och analyserades tematiskt i kodningsprogrammet Nvivo.

# Resultat

## Oplanerade återinskrivningar av äldre – omfattning och karaktär

### Utveckling över tid

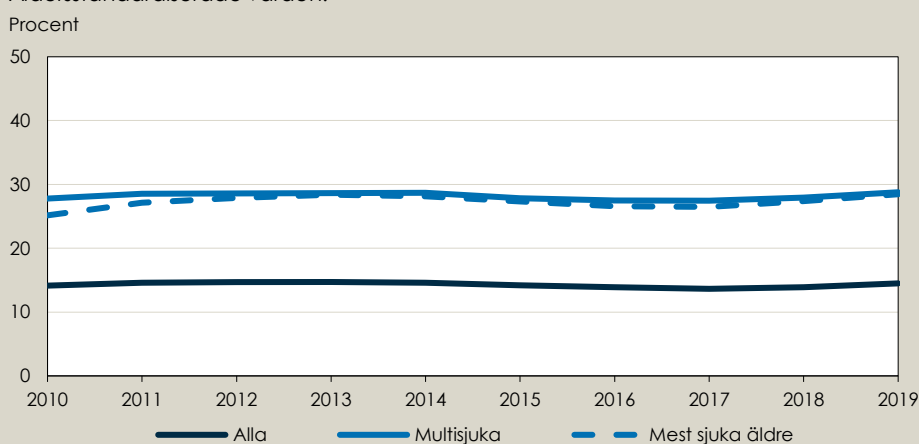
Figur 1 visar hur andelen vårdtillfällen där en oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, förändrats över tid för patienter 65 år och äldre. Data bygger på årliga mätningar i patientregistret 2010–2019.

Totala antalet vårdtillfällen i slutenvård minskade något under perioden för patienter 65 år och äldre som helhet (2010: 616 890; 2019: 595 618) ökade något för multisjuka äldre (2010: 189 104; 2019: 190 949) och ökade påtagligt för mest sjuka äldre (2010: 87 406; 2019: 133 706).

Andelen återinskrivningar var hos multisjuka äldre (variation under perioden, min–max: 27,4–28,8 procent) respektive mest sjuka äldre (25,2–28,5 procent) ungefär dubbelt så hög som i hela gruppen äldre  $\geq 65$  år (13,6–14,7 procent). För patienter  $\geq 65$  år som helhet, liksom för gruppen multisjuka äldre, sågs inte någon betydande förändring under den studerade tidsperioden. För mest sjuka äldre sågs en liten ökning, från 25,2 procent 2010 till 28,5 procent 2019.

**Figur 1. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar**

Andel oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar bland personer 65 år och äldre. Uppdelat på alla slutenvårdade, multisjuka äldre samt mest sjuka äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

Trenden var likartad för oplanerade återinskrivningar inom 7 respektive 14 dagar, utan några betydande förändringar över tid (resultat visas ej).

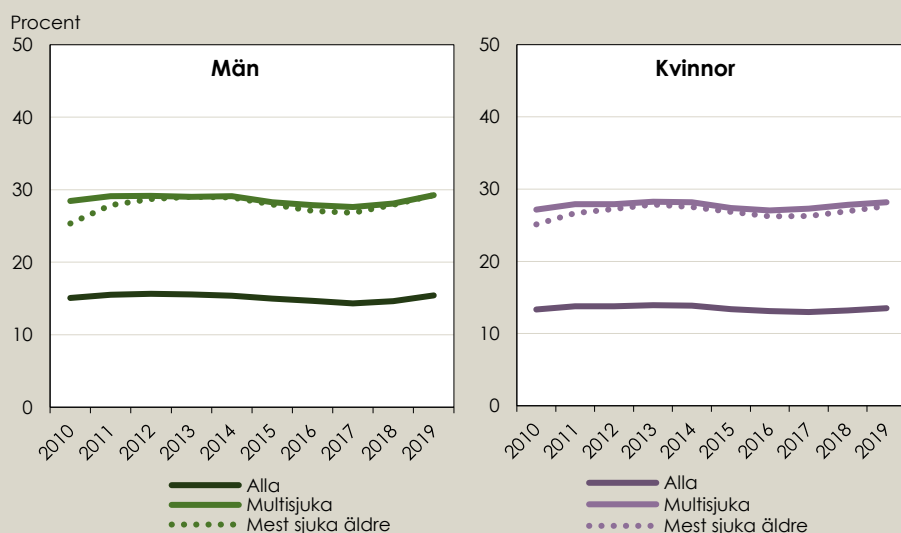
Figur 2 visar motsvarande trend för män respektive kvinnor. Andelen oplanerade återinskrivningar var något lägre för kvinnor (variation under perioden för alla  $\geq 65$  år: 13,0–13,9 procent; totalt antal vårdtillfällen 323 192–



295 610) jämfört med män (14,3–15,6 procent; 293 698–300 010). För båda könen sågs ett likartat mönster, med en högre förekomst av återinskrivningar hos multisjuka och mest sjuka äldre jämfört med alla personer 65 år äldre, och med ringa förändringar över tid.

**Figur 2. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, män och kvinnor**

Andel oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar bland personer 65 år och äldre. Uppdelat efter alla slutenvårdade, multisjuka äldre, mest sjuka äldre, samt kön. Åldersstandardiserade värden



Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

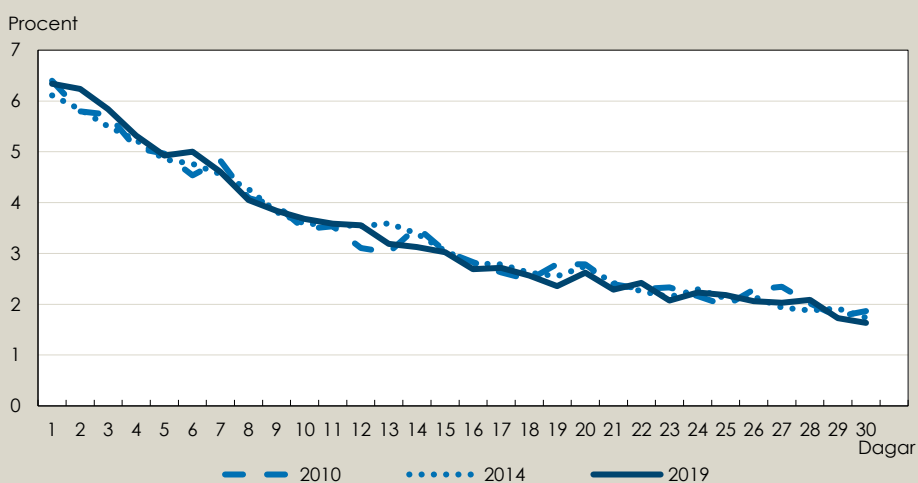
Fortsättningsvis redovisas huvudsakligen resultat för gruppen *mest sjuka äldre 65 år och äldre*, som bedömts vara den grupp som bäst motsvarar ”multisjuka och sköra äldre” (se metodavsnittet).

## Omfattning av återinskrivningar per dag efter utskrivning

Figur 3 visar fördelningen per dag av de återinskrivningar som sker inom 1–30 dagar efter utskrivning, bland *mest sjuka äldre*, år 2010 (totalt antal vårdtillfällen 21 006), 2014 (40 933) och 2019 (37 155). Andelen återinskrivningar per dag var högst tidigt efter utskrivning. Under 2019 skedde 18 procent av återinskrivningarna inom tre dagar, 38 procent inom en vecka och 50 procent inom tio dagar efter utskrivning. Fördelningen var mycket lik den för 2010 och 2014.

### Figur 3. Andel återinskrivningar per dag inom 30 dagar efter utskrivning. Mest sjuka äldre

Andelen av återinskrivningar per dag inom 1–30 dagar efter utskrivning, bland personer 65 år och äldre, för år 2010, 2014 och 2019. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen

### Antal återinskrivningar per individ

Flertalet av de *mest sjuka äldre* som blev återinskrivna inom 30 dagar under 2019 återinskrivs endast en gång, men de som återinskrivs mer än en gång representerade majoriteten av alla återinskrivningar (tabell 1). De som återinskrivs två eller fler gånger under året, stod för nära två tredjedelar av återinskrivningarna. Inga betydande skillnader sågs i denna fördelning mellan 2010 och 2019.

**Tabell 1. Förekomst av en eller flera återinskrivningar per patient 2010 och 2019. Mest sjuka äldre**

Fördelning med avseende på andel (procent) patienter som återinskrivits, samt andel (procent) återinskrivningar, bland patienter som återinskrivits minst en gång 2010: 34 369; 2019: 54 538.

Antal återinskrivningar per patient	2010		2019	
	Andel patienter	Andel återinskrivningar	Andel patienter	Andel återinskrivningar
En	63,4	37,9	62,4	36,4
Två eller fler	36,6	62,1	37,6	63,6
Tre eller fler	15,1	36,4	15,4	37,6
Fyra eller fler	6,8	21,6	7,0	22,9
Fem eller fler	3,4	13,4	3,4	14,6

### Variation med avseende på region och kommun

Det förelåg en påtaglig variation mellan regionerna i andel återinskrivningar av mest sjuka äldre, såväl 2010–2011 som 2018–2019 (tabell 2). Andelen var högre 2018–2019 för 15 av 21 regioner. Den påtagliga spridningen mellan kommunerna inom varje region som sågs 2010–2011, hade dock minskat 2018–2019 – i flera fall avsevärt – för 13 av regionerna.

**Tabell 2. Andel oplanerade återinskrivningar region och kommun. Mest sjuka äldre.**

Andel (procent) oplanerade återinskrivningar inom 1–30 dagar samt spridning (kvartil 1–3; Q1–Q3) för kommunerna, redovisat per region, under perioden 2010–2011 respektive 2018–2019. Sorterat utifrån andel 2010–2011, fallande ordning.

Region	2010–2011		2018–2019	
	Region Andel	Kommun Q1-Q3	Region Andel	Kommun Q1-Q3
Östergötland	22	17–27	26*	23–27
Uppsala	23	19–26	24	20–26
Blekinge	23	22–24	26*	26–28
Stockholm	23	21–26	27*	24–28
Jönköping	24	21–27	30*	29–33
Kronoberg	25	23–26	32*	31–33
Södermanland	26	22–28	26	24–27
Västra Götaland	26	23–27	29*	27–31
Skåne	26	24–28	25*	23–29
Västerbotten	26	18–28	29*	25–31
Örebro	26	23–29	27	25–29
Kalmar	27	25–28	27	25–28
Dalarna	27	24–30	31*	29–33
Västmanland	27	23–28	30*	28–32
Halland	28	27–28	32*	31–34
Värmland	28	26–30	33*	29–35
Gävleborg	28	25–30	32*	27–35
Gotland	28	28–28	31	31–31
Västernorrland	29	26–31	32*	25–36
Jämtland	29	24–28	11*	9–12
Norrbottn	30	26–31	33*	31–34

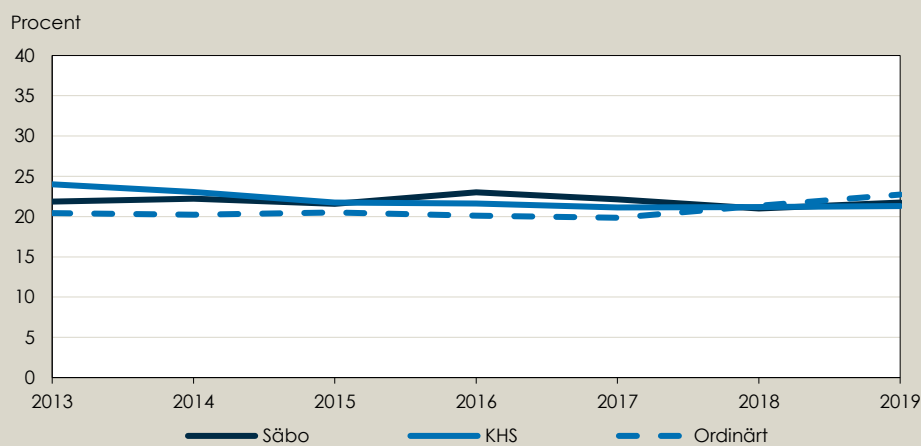
Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen. \*Signifikant skillnad (Z-test,  $p < 0,05$ ) mellan 2010–2011 och 2018–2019.

## Utveckling över tid med avseende på kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och boendeform

Figur 4 visar hur andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, förändrats för de *mest sjuka äldre*, från 2013 till 2019, med avseende på förekomst av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och boendeform. Resultaten visar att andelen oplanerade återinskrivningar ligger på samma nivå och har praktiskt taget inte förändrats under denna period, hos personer i ordinärt boende utan kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (totalt antal vårdtillfällen 2013: 58 780; 2019: 40 377), de som har kommunal hälso- och sjukvård (KHS) i ordinärt boende (2013: 79 649; 2019: 54 385), respektive de bor i särskilt boende (säbo) (2013: 20 344; 2019: 17 566).

#### Figur 4. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland mest sjuka äldre – kommunal insats

Andel oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar bland personer 65 år och äldre. Uppdelat på ordinärt boende utan och med kommunal hälso- och sjukvård (KHS) samt särskilt boende, 2013-2019. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistretregistret över: insatser inom kommunal hälso- och sjukvård; insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning; insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

#### Samband med sociodemografiska faktorer

En multivariat analys (tabell 3) av återinskrivningar 2019, med en logistisk regressionsmodell omfattande kön, ålder, födelseland, utbildning, typ av hemkommun, boende och förekomst av kommunal insats, samt antal huvuddiagnoser, vård dagar och inskrivningar under året och region (visas ej), visar att manligt kön, hög ålder ( $\geq 80$  år), att bo i kommun utanför storstad, att ha kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende och att bo i säbo, var förenat med en högre sannolikhet för mest sjuka äldre att återinskrivas inom 30 dagar.

**Tabell 3. Samband mellan olika sociodemografiska faktorer och sannolikheten att minst en gång återinskrivas oplanerat inom 30 dagar 2019. Mest sjuka äldre.**

Oddsquoter med 95 procent konfidensintervall (KI) för kön, ålder, födelseland, utbildning, typ av hemkommun samt boende och förekomst av kommunal insats, för mest sjuka äldre, 65 år och äldre.

	Oddsquoter <sup>1</sup> (95 procent KI)	Oddsquoter <sup>2</sup> (95 procent KI)
<b>Kön</b>		
Kvinnor	1 (Referens)	1 (Referens)
Män	1,15 (1,12-1,19)	1,06 (1,02-1,11)
<b>Ålder</b>		
65-74 år	1 (Referens)	1 (Referens)
75-79 år	0,96 (0,91-1,02)	0,94 (0,87-1,01)
≥80 år	0,96 (0,92-1,00)	1,08 (1,02-1,14)
<b>Födelseland</b>		
Sverige	1 (Referens)	1 (Referens)
Övriga Norden	1,02 (0,95-1,10)	1,00 (0,91-1,09)
Övriga EU28	0,92 (0,84-1,00)	0,97 (0,86-1,09)
Övriga världen	0,93 (0,85-1,02)	1,03 (0,89-1,19)
<b>Utbildning</b>		
Förgymnasial utbildning	1 (Referens)	1 (Referens)
Gymnasial utbildning	1,01 (0,97-1,05)	1,05 (1,00-1,10)
Eftergymnasial utbildning	0,90 (0,86-0,94)	1,00 (0,94-1,06)
<b>Kommungrupp</b>		
A. Storstadskommun	1 (Referens)	1 (Referens)
B. Större stad/kommun	1,11 (1,06-1,15)	1,14 (1,06-1,24)
C. Mindre stad, tätort/kommun	1,23 (1,17-1,28)	1,17 (1,08-1,26)
<b>Boende, kommunal insats</b>		
Ordinärt boende	1 (Referens)	1 (Referens)
Kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende	1,75 (1,68-1,82)	1,65 (1,56-1,74)
Särskilt boende	1,27 (1,21-1,34)	1,28 (1,20-1,36)

<sup>1</sup>Oddsquoter utan justering för övriga variabler, <sup>2</sup>oddsquoter justerade för övriga variabler i tabellen samt antal huvuddiagnoser (treställig ICD-kod), antal vård dagar och inskrivningar under året och region. Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Socialstyrelsen) och utbildningsregistret (SCB).

## Vilka diagnoser återkommer bland dem som återinskrivs?

De vanligaste diagnoserna vid vårdtillfället före återinskrivningen

Tabell 4 och 5 visar de 20 mest förekommande diagnoserna i gruppen *mest sjuka äldre* som återinskrivs inom 30 dagar minst en gång 2010 respektive 2019. *Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)*, *Hjärtinsufficiens* (hjärtsvikt), *Andra sjukdomar i urinorganen*, *Pneumoni* och *Fraktur på lårben* var de vanligaste diagnoserna både 2010 och 2019. KOL och fraktur på lårben var vanligare hos kvinnor och de övriga av dessa diagnoser vanligare hos män.

**Tabell 4. De 20 vanligaste diagnoserna hos mest sjuka äldre  $\geq 65$  år som återinskrevs inom 30 dagar. 2010.**

Huvuddiagnoser vid vårdtillfället före återinskrivningen. Andel (procent) av samtliga vårdtillfällen (N=20 848) som följts av en återinskrivning inom 30 dagar. Åldersstandardiserade värden.

ICD	Diagnos	Andel, procent		
		Alla	Män	Kvinnor
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]	7,1	5,6	8,5
I50	Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt)	5,3	6,1	4,5
J18	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	2,8	3,6	2,2
S72	Fraktur på lårben	2,6	2,1	3,0
N39	Andra sjukdomar i urinorganen	2,4	2,7	2,2
I63	Cerebral infarkt	2,2	2,3	2,0
R07	Smärtor i luftstrupe och bröstorg	1,9	2,1	1,6
I21	Akut hjärtinfarkt	1,7	1,7	1,7
E11	Ej insulinberoende diabetes	1,6	1,9	1,2
I70	Ateroskleros (åderförkalkning)	1,5	1,7	1,4
I48	Förmaksflimmer och förmaksfladder	1,5	1,2	1,7
J15	Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes	1,5	1,7	1,3
A41	Annan sepsis	1,5	1,7	1,3
G40	Epilepsi	1,4	1,5	1,4
K59	Andra funktionsrubbnings i tarmen	1,4	1,4	1,4
R10	Smärtor från buk och bäcken	1,3	1,1	1,5
N18	Kronisk njursvikt	1,1	1,0	1,3
G20	Parkinsons sjukdom	0,9	1,2	0,7
I20	Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet)	0,9	1,1	0,8
K56	Paralytisk ileus (tarmvred) och tarmpassagehinder utan uppgift om bråck	0,9	1,0	0,8

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

**Tabell 5. De 20 vanligaste diagnoserna hos mest sjuka äldre  $\geq 65$  år som återinskrivs inom 30 dagar, 2019.**

Huvuddiagnoser vid vårdtillfället före återinskrivning. Andel (procent) av samtliga vårdtillfällen (N=37 366) som följts av en återinskrivning inom 30 dagar. Åldersstandardiserade värden.

ICD	Diagnos	Andel, procent		
		Alla	Män	Kvinnor
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]	5,9	4,5	7,4
I50	Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt)	5,2	5,8	4,4
N39	Andra sjukdomar i urinorganen	2,8	3,2	2,4
J18	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	2,7	3,1	2,3
J15	Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes	2,5	2,9	2,1
S72	Fraktur på lårben	1,8	1,6	2,0
I63	Cerebral infarkt	1,5	1,7	1,3
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	1,4	1,9	0,8
I48	Förmaksflimmer och förmaksfladder	1,3	1,1	1,6
N10	Akut tubulo-interstitiell nefrit	1,3	1,4	1,2
I70	Ateroskleros (åderförkalkning)	1,2	1,2	1,2
K56	Paralytisk ileus (farmvred) och tarmpassagehinder utan uppgift om bräck	1,2	1,0	1,4
C34	Malign tumör i bronk och lunga	1,1	0,8	1,4
A41	Annan sepsis	1,1	1,2	0,9
I21	Akut hjärtinfarkt	1,0	1,2	0,9
E87	Andra rubbningar i vätske-, elektrolyt- och syrabasbalans	1,0	0,9	1,1
N17	Akut njursvikt	1,0	1,1	0,8
R06	Onormal andning	1,0	0,8	1,1
S06	Intrakraniell skada	0,8	1,0	0,6
R53	Sjukdomskänsla och frötthet	0,8	0,9	0,8

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

En jämförelse mellan andelarna redovisade i tabell 4 och 5 visar att det har skett förändringar mellan åren 2010 och 2019. Tabell 6 visar de diagnoser hos mest sjuka äldre, som uppvisar störst skillnader i andel återinskrivningar mellan dessa år. De som ökade mest var *Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes*; *akut njursvikt* (främst hos män; 0,2 till 1,1 procent) och *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol* (främst hos män; 1,3 till 2,0 procent), medan *KOL* (främst hos kvinnor; 8,5 till 7,4 procent), *smärtor i luftstrupe och bröstorg* (främst hos män; 2,1 till 0,7 procent); och *fraktur på lårben* (främst hos kvinnor; 3,0 till 2,0 procent) uppvisade den största minskningen. För hjärtsvikt sågs inga betydande förändringar.

**Tabell 6. De 10 diagnoser hos mest sjuka äldre ≥65, år, för vilka andelen återinskrivningar inom 30 dagar förändrats mest mellan 2010 och 2019.**

Huvuddiagnoser vid vårdtillfället före återinskrivning. Andel (procent) av samtliga vårdtillfällen som följts av en återinskrivning inom 30 dagar 2010 (N=20 848) och 2019 (N=37 366) samt skillnad mellan dessa andelar, uttryckt i procentenheter. Åldersstandardiserade värden.

ICD	Diagnos	Andel 2010	Andel 2019	Skillnad
<b>Ökning</b>				
J15	Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes	1,5	2,5	1,0
N17	Akut njursvikt	0,2	1,0	0,8
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	0,8	1,4	0,6
N10	Akut tubulo-interstitiell nefrit	0,7	1,3	0,6
Z75	Problem som har samband med vårdresurser och annan hälso- och sjukvård	0,0	0,5	0,5
J10	Influensa orsakad av annat identifierat influensavirus	0,0	0,5	0,5
J90	Utgjutning i lungsäcken som ej klassificeras annorstädes	0,3	0,7	0,4
R18	Ascites (vätska i buken)	0,2	0,6	0,4
C34	Malign tumör i bronk och lunga	0,6	1,1	0,4
N39	Andra sjukdomar i urinorganen	2,4	2,8	0,4
<b>Minskning</b>				
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]	7,1	5,9	-1,2
R07	Smärtor i luftstrupe och bröstorg	1,9	0,7	-1,1
S72	Fraktur på lårben	2,6	1,8	-0,8
G40	Epilepsi	1,4	0,7	-0,8
E11	Ej insulinberoende diabetes	1,6	0,8	-0,8
I21	Akut hjärtinfarkt	1,7	1,0	-0,7
I20	Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet)	0,9	0,3	-0,6
R10	Smärtor från buk och bäcken	1,3	0,7	-0,6
I63	Cerebral infarkt	2,2	1,5	-0,6
K59	Andra funktionsrubbnings i tarmen	1,4	0,8	-0,6

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

## De vanligaste diagnoserna vid återinskrivningen

I denna analys undersöktes vilka diagnoser som var vanligast vid det vårdtillfälle som utgjorde återinskrivningen (vårdtillfälle 2) för dem som vid vårdtillfälle 1 hade en av de fyra vanligaste diagnoserna (se tabell 4 och 5 ovan): KOL, hjärtinsufficiens, andra sjukdomar i urinorganen samt pneumoni (tabell 7).



**Tabell 7. De vanligaste huvuddiagnoserna vid återinskrivning inom 30 dagar efter slutenvård med en huvuddiagnos som motsvarar KOL, hjärtinsufficiens, andra sjukdomar i urinorganen eller pneumoni 2010 och 2019.**

Andelar (procent) av samtliga vårdtillfällen som utgör en återinskrivning inom 30 dagar, 2010 (N=20 848) och 2019 (N=37 366), samt skillnad i procentenheter mellan dessa. Sorterat i fallande ordning utifrån andel 2019. För ICD-10-koder som definierar KOL, hjärtinsufficiens, andra sjukdomar i urinorganen samt pneumoni, se metodbeskrivningen. Åldersstandardiserade värden.

ICD-10	Diagnos	Andel 2010	Andel 2019	Skillnad
	<b>Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)</b>	<b>63,5</b>	<b>58,3</b>	<b>-5,2</b>
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom	63,4	58,1	-5,3
J18	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	2,7	4,4	1,7
I50	Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt)	3,9	3,5	-0,4
J15	Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes	1,6	2,9	1,3
J96	Respiratorisk insufficiens (andningssvikt) som ej klassificeras annorstädes	3,0	1,9	-1,1
R06	Onormal andning	0,9	1,7	0,9
F41	Andra ångestsyndrom	0,2	1,2	1,0
	<b>Hjärtsvikt</b>	<b>45,1</b>	<b>41,5</b>	<b>-3,6</b>
I50	Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt)	45,1	41,5	-3,6
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]	5,1	3,3	-1,8
N17	Akut njursvikt	1,0	2,3	1,3
R06	Onormal andning	2,1	2,1	-0,1
J18	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	1,1	1,9	0,8
A41	Annan sepsis	0,9	1,6	0,7
R07	Smärtor i luftstrupe och bröstorg	3,3	1,6	-1,7
	<b>Andra sjukdomar i urinorganen</b>	<b>18,9</b>	<b>18,5</b>	<b>-0,4</b>
N39	Andra sjukdomar i urinorganen	15,6	16,8	1,2
N10	Akut tubulo-interstitiell nefrit	1,9	4,2	2,3
J18	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	3,2	3,8	0,5
B99	Andra och icke specificerade infektionssjukdomar	0,4	2,1	1,7
I50	Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt)	3,0	2,1	-0,9
R53	Sjukdomskänsla och trötthet	1,7	2,0	0,3
J15	Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes	1,8	1,8	0,0
	<b>Pneumoni</b>	<b>26,8</b>	<b>24,7</b>	<b>-2,1</b>
J15	Bakteriell pneumoni som ej klassificeras annorstädes	8,7	12,3	3,5
J18	Pneumoni orsakad av icke specificerad mikroorganism	17,5	11,4	-6,1
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]	5,2	10,2	4,9
I50	Hjärtinsufficiens (hjärtsvikt)	6,4	3,3	-3,0
J69	Pneumonit (spridda, icke infektionsbetingade inflammatoriska förändringar i lungorna) orsakad av fasta och flytande ämnen	2,7	3,3	0,6
N39	Andra sjukdomar i urinorganen	3,1	2,5	-0,6
R06	Onormal andning	0,8	2,3	1,6

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Återinskrivningar med en huvuddiagnos motsvarande samma diagnos vid föregående vårdtillfälle var relativt vanliga för de två vanligaste diagnoserna, *KOL* och *Hjärtsvikt* – 58 procent av återinskrivningarna för *KOL* och 42 procent för *Hjärtsvikt*. För *Andra sjukdomar i urinorganen* och *Pneumoni* var andelarna mindre; 18 respektive 25 procent. För *KOL*, *Hjärtsvikt* och *Pneumoni* sågs en minskning i andelen återinskrivningar med motsvarande huvuddiagnos mellan 2010 och 2019.

## Övriga analyser

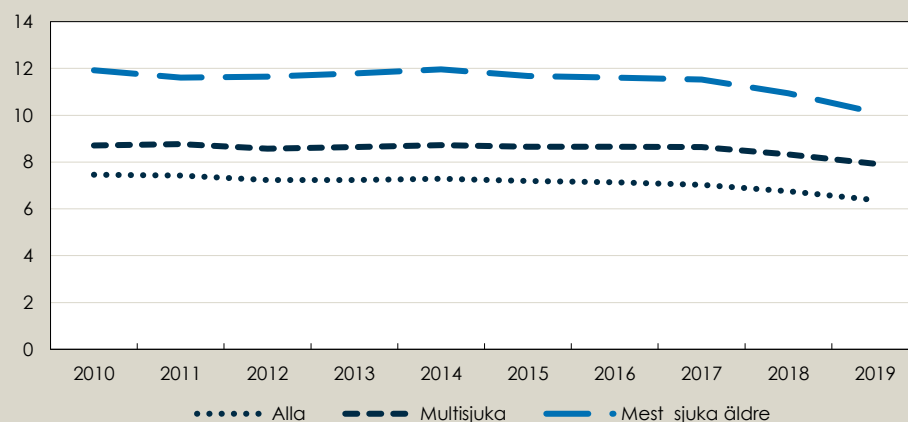
### Vårdtider

Figur 5 visar hur medelvårdtiden per person har förändrats över tid för patienter 65 år och äldre. För hela gruppen minskade den med 14 procent 2010–2019 och 9 procent 2017–2019. För multisjuka äldre sågs minskningar om 9 respektive 8 procent och för mest sjuka äldre 15 respektive 12 procent. Totalt antal vårdepisoder: alla personer  $\geq 65$  år: 2010: 592 801; 2019: 625 540; multisjuka äldre: 2010: 185 857; 2019: 195 320; mest sjuka äldre: 2010: 84 916; 2019: 139 832.

**Figur 5. Medelvårdtid 2010-2019**

Medelvårdtid för vårdepisoder för personer 65 år och äldre, uppdelat på alla vårdade, multisjuka samt mest sjuka äldre 2010-2019.

Medelvårdtid i dagar



\* Personer som vårdats i slutenvården 0 dagar ingår ej i resultatet

Källa: Patientregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen

### Läkemedelsanvändning

Tabell 8 visar de 20 vanligaste läkemedelsgrupperna hos *mest sjuka äldre* och deras användning inför vårdtillfället före första återinskrivningen 2010 respektive 2019. De flesta läkemedelsgrupper hade ökat i användning, främst *Medel som påverkar serumlipidnivåerna*, *Angiotensin II receptorblockerare* (ARB; ingår tillsammans med ACE-hämmare i gruppen C09 – *Medel som påverkar renin-angiotensinsystemet*, som ökade med 5,9 procentenheter), *Beta-receptorblockerande medel*, *Kalciumantagonister* samt *Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom* (varav protonpumpshämmare ökade med

5,2 procentenheter). Medelantal läkemedel per person var vid denna tidpunkt 8,2 läkemedel 2010 och 8,7 läkemedel 2019.

**Tabell 8. Användning av de 20 vanligaste läkemedelsgrupperna hos mest sjuka äldre 2010 och 2019.**

Andel (procent) användare vid inskrivningsdatumet för vårdtillfället före första återinskrivningen, 2010 (N=10 520) respektive 2019 (N=13 972), samt skillnad mellan dessa andelar, uttryckt i procentenheter. Sorterat i fallande ordning utifrån användningen 2019.

ATC	Läkemedelsgrupp	Andel 2010	Andel 2019	Skillnad
B01A	Antikoagulantia	51,0	53,0	1,9
C07A	Beta-receptorblockerande medel	38,7	43,9	5,2
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	35,3	36,2	0,9
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom	29,4	34,0	4,7
C10A	Medel som påverkar serumlipidnivåerna	22,5	32,2	9,7
B03B	Vitamin B12 och folsyra	26,7	30,6	3,9
C03C	Loop-diuretika	37,4	30,2	-7,2
N06A	Antidepressiva medel	29,0	28,7	-0,3
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	31,0	26,4	-4,6
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlselektiv effekt	15,4	20,4	5,0
N02A	Opioider	21,0	20,3	-0,7
A06A	Medel vid förstoppning	19,7	19,0	-0,7
C09A	ACE-hämmare	21,1	17,8	-3,3
A12A	Kalcium	15,8	17,5	1,7
C09C	Angiotensin II receptorblockerare (ARBs)	9,3	17,3	8,0
N05B	Lugnande medel, ataraktika	16,9	14,1	-2,8
R03A	Adrenergika, inhalationer	10,9	13,8	2,9
H03A	Tyreoideapreparat	11,5	12,1	0,5
A10B	Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner	7,8	11,8	4,0
N03A	Antiepileptika	9,5	11,5	2,0

En analys gjordes också av förändringarna i läkemedelsanvändningen under respektive år 2010 och 2019, genom en jämförelse, per person, mellan aktuell användning inför vårdtillfället före första återinskrivningen, och användningen 9 månader senare (tabell 9). Antal läkemedel per person hade ökat med 0,3 mellan 2010 och 2019. Läkemedelsanvändningen ökade också under den studerade 9-månadersperioden, med 17 procent båda åren. Också övriga förändringar i läkemedelsanvändningen var mycket likartade i förekomst 2010 och 2019. Under båda åren utgjorde dosjusteringar en femtedel av alla läkemedelsförändringar.

**Tabell 9. Förändringar i läkemedelsanvändningen hos mest sjuka äldre 2010 och 2019.**

Jämförelse, per person, mellan aktuell läkemedelsanvändning inför vårdtillfället före första återinskrivningen och användningen 9 månader senare, 2010 (N=3 106) och 2019 (N=4142).

	2010	2019
Antal läkemedel inför vårdtillfället före första återinskrivningen	7,7	8,0
Antal läkemedel 9 månader senare	9,0	9,4
Förändring av läkemedelsanvändningen, procent	17,0	17,2
Antal insättningar per person	4,4	4,4
Antal utsättningar per person	3,1	3,0
Antal dosökningar per person	0,7	0,6
Antal dosminskningar per person	0,8	0,7

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

## Hur hanteras återinskrivningar i olika regioner?

Det framgår av intervjuerna att man i regioner och kommuner inte i någon större omfattning tillämpar särskilda metoder med det specifika syftet att minska återinskrivningar av äldre. Istället beskriver man vad som görs för att ge äldre personer, i synnerhet de med komplexa behov, en god vård och omsorg, och därmed kunna förebygga återinskrivningar. Detta avsnitt redogör för vad som framkommit i intervjuerna med representanter för de utvalda regionerna avseende:

- olika former för samverkan
- olika verksamheter och insatser

För att göra avsnittet mer sammanhängande och informativt har det kompletterats med uppgifter från litteratur inom området. Avsnittet avslutas med en sammanställning av de intervjuades uppfattning om framgångsfaktorer samt brister, utmaningar och utvecklingsbehov, i vården av äldre med komplexa behov.

### Samverkan sker på alla nivåer

I intervjuerna redogörs för ett stort antal olika former för samverkan på olika nivåer med syfte att:

- Föra gemensamma diskussioner, bland annat om hur man ska tolka och tillämpa lagar (exempelvis samverkanslagen), föreskrifter och riktlinjer; regionala och lokala rutiner (för t.ex. SIP och samverkan vid utskrivning) och behov av utbildningar.
- Identifiera brister i vården och omsorgen av äldre.
- Identifiera brister i, och hinder för, samverkan.
- Diskutera och utforma åtgärder för att avhjälpa identifierade brister.
- Skapa gemensamma mål och utifrån dem samordna verksamheter och insatser.
- Identifiera utvecklingsområden.

### Samverkan på politisk nivå och huvudmannanivå

I intervjuerna nämns flera olika typer av samverkan på politisk nivå och på huvudmannanivå, mellan representanter för regioner och kommuner. En MAS i Region Stockholm beskriver:

*Vi har ju en styrgrupp för vårdssamverkan i Solna där förvaltningschefer i Solna och omvårdnadsförvaltningen är ordförande och sen sitter olika chefer, både från vårdcentraler, ASIH, rehab och myndighetsavdelningen med i den styrgruppen som träffas två gånger per år*

Västra Götaland är ett annat exempel på en region där intervjupersonerna tar upp olika former av samverkan på politisk nivå och huvudmannanivå. De berättar att man i Skaraborg har byggt upp en ledningsstruktur för hela länet med en styrgrupp för vårdssamverkan och en politisk samverkan mellan regionpolitiker och kommunala politiker. Därtill finns det samverkansgrupper inom olika vårdområden, bland annat geriatrik, demens och palliativ vård – benämnt *GDP*. Vidare har man satt upp en ”supportorganisation”, *Samordnad hälsa, vård och omsorg*, som omfattar både slutenvårds- och öppenvårdsprocessen. Vidare anordnas regelbundna träffar i tre närvårdsområden, mellan vårdplaneringssjuksköterskor från sjukhuset, ”SIP<sup>3</sup>-sköterskor” eller vårdssamordnare från vårdcentralen och ansvariga biståndshandläggare från kommunen. Därtill finns *kommunal utveckling*, ett samverkansorgan för kommunerna med nätverk för olika professioner (”MAS:ar, socialchefer, hälso- och sjukvårdschefer, äldrechefer”).

Ytterligare exempel på samverkan på politisk nivå och huvudmannanivå beskrivs av en regional samordnare i Norrbotten:

*Vi har ju samverkan på alla nivåerna – från politisk nivå, där vi har en gemensam styrgrupp, som kallas för Polsam, och sedan har vi även på ledningsnivå – där har vi både på tjänstemannanivå, där har vi två olika nivåer. Vi har en länsstyrgrupp som innefattar både representanter för kommunerna och regionen, och för samordnad individuell planering har vi en egen styrgrupp som innefattar tjänstemän från både region och kommuner.*

### Samverkan på verksamhetsnivå

Av intervjuerna framgår att samverkan på verksamhetsnivå i hög utsträckning baseras på olika typer av regelbunden dialog. Denna typ av samverkan uppskattas mycket av medarbetarna och upplevs bidra till korta kommunikationsvägar, speciellt när mötesformerna kombineras med en chattfunktion, som kan användas direkt vid till exempel ett hembesök. Regional samordnare i Västerbotten:

*Sedan har vi regelbundna samordningsmöten på hälsocentraler/sjukstuga eller på kommunen. Man pratar om patienter som väntas hem eller patienter som har skrivits in, patienter som riskerar in- eller återinskrivning i*

---

<sup>3</sup> SIP - Samordnad individuell plan (se avsnitt nedan)

*slutenvård, behov av medicinska ställningstaganden, palliativa vårdbehov, läkemedelsgenomgångar, apotekarstöd, rehabilitering, hjälpmedel.*

Denna bild bekräftas av rapporten *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande* [7]. I IVO:s granskning av 38 verksamheter, avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård, rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet, kring multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende; konstaterar man att en stor del av verksamheterna har forum för regelbundna samverkansträffar. Samverkan sker såväl mellan som inom verksamheterna, och inom både övergripande och mer specifika (till exempel rehabilitering) områden. Det framgår vidare att flertalet samverkansträffar sker mellan verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i hemmet och primärvården.

Koordinatorer för samverkan

I några av intervjuerna framkom att man i den aktuella regionen hade utsett särskilda personer med uppgift att främja och upprätthålla olika former av samverkan. Regional samordnare:

*I varje närområde har vi tre koordinatörer – en från sjukhuset, en från kommunen och en från primärvården som är anställda i respektive organisation med kanske 20 % av tjänsten i samverkansuppdrag – som har i uppdrag att leda och styra förbättringsarbetet mellan mötena med styrgrupperna.*

MASens roll för samverkan

I intervjuerna med MASar i de olika regionerna framgick att också de i stor utsträckning är involverade i olika typer av samverkan. En MAS berättar:

*Jag jobbar väldigt mycket med vårdssamverkan, så att jag har ju möten tillsammans med primärvården, tillsammans med rehab, ASIH, kommunen, myndighetsavdelningen, hemtjänsten.*

Denna bild överensstämmer med den kartläggning av MAS ansvarsområden som genomföres av Socialstyrelsen 2014 [8]. I en enkät svarade nära 80 procent av de tillfrågade MASarna att de var ansvariga och drivande i aktiviteten ”samverkar med externa aktörer för att knyta samman vårdkedjan”, och nära 40 procent i ”leder utvecklingsprojekt inom kommunal hälso- och sjukvård”.

Nätverk och team för samverkan

I flera regioner berättar intervjupersonerna om nätverk eller samverkansteam för olika professioner och områden inom vård och omsorg; i kommunen, primärvården, öppenvården och slutenvården, vilket också beskrivs i IVOs nationella tillsyn av samverkan för multisjuka äldres välbefinnande [7]. Exempelvis finns det i många län nätverk för MASar. Man beskriver också särskilda nätverksgrupper för sakområden, såsom för samverkan vid utskrivning och SIP.

Samverkan vid utskrivning från sjukhus

I flera intervjuer framkom att regionerna har implementerat ett arbetssätt som utgår ifrån samverkanslagen (SFS 2017:612). Det innebär att slutenvården

vid inskrivning av en patient skriver ett *planeringsunderlag* som delges alla samverkansaktörer som respektive region och kommun bevakar för in- och utskrivningsprocessen. En MAS beskriver:

*Det är ett forum där vi kan kommunicera, inför utskrivningen och där man upprättar även SIP för de som ska ha det och vi i kommunerna kan gå in och se på journalen ifrån senaste eller aktuella vårdtillfället.*

Arbets sättet går ut på att dela information mellan olika aktörer om bland annat vilka behov patienten kommer att ha vid utskrivning från sjukhus, hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser; patientens funktionsstatus samt en bedömning av patientens risk för återinskrivning.

Därefter planerar aktörerna – slutenvården, kommunen (hemtjänst, hälso- och sjukvård, särskilt boende) och den vårdcentral patienten är knuten till – ärendet i enlighet med samverkanslagen och det ansvar som föreligger hos aktörerna för att patienten ska kunna skrivas ut. Kommunen ansvarar för att inom tre dagar från det att patienten bedöms som ”utskrivningsklar” säkerställa att patienten kan få de insatser som den behöver när den skrivs från sjukhuset. Om det finns ett behov av samverkan av mer än två aktörer initieras en SIP antingen i slutenvården eller i hemmet.

## Verksamheter och insatser

Detta avsnitt redogör för olika verksamheter och insatser som syftar till att ge den enskilde en god vård och omsorg. Framställningen utgår från de frågor som togs upp i intervjuerna (se bilaga 1) och baseras på det som återgavs av intervjupersonerna, kompletterat med information från litteratur inom området.

### *Utskrivning från sjukhus samordnas av flera verksamheter*

I flera regioner har man på sjukhusen så kallade *utskrivningssamordnare*, vanligen sjuksköterskor, som stämmer av vilka patienter som ska skrivas ut från olika avdelningar, och samordnar – i dialog med kommunen och vårdcentralen – planeringen av hälso- och sjukvårds- samt omsorgsinsatser efter utskrivning från sjukhuset

På vårdcentralen finns en så kallad *vårdsamordnare/koordinator* eller annan person som är utsedd till fast vårdkontakt, som ansvarar för utskrivningsprocessen enligt samverkanslagen. Denna person bevakar listade patienters in- och utskrivning samt koordinerar vården efter utskrivning med övriga aktörer och ansvarar även för att kalla till SIP.

Vissa kommuner har särskilda *vårdplaneringsteam* som består av en grupp biståndshandläggare. Dessa jobbar med insatser enligt Socialtjänstlagen, planerar tillsammans med hälso- och vården, och kommunicerar med vårdcentralerna inför utskrivning. I några av intervjuerna beskriver man också att det på särskilda boenden finns en *omvårdnadsansvarig sjuksköterska* som ombesörjer planeringen av patientens fortsatta vård i samråd med slutenvården och ansvarig läkare.

Samordnad individuell plan

Samordnad individuell plan (SIP) är ett verktyg för samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvård och sjukvård. En SIP ska enligt 16 kap. 4 § HSL upprättas för patienter som efter utskrivning bedöms behöva insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

I intervjuerna framkommer att det vanligen är vårdsamordnaren på vårdcentralen som samordnar och kallar till en SIP i samband med utskrivning. I mer komplexa fall kan en SIP initieras av slutenvården, för att säkerställa att patienten kan skrivas ut på ett säkert sätt. Det framgår av intervjuerna att många SIP gjordes på sjukhus när lagstiftningen om SIP var ny, men att de numera oftast görs i hemmet.

Vid intervjuerna framkommer att en SIP kan initieras i flera andra sammanhang än i samband med utskrivning från slutenvården. Bland annat nämns:

- *Förebyggande SIP* – initieras av vårdcentralen efter riskidentifiering vid preventiva hembesök.
- *Öppenvårds-SIP* – initieras av vårdcentralen när man har identifierat att patienten behöver samordning mellan flera aktörer för att minska riskerna för inskrivning i slutenvården igen.
- *SIP initierat av mobilt vårdteam*, utifrån uppkommen individuellt behov.

### Samordning av patientens vård och omsorg i samband med hemgång från sjukhus

I flertalet av de regioner som ingick i intervjuundersökningen talade man om särskilda kommunala team som tar hand om den äldre patienten i samband med och efter utskrivning från sjukhus. En MAS berättar:

*Vad som har fungerat bra för oss i omhändertagandet av sjuka äldre, när man skrivs ut enligt SVU-processen så har vi anammat något som vi kallar hemteam, andra kallar det hemtagningsteam. Kommunala sjuk- och undersköterskor som jobbar intensivt med patienten i 2–3 veckor för att hjälpa patienten till en bra nivå. Det går snabbare och snabbare på sjukhusen och de äldre blir inte helt mobila. Därför kan hemteamen hjälpa till, är där för patienten under övergångsperioden. Viktigt för att hantera de snabba vårddiderna vi har idag.*

I Ronneby, Blekinge började man 2012 implementera ett arbetssätt som benämns ”Trygg hemgång” [9]. Det har sedan har börjat tillämpas i många av landets kommuner, och är idag ett väl etablerat arbetssätt för att ge stöd till personer som kommit hem från sjukhus [10].

Denna insats och de team som arbetar med den har olika benämningar i olika verksamheter i landet, såsom *hemgångsteam*, *hemtagningsteam*, *mottagningsteam*, *trygghetsteam*, *förstärkt hemgång* och *anpassningsstöd*. Insatsen beviljas av en biståndshandläggare, ofta i samverkan med personal från hemsjukvården när en patient som ska skrivas ut från sjukhus har fortsatt behov av vård och/eller omsorg. Nyckelpersonen i denna verksamhet är oftast en undersköterska, som vanligen är en del av ett team, ofta med flera andra professioner, såsom sjuksköterska eller distriktssköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.



Vid utskrivning kan delar av teamet, träffa patienten på sjukhuset för att se till att hon/han känner sig trygg och att alla ägodelar är med. Vid hemkomsten tar de emot patienten, ibland tillsammans med berörd personal från hemsjukvården och hemtjänsten. Den första uppgiften är att säkra förhållandena i boendet, d.v.s. se till att det finns mat och de mediciner som behövs samt att personen kan – vid behov med hjälpmedel – förflytta sig och fungera i hemmet. Undersköterskan samordnar sedan den vård och omsorg som behövs i hemmet – vid behov med insatser från andra medlemmar i teamet eller andra professioner – med stöttning i vardagen, sedvanliga hemtjänstinsatser, träning, hjälp med mediciner, omvårdnad samt vid behov utprovning av hjälpmedel och bostadsanpassning. Insatsen pågår i direkt anslutning efter hemkomst, varvid den ersätts med ordinarie hemtjänst [9, 11, 12].

### *Koordinatorer och samordnare*

I samordningen av vård och omsorg för äldre involveras ett flertal olika funktioner. I intervjuerna har omsorgskoordinatorer och vårdssamordnare lyfts som exempel.

#### *Omsorgskoordinatorer*

Omsorgskoordinator arbetar huvudsakligen på sjukhusens akutmottagningar för att underlätta en sammanhållen vårdprocess från akuten till egna boendet och för att förhindra onödiga återinskrivningar av sköra äldre [13]. De är vanligen sjuksköterskor som arbetar på deltid på uppdrag av sjukhuset. I deras arbete ingår att identifiera sköra patienter, genomföra och dokumentera en geriatrisk bedömning, följa upp efter hemgång från akutmottagningen samt hålla i kontakten mellan slutenvården, kommunen (biståndshandläggare), hemsjukvården, vårdcentralen och anhöriga.

#### *Vårdssamordnare*

Vårdssamordnare på vårdcentral är oftast sjuksköterskor och ansvarar för utskrivningsprocessen enligt den nya samverkanslagen. De har en roll i att samordna SIP och att följa upp utskrivningarna. De kan också enligt intervjupersonerna medverka i mobila team och vara en kontaktväg för hemsjukvården till vårdcentralen [14, 15].

### *Mobila insatser för äldre*

Samtliga intervjuade regioner redogjorde för mobila insatser för äldre. Insatserna är utformade på en rad olika sätt, beroende på var i landet de utförs och vilket syfte de har. De kan utföras av en enskild vårdgivare, såsom en läkare eller en sjuksköterska/distriktssköterska, eller av ett team med olika professioner. Många av dem arbetar brett med vård och omsorg av äldre, och vissa har mer specifika uppdrag, exempelvis palliativ vård.

#### *Läkarbil*

Flertalet av de intervjuade lyfte denna insats. En läkarbil utgår från primärvården eller slutenvården och kan besöka äldre i både eget, särskilt och korttidsboende. Vissa av dem arbetar enbart mot hemsjukvården. Läkarbilen kan bland annat fungera som ett komplement till vårdcentralerna, när de inte har möjlighet att göra akuta hembesök. Insatserna varierar, från akuta bedömningar och åtgärder, till mer rutinartade vårdinsatser såsom administrering av

läkemedel och årliga läkemedelsgenomgångar, och ibland mer långsiktiga uppgifter som vårdplanering.

#### Mobila team

De mobila insatserna utförs oftast av team, som benämns olika beroende på var i landet och i vilket sammanhang de arbetar; exempelvis: *mobila team, mobila vårdteam, mobila äldrevårdsteam, mobila hemsjukvårdsteam, mobila närsjukvårdsteam, mobil närvård, mobila hembesöksteam, äldreteam*. En biträdande primärvårdschef och verksamhetschef för mobila vårdteam berättar:

*Vårdcentraler har svårt för att frigöra sina doktorer med så här kort varsel, så då ringer man till koordinatören i det mobila teamet och då åker vi ut och gör en akut punktinsats. Vi gör alltid ett uppföljande besök efter 48 timmar – antingen via telefon eller så kommer vi rent fysiskt och ser så att Agda mår bättre. Sedan kan vi avsluta vår insats och så går man över till sin vårdcentral igen. Det har vi hållit på med i sju år nu, och det är ett win-win-koncept, framför allt för patienten som ska slippa ligga på akutmottagningen. Slutenvården ser ju sin chans att följa med ut och behandla patienterna, för annars hamnar de på akuten på kvällen.*

Mobila team arbetar vanligen inom ramen för regionernas primärvård eller slutenvård, i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård och hemsjukvård. De bemannas av flera olika professioner såsom sjuksköterska, distriktsköterska, undersköterska och läkare från vårdcentral eller specialistvård. Ibland deltar också vårdsamordnare på vårdcentralen eller rehabiliteringspersonal. Teamen kan göra såväl akuta som planerade besök hos äldre, vanligen dagtid, i både ordinärt, särskilt och korttidsboende [16, 17].

En grundläggande uppgift för de mobila teamen är att göra bedömningar och vidta åtgärder i den äldre personens hem, för att undvika besök på sjukhusets akutmottagning och slutenvård. De kan exempelvis ta prover, ge intravenösa injektioner av läkemedel, vätskeinfusioner och blodtransfusioner, byta kateter och i vissa fall göra enklare fysikaliska undersökningar såsom EKG och ultraljud; sådant som en person annars behöver ta sig till vårdcentralen eller sjukhus för att få utfört. De kan också hjälpa den äldre i samband med och efter hemkomst från sjukhus, genomföra SIP i hemmet, genomföra brytpunktsamtal samt ordna direktinskrivningar.

Det framgår av intervjuerna att några av regionerna har utvecklat sina mobila team med den så kallade "Skaraborgsmodellen" som förebild [1, 17, 18].

#### Mobila insatser med speciell inriktning

SSIH – Specialiserad sjukvård i hemmet, erbjuder specialiserad palliativ vård, i hemmet eller i särskilt boende.

ASIH – Avancerad sjukvård i hemmet, är ett alternativ till vård på sjukhus för den som har en allvarlig eller kronisk sjukdom som kräver täta kontakter med vården. Den erbjuds även till patienter med botbar sjukdom som ett alternativ till sjukhusvård under en begränsad tid.

SSIH och ASIH utgår från sjukhusen eller primärvården i samarbete med kommunens hemsjukvård.

Flera regioner i Sverige har så kallade *palliativa team* som i mångt och mycket motsvarar SSIH, i både sammansättning och uppdrag. Den palliativa vården handlar i stor utsträckning om symtomlindring och andra medicinska insatser, men också stöd i hantering av praktiska problem i vardagen och samtal kring oro, existentiella och andliga frågor med mera.

### *Uppsökande verksamhet*

En utmaning i arbetet med att identifiera personer som är i behov av, eller inom en snar framtid kan behöva, vård och omsorg, är att hitta personer som inte har några kommunala insatser och sällan eller aldrig har kontakt med hälso- och sjukvården, av vilka en del hittills har "klarat sig" med omfattande hjälp och stöd från närstående. För detta kan kommunernas och hälso- och sjukvårdens uppsökande verksamheter vara ett bra komplement.

### Förebyggande hembesök, hälsosamtal

Flera regioner erbjuder hälsosamtal till äldre som oftast sker i hemmet eller på en äldremottagning. Samtalet genomförs av en distriktssköterska. Hälsosamtalen omfattar en kartläggning av levnadsförhållanden; rådgivning kring hälsofrämjande val och aktiviteter; en bedömning av hälsa och välbefinnande, symtom, exempelvis smärta, och kroppsliga funktioner såsom syn, hörsel, rörlighet, minne och sömn; en genomgång av läkemedelsanvändningen; en riskbedömning med avseende på bland annat fall, nutrition, munhälsa och inkontinens samt i vissa fall provtagning och blodtryckskontroll. Om hälsosamtalen sker i hemmet brukar man också göra en "säkerhetsrund" avseende fallprevention, trygghet, brandrisk mm. Slutligen ger man den äldre information om hälso- och sjukvård, äldreomsorg, räddningstjänst, polis, ideella organisationer, aktivitetsutbud mm. [19, 20]. Regional samordnare:

*Vi erbjuder hälsosamtal, t.ex. det kan ju vara en patient som är på väg till hemsjukvård. Det kan vara en patient som är mångbesökare, som söker mycket vård.*

### Hembesök av arbetsterapeut eller fysioterapeut

Det framgår av intervjuerna att förebyggande hembesök också kan göras av arbetsterapeut och fysioterapeut, för att bedöma personens aktivitet och funktion i vardagen, samt utifrån detta bedöma behov av bostadsanpassning, hjälpmedel och egenvård, liksom framtida behov av hemsjukvård. De kan vidare göra rehabiliteringsinsatser och fallriskbedömningar.

### Uppsökande tandvård

Sedan 1999 har landstingen, numera regionerna, ansvar för uppsökande tandvård till personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov (Socialstyrelsen 2011-12-6). Den uppsökande verksamheten är en del i det statliga *Tandvårdsstöd för vissa äldre och funktionshindrade*, som infördes den 1 januari 1999.

Av intervjuerna framgår att munhälsovård och tandvård inte systematiskt erbjuds äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov, och att detta bland annat beror på begränsad tillgång till tandläkare och dietister.

## *Anpassningar av primärvårdens verksamhet i syfte att möta de äldres behov*

### *Äldremottagning*

Äldremottagningar lyftes i flera intervjuer fram som en framgångsfaktor i det proaktiva arbetet, för att bland annat förebygga återinskrivningar av sköra äldre. Särskilda äldremottagningar har sedan mitten av 2010-talet öppnats på vårdcentraler i flera av landets regioner. Syftet med dem är att skapa trygghet, tillgänglighet och kontinuitet för äldre personer. Vårdcentralerna kan organisera sina äldremottagningar på olika sätt, men ett grundkriterium är att patienten enkelt ska kunna kontakta dem per telefon, och vid behov erbjudas besök med kort varsel, vanligen samma dag eller dagen efter. Mottagningen bemannas av minst en sjuksköterska eller distriktssköterska. Ett kriterium är också att det finns en specialist i allmänmedicin eller geriatrik knuten till mottagningen [21].

En betydande del av arbetet på en äldremottagning utgörs av förebyggande insatser, exempelvis hälsosamtal; geriatrisk riskbedömning; förebyggande insatser gällande fallrisk, munhälsa, trycksår och undernäring samt genomgång av läkemedel. På en del håll kan äldremottagningar också erbjuda utredning eller kontroll av vissa sjukdomstillstånd, t.ex. demensutredningar. Man kan också förskriva hjälpmedel och vissa läkemedel, göra hembesök, erbjuda en fast vårdkontakt och bistå med SIP [22].

Av intervjuerna framgår emellertid att förekomsten av äldremottagningar ser olika ut i olika delar av regionerna och landet, liksom sammansättningen av personalkategorierna och de tjänster som mottagningarna erbjuder. Det framkommer också att man anser att begreppet äldremottagning har en oklar definition och avgränsning. Samordnare, storstadsregion:

*Vårdcentralerna gör olika, vissa jobbar mer förebyggande och andra har bara telefon en timme om dagen där man kan ringa Vårdcentralen kan göra som den vill, t.ex. en del har dedikerad sjuksköterska för äldrefrågor.*

En MAS:

*Det finns ju massa parallella vägar in till vårdcentralen som inte behöver beskrivas som en äldremottagning men som fyller det syftet. Så det som är problematiskt med äldremottagning är att det inte är så att säga definierat som begrepp, äldre är en mycket heterogen grupp, så antingen har man en äldremottagning för de som är allra skörast och kanske nära livet slut och det har man ju i huvudsak med ett etablerat samarbete med hemsjukvården.*

Vidare, trots att äldremottagningar ses som en framgångsfaktor – med personal som ser sina patienter och gör skillnad – framhåller man att regionerna inte ställer krav på införande av fler äldremottagningar.

### *Äldresjuksköterska*

I intervjuerna nämns att några vårdcentraler har en särskild äldresjuksköterska anställd, som bland annat hanterar en stor del av kontakterna med

hemsjukvården. En äldresjuksköterska, eller korrekt benämnt *specialistsjuksköterskamed inriktning mot vård av äldre*, är en legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Sedan 2001 finns en akademisk yrkesutbildning i ämnet. En äldresjuksköterska inom vård av äldre har specialistkompetens inom flera olika områden, såsom geriatrika vårdavdelningar, vård- och omsorgsboenden, hemsjukvård samt andra öppna vårdformer för äldre personer, till exempel minnesmottagningar. Den kan även verka som rådgivande konsult och bistå akutvårdsavdelningar, psykiatriska verksamheter eller andra verksamheter med sin kunskap inom området vård av äldre. [23].

#### Läkemedelsgenomgång

Av intervjuerna framgår att läkemedelsgenomgångar utförs i i flera olika sammanhang, bland annat på äldremottagningar, i samband med läkarbilsinsatser, i de mobila teamen och av geriatriker inom specialistvården. En del regioner och kommuner konsulterar apotekare/farmaceuter som utför läkemedelsgenomgångar på vårdcentralen och kommunala hemsjukvården. I Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av myndighetens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar [24] rapporterades att 17 av 21 regioner uppgav, eller hade registrerat, att läkemedelsgenomgångar genomförts i primärvården. Omfattningen av dem var dock svår att mäta på grund av begränsningar i dattainsamlingen.

#### *Insatser som underlättar snabbt omhändertagande och vård på rätt nivå*

##### Bedömningsbil

I flera regioner används numera en så kallad *bedömningsbil* istället för ambulans, vid utryckningar till äldre patienter med icke livshotande tillstånd. [25]. Sjuksköterskan som bemannar bedömningsbilen kan göra en första bedömning, ta prover, ge viss vård direkt i patientens hem och vid behov av stöd kontakta specialisläkare. Syftet med denna verksamhet är att hjälpa patienter till rätt vårdnivå, förkorta ledtider, och samtidigt minska belastningen på de ordinarie ambulanserna och på akutmottagningen.

*Vi har också bedömningsbil som åker dit innan ambulansen kommer (om de är i närheten) för att bedöma om personen verkligen behöver ambulans/akutvård. Då fungerar bedömningsbil för att minska onödiga utryckningar och överbelastning på akuten.*

##### Direktinskrivning

Direktinskrivning innebär att patienten transporteras direkt till vårdinrättningen (geriatrisk klinik, medicinsk klinik, ortopedisk klinik med mera), utan att passera akutmottagningen. Det kan tillämpas när en person inte är i behov av ett akut omhändertagande men ändå behöver slutenvård. Direktinskrivning avlastar akutmottagningarna genom att triagera den äldre rätt från början, ökar patientsäkerheten i och med att den äldre möts av personal med rätt kompetens från början samt bidrar till minskad oro hos den äldre och deras anhöriga som annars miljön på akutmottagningen kan leda till.

Flera av de intervjuade regionerna i denna rapport tillämpar någon form av direktinskrivning till slutenvården. Några av regionerna angav dock akuten som den enda direkta instansen.

Genom en direktinskrivning identifieras patienterna som sköra och i behov av särskild omsorg, vilket i förlängningen betyder att de får bättre vård och minskar risken för återinskrivningar, säger en av de intervjuade regionala samordnarna.

En variant på direktinskrivning är ett ”snabbspår” där patienten efter en snabb bedömning före eller vid besöket på akutmottagningen, kan skrivas in direkt till en vårdavdelning [26]. Från intervjuerna framgår det att det finns regioner med så kallade ”direktspår/direktinskrivningar” för särskilda patientgrupper, som utgår från diagnosen/symtombilden, såsom höftfraktur, stroke och cancer. Direktinskrivningar av gruppen ”äldre” upplevs dock som svårare att få till på grund av bristen på sjuksköterskor och vårdplatser. Regional samordnare:

*... En viktig faktor är att man redan innan satsningen jobbade mycket med direktinläggningar. T.ex. att ambulansen vid en misstänkt höftfraktur tog personen direkt till röntgen, istället för akuten. Fanns det en fraktur så lades man in på ortopedien genast utan en väntetid på akuten. Likaså görs det direktinläggningar vid stroke. Det visade sig att när vi började med direktinläggningar så blev det en mer jämlig inläggning för bl.a. äldre och kvinnor – ambulanspersonalen blev mer objektiv när de följer en lista med symptom än en akutläkare som står och ska skriva in. Sådana snabbspår leder också till bättre vårdplanering vilket minskar risken för oplanerade återinläggningar.*

Andra typer av direktinskrivningar som anges i intervjuerna är dels till korttidsboende som distriktsläkare/hemsjukvård/bakjour kan besluta om, dels till slutenvårdsplatser vid vissa hälsocentraler, så kallade ”obs-platser” som patienten kan läggas in på direkt via ambulans.

## Tillgång till geriatrisk vård

Flera av de intervjuade talar om en brist på geriatriker, läkare som är specialiserad på de äldres sjukdomar. Regional samordnare:

*Det är inga geriatriker i primärvården. Inte som det ser ut just nu .. Men hos oss är det otroligt stor brist på geriatriker över huvud taget. Vi har knappt bemanning på sjukhuset... Det är ett jättestort behov.*

I Socialstyrelsens rapport *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder 2011* [27] konstaterades att, för att behålla samma nivå av antal geriatriker, ytterligare drygt 200, utöver dåvarande utbildningstakt, behövde utbildas fram till år 2025. För att uppnå en adekvat dimensionering och utveckling av geriatrisk kompetens och verksamhet behövde dock den siffran utökas till cirka 350 geriatriker.

I den senaste tillgängliga statistiken (Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen), från 2017, framgår emellertid att ingen ökning av antalet specialistläkare hittills har skett sedan 2008 som var året för

mätningarna i Socialstyrelsens rapport (tabell 9). Sett till antal per 100 000 invånare som är 65 år och äldre, har det tvärtom minskat. Dessutom är fördelningen av geriatriker i Sverige påtagligt ojäm, från 8 till 62 per 100 000 invånare år 2017. I Stockholms län, med Sveriges yngsta befolkning, finns mer än dubbelt så många geriatriker som genomsnittet för riket.

**Tabell 10. Antal specialistläkare i geriatrik sysselsatta inom hälso- och sjukvård i Sverige 2017.**

Offentlig och privat regi. Antal om 3 eller färre redovisas ej (x).

Region	Antal		Antal per 100 000 invånare ≥65 år	
	2008	2017	2008	2017
RIKET	560	537	34	27
Stockholms län	241	230	84	62
Uppsala län	22	28	43	41
Södermanlands län	10	10	19	15
Östergötlands län	21	27	27	29
Jönköpings län	14	18	22	24
Kronobergs län	6	5	17	12
Kalmar län	11	13	22	22
Gotlands län	x	4	-	27
Blekinge län	x	x	-	-
Skåne län	37	35	17	13
Hallands län	9	x	16	-
Västra Götalands län	90	68	33	21
Värmlands län	6	5	10	8
Örebro län	9	10	17	16
Västmanlands län	10	12	21	20
Dalarnas län	14	21	24	30
Gävleborgs län	13	9	23	13
Västernorrlands län	11	13	21	22
Jämtlands län	x	x	-	-
Västerbottens län	21	14	44	25
Norrbottens län	9	8	18	13

Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen; Officiell statistik, folkmängd, SCB

## Identifiering av riskpatienter

I intervjuerna framkommer det att regionerna arbetar med olika sätt att identifiera riskpatienter. Det huvudsakliga syftet med dem är att bedöma om äldre patienter riskerar att bli inskrivna eller återinskrivna i slutenvården. De områden som främst följs är fallrisk, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion, smärta och skörhet.

Riskbedömningarna kan göras i hemmet i samband med uppsökande/förebyggande hembesök och hälsosamtal [28]; efter hemgång från sjukhus [12], vid besök av mobila team [29] eller av hemtjänstpersonal [30]; i särskilt boende, korttidsboende och i hemsjukvård [31]; på vårdcentralen; på akutmottagningen eller i ambulansen; samt i slutenvård (för identifiering av patienter som riskerar att återinskrivas inom en viss tid, vanligtvis inom en månad).

Även vid samverkansmöten mellan regionen och kommunen kan det förekomma dialog för att identifiera riskpatienter.

### *Riskbedömningsinstrument*

Det finns idag i Sverige ett flertal instrument för att bedöma risk för skörhet och behov av vård- och omsorgsinsatser, bland annat: Geriatrisk riskprofil, Clinical frailty scale, FRESH [32, 33] och Senior Alert [34]. Två av dessa riskbedömningsinstrument omnämns i intervjuerna: Geriatrisk riskprofil och Senior Alert.

#### Geriatrisk riskprofil (GRP)

GRP är en checklista utvecklad i Region Örebro län, för att vid utskrivning från sjukhus identifiera personer med risk för återinskrivning. Den består av fem frågor om polyfarmaci, social situation, svårigheter att förflytta sig och fall, kontakter med vården samt kognitiv svikt. Checklistan utvecklades ursprungligen som ett triageverktyg för akutmottagningar men har anpassats för att fungera som stöd för öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler [32].  
Regional samordnare:

*Vissa geriatriska kliniker använder det [GRP] idag. Vill använda det för alla – inte bara geriatriska. Vill ha ett digitalt system för detta, så att det plingar hos patientens läkare när en riskpatient identifieras – dvs flaggar direkt i journalsystemet. Det är inte alltid man kan prata med varandra, vara tillgänglig för telefonsamtal osv. Vill jobba mer proaktivt, så att patienterna inte hinner bli sjuka och inlagda.*

#### Senior Alert

Senior Alert är dels ett nationellt kvalitetsregister, dels ett verktyg för att arbeta förebyggande inom de fem områdena: fall, trycksår, viktminskning, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion. En MAS berättar:

*Vi gör riskbedömning i samband med eller någon vecka efter bedömning av behov av hemsjukvård, använder Senior Alert. Då tittar man på hur mycket man äter och dricker, har man fallrisk, undernäring, risk för trycksår, hur rörlig man är, munhälsa, blåsfunktion, behov av rehabilitering.*

Senior alert är tänkt att användas inom alla vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer med behov av vårdprevention, i både kommunal, regional och privat regi. År 2018 var 277 av 290 kommuner, 14 av 21 regioner och 143 privata utförare anslutna till Senior alert [34].

### *Riskbedömning baserad på journal-/registerdata*

Ett sätt att identifiera riskpatienter är genom ”prediktiv modellering”, vilket innebär att man med hjälp av information från tillgängliga hälso- och sjukvårdsdata försöker förutsäga vilka patienter som har hög risk för stora behov av både vård och omsorg inom en nära framtid [35]. Endast en region nämnde i intervjuerna att de tillämpade en sådan modell.

I litteraturen framgår emellertid att man har utvecklat och prövat sådana modeller i Sverige. I Region Jönköping har man tagit fram en ”Prediktiv statistisk riskmodell” som bedömer risk för inskrivning på sjukhus, utifrån bland



annat registerdata över mångbesökare på sjukhus, vårdcentraler och akutmottagningar. [14].

I projektet *Prediktiv och individualiserad vård för svårt sjuka äldre*, som bedrivs i samarbete mellan Region Östergötland och Linköpings universitet, har man utvecklat ett verktyg för att förutsäga vilka personer bland äldre som har störst vårdbehov och som löper störst risk att hamna i slutenvården. Verktyget bygger på en prediktiv modell baserad på 38 faktorer hämtade från rutinmässiga administrativa hälsodata för äldre personer, omfattande ålder, diagnoser från slutenvården och öppenvård samt antal vårdbesök av olika slag [36].

## Statistik och uppföljning av återinskrivningar

Några av de intervjuade regionala samordnarna berättade att man i regionen samlar in aggregerad statistik över återinskrivningar på sjukhus- och regional nivå. En generell brist som dock påtalades är att man inte kan urskilja vilka av återinskrivningarna som är oplanerade. Vidare saknar man en mer detaljerad statistik, liksom uppgifter på kommunal nivå, vilket anses nödvändigt för att kunna använda statistiken för att identifiera riskfaktorer och därmed i förebyggande syfte.

## De intervjuades syn på framgångsfaktorer

Detta avsnitt bygger på de svar och synpunkter som framförts av intervjupersonerna i samband med följande frågor:

- Vilka är framgångsfaktorerna i din verksamhets arbete med att förbättra vården och förebygga återinskrivningar av multisjuka äldre?
- Finns det andra framgångsfaktorer på regional eller kommunal nivå?

Svaren och synpunkterna har sedan tematiserats utifrån nedanstående rubriker. Det är viktigt att understryka att det som beskrivs bygger på de intervjuades *subjektiva* syn, och vidare att det inte kan betraktas ge en heltäckande bild, utan förhållandena kan se olika ut i olika regioner.

### *Framgångsfaktorer i samverkansarbetet*

När det gäller samverkan mellan huvudmän och verksamheter lyftes några särskilda framgångsfaktorer. Vikten av en väl uppbyggd *samverkansstruktur* med tydliga avtal, processer och ledningssystem framhölls särskilt. För att en sådan struktur ska kunna byggas betonades vikten av att *ledningen har ett stort engagemang för samverkan*. En MAS förklarade att ledningens engagemang bidrar till att skapa *”en självklarhet kring frågorna som rör samverkan. ... Det är givet på agendorna; det får ta tid och resurser.”* En läkare i mobil verksamhet förklarade vikten av att beslutsfattare från regionen och kommunerna finns med som likvärdiga parter i detta arbete:

*I vår ledningsgrupp sitter alla enheter som jobbar med multisjuka äldre, där sitter folk från socialtjänsterna i kommuner och det sitter folk från alla slutenvårdsavdelningar och akuten på sjukhuset, och människor från primärvården i alla kommunerna. Och så har vi en styrgrupp som styrs av socialcheferna i kommunerna och högsta sjukvårdsledningen och sjukhuscheferna och primärvårdsledningen i regionen.*

Dessa samverkansstrukturer, som ser olika ut i olika regioner och delregioner, har som regel en supportorganisation bemannad av *funktioner såsom samordnare, koordinatörer eller processledare* som har i uppdrag att driva samverkansarbetet framåt. Dessa funktioner beskrevs som ytterligare en framgångsfaktor i samverkansarbetet. En regional samordnare betonade värdet av att de finns på flera olika nivåer och har sin hemvist i olika organisationer, för att säkra att utvecklingsarbetet fortgår i samma takt i de olika verksamheterna.

En av de främsta vinsterna med en väl uppbyggd samverkansstruktur angavs vara att det skapar mötesplatser och kontaktvägar, som också upplevs som korta, där såväl ledning som personal lär känna varandra och bygger kunskap om varandras uppdrag och förutsättningar. Vikten av *regelbundna träffar över organisationsgränserna* var en av de enskilda faktorer som framhövdades som mest betydelsefull för ett fungerande samverkansarbete. En MAS förklarade hur sådana träffar skapar förståelse mellan professioner och verksamheter som i förlängningen leder till en bättre vård för den enskilde:

*En framgångsfaktor för en god samverkan, vilket ofta är grunden för att personen ska få trygg och säker utskrivning, kunna vara hemma, är att man har en tydlig organisation kring vårdsamverkan. Att det finns en styrgrupp, det finns mötesplattformar och det finns en struktur för hur man ska jobba tillsammans, och samverkansrutiner mellan de båda huvudmännen.*

Genom att öka kunskapen om och förståelsen för varandras uppdrag och arbetsvillkor sas möten mellan organisationsnivåer, professioner och verksamheter också bidra till att bygga den *tillit* mellan medarbetare som beskrevs som en förutsättning för en fungerande samverkansstruktur och -kultur.

Vidare bidrar dessa samverkansstrukturer och de möten som ingår däri till att skapa *gemensamma mål och agendor* för såväl ledning som medarbetare, vilket beskrevs vara ytterligare en framgångsfaktor för fungerande samverkan. De gemensamma målen kan vara kopplade till samverkansarbetet – exempelvis en delad bild av hur samarbetet mellan verksamheter ska fungera; eller till vårdens utformning och inriktning – exempelvis mål kopplade till att vården och omsorgen ska bli mer personcentrerad.

Slutligen framfördes att en förutsättning för ett fungerande samverkansarbete är att såväl ledning som medarbetare ser vinster i att testa nya arbetssätt och lära av varandra. En verksamhetschef i primärvården beskrev chefs och medarbetares *öppenhet och nyfikenhet* för förändring som viktiga framgångsfaktorer i samverkansarbetet. Som exempel på hur detta kan ta sig uttryck nämndes att överläkare från slutenvården under en period bemannat mobila team i primärvården, vilket bidragit till att skapa förståelse och acceptans för detta arbetssätt inom slutenvården. I ett annat exempel beskrev en regional samordnare hur transparens mellan kommunala chefer om både framgångar och misslyckanden utgjort en framgångsfaktor för samverkansarbetet

## Framgångsfaktorer i vården och omsorgens organisering och utförande

### Personcentrerad vård och omsorg

En övergripande framgångsfaktor i vården och omsorgen av äldre med komplexa behov, som togs upp i flera intervjuer, var en strävan efter att arbeta personcentrerat, med fokus på patientens snarare än den egna organisationens behov. En personcentrerad ansats sades inte bara leda till en bättre vård och omsorg för den enskilde, den angavs också fungera som en vägledande princip i såväl verksamhetsutveckling som förhandlingar och samverkan mellan vård- och omsorgsaktörer. En regional samordnare förklarade hur ett tydligt fokus på patienternas behov och erfarenheter kan skapa ett gemensamt mål med arbetet. På så sätt får patientens behov prioritet över vård- och omsorgsaktörernas respektive intressen i förhandlingar om kostnader och ansvar.

Ett sätt att säkra att patientens behov kommer i fokus är att involvera patienter och anhöriga i vård- och omsorgsplaneringen. Flera av de intervjuade framhävde patienters och anhörigas delaktighet som en viktig framgångsfaktor i arbetet med att förbättra vården för sköra äldre. En verksamhetschef i primärvården förklarade att delaktigheten innebär att dra den personcentrerade vården ett steg längre än att enbart organisera vården utifrån de behov man *tror* sig veta att patienten har.

Patienters och anhörigas delaktighet sades medföra vinster både för dem själva och för vård- och omsorgspersonalen. För verksamheter och personal kan patienters och anhörigas delaktighet ge viktig kunskap om den sjukas situation och hur den har förändrats över tid, vilket kan vara till stor nytta i vårdplaneringen. För patienter och anhöriga lyftes möjligheten att vara delaktig i diskussioner kring beslut om insatser och att få olika alternativ tydligt förklarade för sig, kunna leda till en ökad känsla av trygghet. Att involvera patienter i planeringen sas också bidra till att tydliggöra deras eget ansvar för att vården ska fungera, exempelvis genom att belysa betydelsen av egenvård.<sup>4</sup> Vårdkoordinator:

*En framgångsfaktor är det här med att få med patienten mer, en ökad delaktighet från patienterna. Att man lyssnar mer på patienterna, att man jobbar mer personcentrerat. Det är väldigt viktigt att komma tillbaka till det, att vi jobbar utifrån vad patienterna vill och sedan också försöker få med patienterna i planer: Vad ska patienterna själva göra?*

En annan framgångsfaktor i arbetet med att främja en personcentrerad ansats, kan vara att använda personliga berättelser i utvecklingsarbetet. En regional samordnare beskrev hur patientberättelser som beskriver enskilda patienters erfarenheter kan vara ett mer effektivt sätt att motivera till reflektion och förändring bland medarbetare, än att utgå från statistik om exempelvis återinskrivningar:

---

<sup>4</sup> Egenvård är åtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan göra själv eller med hjälp av till exempel en närstående, en personlig assistent eller personal på ett boende. Egenvård kan till exempel vara att en person tar ordinerat läkemedel själv eller gör övningar som rekommenderats av en fysioterapeut eller en sjukgymnast.

*När vi organisatoriskt misslyckas så hamnar patienten på sjukhus. För att fånga upp och motarbeta det så arbetar vi mycket med personliga berättelser, hur det gick för den enskilda patienten. Det leder i större utsträckning till reflexion och förändring, än om man tittade på siffror och staplar. Att inte bara tänka sin egen process utan patientprocess, att utgå från personen. Det finns ganska bra samsyn kring att det är så man behöver arbeta.*

En läkare i mobil verksamhet noterade att även om vårdpersonal tenderar att ha god förståelse för deras patienters behov, finns en risk att man missar någonting viktigt, eller lägger tid och fokus på saker som egentligen inte har så stor betydelse för patienterna. Läkaren menade att om mer tid lades på att utforska patienternas erfarenheter och behov, i syfte att utforma arbetet därefter, skulle vården kunna effektiviseras:

*Vi lägger enormt mycket mer resurser än vi hade behövt, om vi hade gjort 100 procent rätt från början. Och framför allt om vi hade utgått från vad människor själva beskriver att de behöver. För [då] gör vi bara det de behöver och inget annat.*

Därför hade man i denna läkares område genomfört djupintervjuer med äldre och deras anhöriga i syfte att skapa en djupare förståelse för dessas behov, vilket sedan utgjort utgångspunkt för utvecklingen av den lokala hemsjukvården:

*Vi började med att intervjua äldre människor och deras anhöriga, där vi frågade: "När du blir sämre, vad vill du ska hända då?" "Då vill jag åka in till akuten." är svaret. Men då frågar vi vidare, ett antal varför-frågor, för att hitta det grundläggande behovet. Och väldigt ofta är lösningen kanske inte att man ska ha större möjlighet att åka till akuten, utan lösningen kan vara att man ska få en mer akut eller subakut bedömning hemma. ... När man utgår från patienternas och anhörigas egna behov är det inte önskelistor man är ute efter, utan: vad är det grundläggande behovet, och vad hittar vi för smarta lösningar som i huvudsak fokuserar på att lösa behovet, för patienten, på det bästa sättet?"*

Några intervjupersoner menade att de observerat en ökad förståelse för vården med att arbeta personcentrerat på senare år, något de tillskrev ett fokuserat utvecklingsarbete i flera regioner men också ett pågående generationsskifte inom vården och omsorgen. Yngre medarbetare beskrevs vara mer öppna för att arbeta teambaserat och med patientens behov i fokus. En regional samordnare reflekterade att detta kan ha att göra med att dessa har tagit del av nyare vårdutbildningar som lägger större vikt vid dessa värden.

Sammanfattningsvis framkom i intervjuerna att ett tydligt fokus på patienternas behov och erfarenheter inte bara kan leda till en bättre vård och omsorg för den enskilde, utan också skapa ett gemensamt mål för verksamhetsutveckling och samverkan mellan vård- och omsorgsaktörer. Ökad delaktighet från både patienten och anhöriga angavs som en viktig framgångsfaktor. Dels kan de ge vården viktig kunskap om den sjukas situation

och hur den har förändrats över tid, dels kan deras medverkan i diskussioner om olika tillgängliga insatser, stärka deras känsla av trygghet.

#### Risikförebyggande och proaktiva arbetsmetoder

En annan framgångsfaktor i arbetet med att förbättra vården och förebygga återinskrivningar sades vara att arbeta risikoförebyggande och proaktivt med äldre på bred front. Syftet med en sådan ansats är att identifiera personer vars tillstånd och behov riskerar att förändras, innan de hunnit bli svårt sjuka.

Olika uppsökande och preventiva insatser särskilt riktade mot äldre beskrevs i intervjuerna.

En regional samordnare berättade att man i dennes region arbetar med att identifiera äldre med hjälp av riskindikatorer, och arbetar i team kring dessa med personal från socialtjänsten, hemsjukvården och vårdcentralen. Syftet är att ”undvika både den första och den andra inskrivningen”. En utvecklingsledare från en annan region berättade om ett initiativ där man skapat förebyggandeteam bestående av biståndsbedömare från kommunen, vårdcentralens sköterskor och rehabiliteringspersonal. Målet där är att skjuta fram behovet av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, alternativt att tillsätta de insatser som behövs i god tid, innan behovet blir akut. En utvecklingsledare berättade hur arbetet går till väga:

*Man kanske vill ha en rullator till exempel, och så ringer man till kommunen. Men varför vill man ha en rullator just nu? Då kan man göra ett hembesök och titta – jo, det kan vara på grund av att man börjar bli yr. Och varför är man yr? Då kan man göra en utredning: kan det vara något med läkemedelsbehandlingen? Eller behöver man bara träning? Är det bara osäkerhet? Och sedan kan man gå in och stötta med proaktiva åtgärder.*

En metod för att arbeta risikoförebyggande med äldre, som lyftes fram som en framgångsfaktor i flera intervjuer, är genom äldremottagningar på vårdcentralerna. Som nämnts kan dessa fungera på olika sätt. En läkare från mobila teamet beskrev olika varianter har testats i dennes område:

*En vårdcentral gjorde så att de skannade befolkningen. De kollade hur många människor som uppfyller vissa kriterier, som skulle kunna vara rätt patienter för en äldremottagning. Ytterligare en vårdcentral gjorde så att de öppnade slussarna. De skickade ut ett öppet telefonnummer rätt ut i samhället, lämnade ut det överallt och hade en öppen telefon. ... Men det otroliga är att när man får den här höga tillgängligheten, framför allt den där möjligheten med direktlina in till personalen som jobbar på äldremottagningen – så ser man att antalet besök och kontakter med de här patienterna minskar kraftigt. Så de har fått lägre belastning, trots att de öppnade slussarna, så att säga.*

Även på sjukhusen vidtas preventiva åtgärder särskilt riktade mot äldre riskpatienter. Bland dem som nämndes i intervjuer ingick uppföljande samtal till mångbesökare på akutmottagning, direktinskrivningar från ambulans och äldrespår på akuten för ett snabbare omhändertagande.

## Vård- och omsorgskontinuitet

Kontinuitet var ett nyckelord när företrädare för vården och omsorgen diskuterade framgångsfaktorer i arbetet med att förebygga återinskrivningar av äldre med komplexa behov. Hög vårdkontinuitet sas både öka tryggheten för patienter och anhöriga och leda till bättre vårdplanering, vilket i förlängningen kan bidra till minskad risk för återinskrivningar.

Vårdkontinuitet kan bestå av olika aspekter. En är att patienter har tillgång till *samma läkare eller annan personal vid olika vårdtillfällen*. Här lyftes fast läkarkontakt och fast vårdkontakt fram som exempel på funktioner som, när de fungerar väl, kan bidra till att detta uppnås. Hög personal- och läkarkontinuitet i hemsjukvården sas också vara en viktig faktor. Flera av de intervjuade påtalade att där man har god läkarkontinuitet i hemsjukvården tenderar behovet av sjukhusbesök att minska. Detta eftersom hemsjukvårdens personal då kan kontakta den egna läkaren istället för att skicka patienter till sjukhus för bedömning. En regional samordnare förklarade hur välbemannade hemsjukvårdsteam med god läkartillgång kan göra skillnad i arbetet med att förebygga återinskrivningar:

*Vi ser på de ställen där man har en fast läkare mot hemsjukvårdspatienterna, att de känner sin patient, följer upp, kollar av med en hemsjukvårdssjuksköterska när de rondar, kollar upp: ”Jag ordinerade det här för tre dagar sedan, den här antibiotikan – hur går det?” Man har en närmare samverkan. Man vågar sätta antibiotikadropp i hemmet. Man vågar göra mer medicinska insatser i hemmet när man har en större läkarmedverkan än när man inte har det.*

Där primärvården inte tillhandahåller fasta läkare för hemsjukvården beskrivs olika mobila läkarfunktioner som alternativa eller kompletterande lösningar. En regional samordnare förklarade att på de särskilda boenden där ansvarig vårdcentral är bemannade av hyrläkare påverkas vårdkvaliteten för de boende negativt av den bristande kontinuiteten. Där har en läkarbil som tillhandahålls av primärvården istället kommit att stå för läkarkontinuiteten. En läkare i mobil verksamhet i en annan region förklarade att det faktum att denne är anställd av sjukhuschefen men enbart arbetar mot hemsjukvården i en angiven kommun, tryggar läkartillgången, eftersom hen inte riskerar att bli inkallad i ordinarie verksamhet, vare sig på sjukhuset eller en vårdcentral om dessa får bemanningsproblem. På så sätt säkras läkarkontinuiteten för de sjuka äldre som fortfarande bor hemma.

En annan aspekt av vårdkontinuiteten är att *övergångar mellan vård- och omsorgsinstanser fungerar smidigt*. Några intervjupersoner hänvisade till att hemgångs- eller hemtagningsteam kan vara en framgångsfaktor i detta arbete. Sådana team, som möter upp patienten efter utskrivning för att se till att den första tiden hemma blir trygg, har också till uppgift att bedöma framtida vård- och omsorgsbehov och därmed underlätta vårdplaneringen. En MAS beskrev hur betydelsen av sådana team ökat i samband med att lagen om samverkan vid utskrivning bidragit till kortare vårtider på sjukhus:

*Det går snabbare och snabbare på sjukhusen och de äldre är inte helt mobila [när de kommer hem]. Därför kan hemteamen hjälpa till, de är där för patienten under övergångsperioden. Det är viktigt för att hantera de snabba vårddiderna vi har idag.*

Sammanfattningsvis ansågs hög vårdkontinuitet både bidra till ökad trygghet för patient och anhöriga, och leda till bättre vårdplanering, vilket i sin tur kan bidra till att minska risken för återinskrivningar. De intervjuade lyfte särskilt fram behovet av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt samt hög personal- och läkarkontinuitet i hemsjukvården.

#### Tillgänglighet och flexibilitet

Två framgångsfaktorer som är nära kopplade till vårdkontinuiteten är att de vård- och omsorgsorganisationer som möter de äldre präglas av hög tillgänglighet och flexibilitet. Flera intervjupersoner framförde att, för att kunna ge god vård i hemmet till äldre med komplexa och föränderliga behov – och därigenom förebygga undvikbara sjukhusbesök, behöver vård- och omsorgspersonal vara tillgängliga med kort varsel. Därtill behöver de ha såväl kompetensen som den organisatoriska friheten att snabbt kunna anpassa insatserna efter den enskildes behov.

En avdelningschef i primärvården beskrev hur mobila team i dennes område präglas av en flexibilitet som betyder att de väldigt snabbt kan vara på plats i patienters hem. Ofta kan de med små medel göra stor skillnad för patienten och därigenom möjliggöra för dem att stanna hemma istället för att besöka akuten eller vårdcentralen. På så sätt skapas en trygghet för både patienterna och deras anhöriga.

En läkare i mobil verksamhet som arbetar mot hemsjukvården i en annan region beskrev hur läkartillgängligheten är avgörande för att kunna omhänderta äldre patienters snabbt föränderliga behov:

*Hela systemet bygger på att vi har väldigt hög tillgänglighet, 100-procentig tillgänglighet. Vi svarar i telefon direkt när sköterskorna därute ringer. För så är det med de här multisjuka äldre. De är så sköra, så det svänger bara på något dygn. De blir jättedåliga direkt, från att ha varit helt ok. Och då måste jag vara anträffbar dagtid – direkt.*

I vården av multisjuka och sköra äldre, med minskade fysiologiska reserver, ökad sårbarhet i samband med akut sjukdom eller andra förändringar, samt ett – ibland snabbt – föränderligt sjukdoms- och funktionstillstånd, är det således av största vikt att i tid ge den vård och omsorg som behövs, för att i möjligaste mån undvika ett eskalerande förlopp.

Hemsjukvårdens kapacitet att ge avancerad vård i hemmet  
Vidare tog flera av de intervjuade upp att, hur väl man lyckas undvika oplanerade akutbesök och återinskrivningar för äldre med komplexa behov är avhängigt vilka möjligheter man har att ge avancerad sjukvård i hemmet. Som framgångsfaktorer nämndes bland annat att hemsjukvården har kompetens att utföra avancerade insatser, att de har tillgång till den medicinska utrustning som krävs samt att de har möjlighet att kontakta specialistsjukvården för råd

och stöd när det behövs. En läkare i mobil verksamhet beskrev hur hemsjukvårdens höga kompetens bidrog till att minska belastningen på sjukhusets personal:

*Vi kan ju ge avancerad sjukvård i hemmet; det går att ge intravenöst antibiotika mot infektioner, för hemsjukvården i vår region har den kompetensnivån. De ger till och med blod hemma, så jag behöver inte ha någon personal med mig från sjukhuset.*

Olika kommuner och regioner angavs ha kommit olika långt i att bygga kapacitet för detta. Flera av de intervjuade beskrev hemsjukvårdens möjligheter att ge avancerad vård som en stor utmaning som aktualiserats allt mer på senare tid, i samband med den pågående omställningen till en nära vård. Dessa utmaningar diskuteras vidare i nedanstående avsnitt *Hinder, utmaningar och utvecklingsbehov*.

## De intervjuades syn på hinder, utmaningar och utvecklingsbehov

Detta avsnitt bygger på de svar och synpunkter som framförts av intervjupersonerna i samband med följande frågor:

- Vilka hinder och utmaningar möter din verksamhet i arbetet med att förbättra vården/omsorgen och förebygga återinskrivningar för denna patientgrupp? Hur kan dessa hinder/utmaningar åtgärdas?
- Finns det andra hinder/utmaningar på regional eller kommunal nivå?
- Ser ni behov av ytterligare insatser? På vilken nivå?

Svaren och synpunkterna har sedan tematiserats utifrån nedanstående rubriker. Det är viktigt att understryka att det som beskrivs bygger på de intervjuades *subjektiva* syn, och vidare att det inte kan betraktas ge en heltäckande bild, utan förhållandena kan se olika ut i olika regioner.

De som i intervjuerna framfördes som de största hindren handlade om utmaningar på en övergripande nivå:

- Otillräcklig personaltillgång och hög personalomsättning: *En ökad arbetsbörda för befintlig personal gör det svårare att delta i samverkansaktiviteter (exempelvis SIP) och därmed att följa de samverkansavtal som slutits. Hög personalomsättning gör det svårare att bygga relationer och skapa beständiga samverkansstrukturer. En hög arbetsbörda och personalomsättning riskerar också att få särskilt stora konsekvenser för vård och omsorg av äldre med komplexa behov, som är särskilt beroende av tid och kontinuitet, liksom av sammanhållen vårdplanering och uppföljning*
- Begränsade resurser: *Resursbrist och sparkrav leder till en minskad personalstyrka och svårigheter att rekrytera och behålla legitimerad personal. Ekonomiska begränsningar kan även medföra att man prioriterar ned samverkansaktiviteter och utbildningar. Flera av de intervjuade påtalade också att en ansträngd ekonomi kan inverka menligt på den pågående omställningen till nära vård, som ställer nya krav på den regionala primärvården och kommunerna.*



- Stuprör: *En pressad ekonomisk situation bidrar till att befästa de stuprör i vårdsystemet som överenskommelser och samverkansavtal varit menade att upplösa. Företrädare för både regionala och kommunala verksamheter beskrev i intervjuerna hur man i dessa stuprör fattar ekonomiska beslut som gynnar den enskilda verksamheten i stunden, men på sikt riskerar att både leda till en sämre vårdresa för patienten och högre kostnader för samhället.*

Andra hinder, utmaningar och utvecklingsbehov som lyftes var mer specifikt relaterade till vård och omsorg av äldre, och presenteras därför mer utförligt nedan:

### *Utmaningar i vården och omsorgens organisering och utförande*

Utmaningar kopplade till kommunikation

Företrädare för kommunala och regionala verksamheter betonade att tillgång till rätt information vid rätt tillfälle är en förutsättning för att vård- och omsorgsgivare ska kunna upprätthålla patientsäkerheten och uppfylla lagkrav om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Samtidigt påpekades att kommunikationen mellan huvudmän och verksamheter kan förbättras. Brisande kommunikation utpekades som ett grundläggande hinder i arbetet med att förbättra vården och omsorgen av äldre personer med komplexa behov.

De kommunikationsproblem som togs upp i intervjuerna kan huvudsakligen indelas i fyra kategorier: att sekretesslagstiftningen försvårar informationsdelning mellan aktörer; att befintliga informationssystem behöver uppgradering eller är inkompatibla med varandra; problem kopplade till läkemedelsförskrivningar samt att informationen som delas kan vara felaktig eller ofullständig.

#### *Hur sekretesslagstiftningen kan påverka informationsdelning*

Ett skäl till att information inte delas fritt mellan verksamheter och huvudmän är sekretesslagstiftningen. I intervjuer hänvisade företrädare för både kommunala och regionala verksamheter till att sekretesspärar hindrar informationsdelning mellan huvudmän, verksamheter och vårdnivåer:

*Vi har inte tillräckligt med möjlighet att kommunicera mellan de olika vårdnivåerna. Och sekretesslagstiftningen säger ju att vi inte får kommunicera med varandra heller, så som vi skulle önska. Den ena handen [av lagen] säger att vi ska göra det och den andra handen säger att vi inte får. Och sedan oavsett om vi ska eller får så kan vi det inte, för vi har inte teknik till det.*

Vidare noterades i både kommuner och regioner att sekretesspärar mellan offentliga och upphandlade verksamheter kan begränsa privata utförarens tillgång till information. Därigenom begränsas också deras möjligheter att samverka med andra vårdaktörer och, i förlängningen, att tillgodose patienters och brukares behov av en samordnad vård och omsorg.

Särskilt besvärande ansågs sekretesspärren vara när det gäller patienter som har insatser enligt både Socialtjänstlagen (SOL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Exempelvis påpekades att biståndshandläggare inte alltid har tillgång till all nödvändig information för att kunna behandla ansökningar om omsorgsinsatser. Regional samordnare:

*Som sjuksköterska eller paramedicinare så ingår du i HSL, då har du ju full insyn i patienten. Medan en biståndshandläggare inte får reda på mycket, utan de måste hänvisa till [vårdpersonal]. Och så sitter de kanske inte på samma plats, det kan vara långa avstånd. Där brister det, för om en biståndshandläggare jobbar med en patient och ska ha in ansökningar så borde det kunna få ges mer information för att göra det lättare. Men det är ju som kinamuren mellan de här två lagarna, tyvärr.*

#### *Begränsningar i informationssystemen*

Många av de intervjuade tog också upp att vård- och omsorgsaktörers möjlighet att samverka kring patienter och brukare, hämmas av att deras informationssystem inte är kompatibla med varandra, att olika system används för olika uppgifter och att delade journalföringssystem inte är tillgängliga för alla aktörer.

Exempelvis nämndes att samverkanskommunikation kring utskrivningar från slutenvården och annan vårdplanering tenderar att föras i ett IT-system, medan journalanteckningar förs i ett annat. För att ta del av all relevant information behöver vård- och omsorgsgivare därför logga in i flera olika system och själva pussla ihop en fullständig bild av patientens historik och aktuella behov. I intervjuer beskrevs att inte all personal har kännedom om de olika systemen. Vidare påpekades att personalen inte alltid har tid eller möjlighet att logga in i flera system för att ta del av eller själva lägga in information. En överläkare i geriatrik som arbetar på särskilda boenden beskrev hur detta kan påverka patientsäkerheten:

*Det kan vara en fara i en akut situation, om en oerfaren doktor på akuten inte vet att man kan klicka i och se vårdcentralanteckningar. Det ser vi när vi är på boenden ... då skriver vi på respektive vårdcentral de anteckningar vi gör... och sen kommer [patienten] in till akuten och så märker man ganska ofta att akutpersonalen inte har läst det som står i vårdcentralanteckningarna.*

Situationen kompliceras ytterligare av att de olika aktörerna inte alltid har tillgång till varandras journaler. Flera intervjupersoner beskrev att kommunala och regionala aktörer använder olika journalföringssystem och att dessa inte kommunicerar med varandra. En direkt konsekvens av detta som påtalades, var bristande tillgång till patienters läkemedelslista vilket i sin tur kan leda till en ökad patientsäkerhetsrisk (läs mer i avsnittet om *Problem kopplade till läkemedelsförskrivningar* nedan).

Att 1177 Vårdguiden inte har tillgång till regionens journalsystem beskrevs också som ett problem. En regional samordnare menade detta påverkar vårdguidens möjlighet att bidra till arbetet med att förebygga undvikbara besök på sjukhuset.

Suboptimal tillgång till digitalt stöd leder till att personalen ibland saknar viktig information om tidigare vårdkontakter och behandlingar. Likaså flaggas inte förändrade vårdbehov mellan aktörerna, vilket försvårar arbetet med att identifiera patienter som riskerar att råka ut för oplanerade återinskrivningar. Flera av de intervjuade efterfrågade automatisk flaggning av riskpatienter i IT-systemen för journalföring och samverkan. Regional samordnare:

*Vi vill ha ett digitalt system för detta, så att det plingar hos patientens läkare när en riskpatient identifieras, att det flaggar direkt i journalsystemet ... Vi vill jobba mer proaktivt, så att patienterna inte hinner bli sjuka och inlagda.*

Några av de intervjuade meddelade att deras regioner har, eller planerar att införa, gemensamma kommunikationsverktyg för samverkan mellan vård- och omsorgsaktörer. Dock beskrevs upphandling, utveckling och implementering av dessa gemensamma system vara en utdragen process. Tidigare har ambulanssjukvården, privata vårdcentraler och mobila läkarbilar i regionen inte haft tillgång till planeringsdokumenten, och därmed inte kunnat ta del av eller bidra till vårdplaneringen. Andra regioner meddelade att de inväntar gemensamma journalsystem, som är under utveckling men vars implementering förväntas ta flera år. Under tiden bromsas andra digitala utvecklingar som verksamheterna efterfrågar.

Där gemensamma kommunikationssystem finns uttrycktes ibland frustration över att deras användningsområden är begränsade. I en region noterades att IT-systemet för samverkan är utformat för att nyttjas i samband med utskrivning från slutenvården men inte andra vårdssituationer. Detta sas ge upphov till gråzoner där patienter med behov av vårdplanering faller mellan stolarna. Som exempel nämndes att patienter som varit tillfälligt inlagda på akutvårdsavdelning utan att bli inskrivna i slutenvården inte registreras i samverkanssystemet. Därmed får denna patientgrupp ingen SIP och riskerar att gå miste om vård- och omsorgsplanering.

#### *Begränsningar i Nationell patientöversikt*

Nationell patientöversikt (NPÖ) erbjuder vårdgivare att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra aktörer. Samtliga regioner är idag anslutna till NPÖ i någon grad. Dock påpekade flera intervjupersoner att tillgången till NPÖ skiljer sig åt mellan vårdaktörer, att informationen som delas däri kan vara svårnavigerad och att systemet inte möter alla kommunikationsbehov. En regional samordnare beskrev problematiken:

*... Vi skickar information genom vårt IT-system för samverkan mellan regionen och kommunen ... men journalerna kan vi inte dela där. För det har vi NPÖ, och det används mer och mer. Men det är ett bekymmer för lä-*

*karna. Den mobila hemsjukvårdsläkaren kan ju inte se vad det står i sjukhusets journal t.ex. Via NPÖ kan de göra det, men där kan de inte gå in och skriva till varandra.*

Vidare noterades att kommuner använder NPÖ i mindre utsträckning än regioner och att deras tillgång ofta är begränsad till att de kan ta del av andras journaler men inte själva lägga in information<sup>5</sup>. Ibland sas denna begränsning bero på att kommunerna i fråga valt att inte prioritera NPÖ. Andra gånger saknas de tekniska förutsättningarna att ansluta som producent, då inte alla journalssystemslieferantörer stödjer den funktionen.

Andra utmaningar som förknippats med NPÖ är att informationen inte upplevs som aktuell, att läkarna inte har hunnit skriva sina anteckningar innan patienten kommer hem, eller att NPÖ inte innehåller läkemedelslistan och har osäkra moment kring läkemedel, vilket skapar stor osäkerhet hos användare på kommunen.

#### *Utmaningar kopplade till läkemedelsförskrivningar*

Läkemedelsbiverkningar och felaktiga läkemedelsförskrivningar sades vara vanliga skäl för återinskrivning på sjukhus. Därför uttryckte flera av de intervjuade bekymmer över att systemen för att säkra att rätt läkemedel ges på rätt sätt, inte fungerar som de ska. I någon region nämndes att det är vanligt att läkemedelslistan i regionens journalsystem för slutenvården inte överensstämmer med läkemedelslistan i hemsjukvårdens journalsystem, när patienten skrivs ut från sjukhuset. I en annan region nämndes att kommunens sjuksköterska behöver vara på plats när de mobila vårdteamen kommer dit, för att dokumentera i kommunens journal, för att ta emot ordinationer. En av regionerna löste problemet genom att hemsjukvårdens sjuksköterskor begär in läkemedelslistor från slutenvården via fax när patienterna är inlagda, och på så sätt uppdaterar informationen i kommunens IT-system. En MAS beskrev problematiken:

*Det är relativt vanligt med problem i läkemedelshanteringen vid utskrivning. Dels handlar det om att läkare inte tänker på att uppdatera alla ordinationer, dels om att själva läkemedlen inte skickas med. I slutenvården används läkemedelslistan i regionens journalsystem och i hemsjukvården har man läkemedelslistan i ett annat system. Det är vanligt att de inte överensstämmer när patienten kommer från sjukhuset. Då får sjuksköterskan i kommunen, om de upptäcker detta, höra av sig och be om att ordinationerna korrigeras. Det är också ganska vanligt förekommande att ändringar görs i ordinationerna efter att patienten är utskriven, utan att mottagande sjuksköterska får information om det.*

#### *Informationen som delas mellan aktörer behöver kvalitetssäkras*

En ytterligare utmaning som togs upp i intervjuer är att den information som delas om patienter och brukare ibland är felaktig, inaktuell eller ofullständig. Det kan handla om att informationssystem inte uppdateras konsekvent, något

---

<sup>5</sup> Detta bekräftas på Ineras webbsida som uppger att medan ca 250 kommuner tar del av information i NPÖ är det bara omkring 10 kommuner som själva delar information i systemet. <https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/Nationell-patientoversikt/anslutna-vardgivare-i-npo/>

som flera av de intervjuade tog upp som ett vanligt problem i samband med utskrivning från slutenvården. Exempelvis nämnde en av de intervjuade att informationen från slutenvården ”inte alltid stämmer överens med hur patienten faktiskt mår vid utskrivning”; med följderna att den vårdplanering som baserad på denna information sedan behöver göras om.

Vidare lyfte man att vård- och omsorgsaktörer kan ha otillräcklig kunskap om vilken information andra vårdgivare behöver ha för att kunna planera och utföra sitt arbete. Som exempel nämndes den information socialtjänsten och hemsjukvården behöver för att kunna planera patientens vård- och omsorgsinsatser efter utskrivning. MAS:

*... ofta är det ju så att vi behöver ha kunskap om rena omvårdnadsbehov: vad klarar personen av i sin vardag? Den här ADL-delen<sup>6</sup> till exempel, den är viktig för oss för att vi ska föra vidare den informationen till hemtjänst. Och den informationen kanske man inte får från sjuksköterskorna på vårdavdelningen.*

Även primärvårdspersonal noterade att de ibland saknar den information de behöver för att ta över ansvaret för en patient efter utskrivning från slutenvården. En vårdkoordinator på en hälsocentral beskrev bekymret i att bedöma vilken vårdplanering som krävs när man saknar uppdaterad information om patientens status och medicinska historia:

*Man behöver hjälp, både från slutenvården och från kommunen, för att kunna göra den här bedömningen. Många gånger känner man inte patienten. Vårdsamordnaren har kanske aldrig träffat den här patienten, det kan ju vara en biståndshandläggare som känner patienten bäst, eller en kommunsjusköterska, eller en fysioterapeut. ... Många gånger har man känt att man har varit ensam. Nu är det lagt på öppenvården och då är det jag som vårdsamordnare som ska göra den bedömningen. Men man har känt att man inte riktigt kan göra det, för man är så beroende av andra aktörer runt patienten.*

Därmed betonades att bristande kännedom om patienten och ett inkomplett planeringsunderlag i samband med utskrivning från slutenvården, ökar risken att patienter inte får den vård och omsorg de behöver. Detta riskerar att leda till att deras tillstånd försämras och att de därför snart är tillbaka på akuten eller på slutenvårdsavdelningen.

Samtidigt anmärktes att det inte är tillräckligt att förbättra kommunikationen vid utskrivning. För att förebygga oplanerade återinskrivningar krävs bättre kommunikation mellan vårdaktörerna genom hela vårdkedjan, inklusive vid inskrivning i slutenvården.

Från primärvårdens och kommunens sida betonades att även sjukhusets personal har ett ansvar att kontakta primärvårdsläkare eller hemsjukvården för att ta reda på mer om nyinskrivna patienter. En mobil läkare anmärkte dock att sjukhusets personal ibland saknar både insikten och förutsättningar

---

<sup>6</sup> Aktiviteter i dagliga livet (ADL) - aktiviteter som är gemensamma för alla människor och som man utför regelbundet för att kunna leva ett självständigt liv.

att ta den kontakten. Likaså kan det vara svårt för sjukhusläkarna att söka igenom patientens journal efter noteringar som är relevanta för det aktuella vårdtillfället.

Flera av de intervjuade ansåg således att bättre kommunikation mellan kommun, primärvård och slutenvård i samband med inskrivning i slutenvården skulle öka förutsättningarna för en god vård både under och efter sjukhusvistelsen, vilket i förlängningen väntas bidra till att förebygga oplanerade återinskrivningar.

Utmaningar i vårdplaneringen

Utöver de utmaningar som uppstår till följd av bristande kommunikation, pekade intervjupersoner på andra problem i vårdplaneringen för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov. Två övergripande teman togs upp: utmaningar kopplade till samordnad individuell plan (SIP) samt brister i den medicinska vårdplaneringen, inklusive brytpunktssamtal.

*Utmaningar kopplade till samordnad individuell plan (SIP)*

Flera av de intervjuade tog upp att SIP inte genomförs i enlighet med lagkraven, och i den omfattning som skulle behövas, i alla regioner. Uppfattningen är dock att regionerna arbetar mer aktivt med att få till SIP sedan den nya samverkanslagen trädde i kraft. Det finns en enighet om att nyttan med SIP är att man gör det för patientens skull och att patienten och dess anhöriga ska vara delaktiga. Olika skäl uppgavs till varför planerna inte upprättas i tillräcklig utsträckning eller på rätt sätt. Ibland sas patienter tacka nej till SIP för att de är nöjda med sina befintliga vårdkontakter och vårdplaner och inte ser behovet. Andra gånger är det personalen som inte ser värdet. Några intervjupersoner pekade på att en SIP kan ses som ett tidskrävande arbetsmoment vars syfte inte är tillräckligt tydligt för de berörda medarbetarna. Även andra anledningar nämndes, som krångliga dokumentationssystem, resursbrist, begreppsförvirring, geografiska hinder samt otydlighet kring ansvar och roller.

Vad gäller begreppsförvirringen så handlar en del om vad som särskiljer en SIP från medicinsk plan, och vad skillnaden är jämfört med en fast vårdkontakt. En MAS berättar:

*Här är det så att de [personal på vårdcentralen] inte verkar veta riktigt hur det är tänkt med fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, jag vet inte, de har inte förstått sitt uppdrag helt enkelt. Och de verkar inte tycka heller att det är någonting som behövs, och det gör man kanske inte förrän man får det förklarat för sig vad det är för någonting och vad tanken är med det.*

I fråga om geografiska avstånd upplevs SIP i hemmet svårt att genomföra i glesbygdskommuner. Digitala lösningar för att utföra SIP på distans har utvecklats på några håll, men regioner och kommuner sas ha kommit olika långt i det arbetet. Där digitala SIP-lösningar finns rapporterades att de inte alltid används i den utsträckning det är tänkt.

En del regioner påtalade fördelarna med att göra SIP i hemmet (läs avsnittet om *Verksamheter och insatser*), medan ett par av de intervjuade ifråga-

satte det numera gängse rådet att SIP i första hand ska genomföras i patientens hem. De menade att för sköra patienter kan en vårdplanering på sjukhus vara en förutsättning för en trygg hemgång. En MAS förklarade att även om man i kommunen har förutsättningarna att klara vården i hemmet, så försvåras arbetet av att man ofta saknar information om de medicinska besluten eller alla ordinerade åtgärder. Primärvårdsläkaren kanske inte har involverats före utskrivning och patientens närstående har inte fått den information de har rätt till kring prognos och vårdplanering. Därför efterfrågade hen möjligheten att utföra SIP på sjukhuset, för att trygga hemgången för vissa patienter:

*... i palliativt skede kan du ha stora behov av att det finns tekniska hjälpmedel kanske. Det finns risker i hemmet. Där bör man kunna få planera på sjukhuset, innan du går hem, så att SIP:en är färdig. Det tror jag skulle kunna förhindra återinskrivningar.*

I andra fall ansågs upprättandet av en SIP i direkt anslutning till utskrivning vara för tidigt. En primärvårdsläkare påpekade att där det finns hemtagnings-team som tar hand om patienten den första tiden efter utskrivning kan det vara bättre att avvakta med SIP-mötet tills dessa är redo att lämna över ansvaret för patienten till vårdcentral eller hemsjukvård. Görs planeringen medan hemtagningssteamet fortfarande är på plats blir det för många aktörer inblandade och risk för onödigt dubbelarbete.

Några av de intervjuade framförde att samordnade individuella planer förvisso upprättas regelbundet i deras verksamheter, men att de inte alltid involverar rätt personalgrupper och därmed inte fullt ut fyller sin funktion. Exempelvis anmärkte en MAS att, när vårdcentralernas personal inte aktivt deltar i vårdplaneringen faller det på biståndshandläggare att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser såsom rehabilitering, vilket inte egentligen är deras ansvarsområde. En annan MAS beklagade att läkare i området sällan deltar i SIP-arbetet:

*Vi pratar väldigt mycket SIP och vi gör många SIP men det är väldigt, väldigt sällan som läkarna är med, utan det är sjuksköterskorna som SIP:ar. Och det tycker jag är en stor brist, därför att då måste de ändå söka informationen. (...) Om vi hade en god samverkan med patientansvariga läkare och vi fick bra ordinationer och allt det här så skulle vi kunna förhindra flera återinskrivningar.*

Samtidigt påpekades att olika personalgrupper har olika förutsättning att delta i vårdplaneringsmöten med kort varsel. Primärvårdsläkare sades ofta ha uppbokade arbetsdagar, medan slutenvårdspersonal och vårdsamordnare inom primärvården antogs ha mer flexibla scheman och därmed större möjlighet att delta i vårdplanering i samband med utskrivning.

I vissa sammanhang ansågs kommunens personal bättre lämpad att leda SIP-arbetet. Exempelvis nämnde en MAS att äldre som bor på särskilt boende har mest kontakt med kommunens sjuksköterskor och att det för dessa patienter därmed inte är ändamålsenligt att vårdcentralens vårdsamordnare håller i den samordnade individuella planen.

Sammanfattningsvis ansåg flera av intervjupersonerna att SIP inte genomförs i tillräcklig omfattning. De såg ett behov av att underlätta genomförandet av SIP, genom större flexibilitet kring när, var och hur en SIP genomförs, och med bra stöd för att utföra SIP:ar digitalt; samt att skapa förutsättningar för att rätt professioner kan delta i SIP:arna. Den nya samverkanslagen har dock främjat att regionerna arbetar mer med att genomföra SIP.

#### *Brister i medicinsk vårdplanering och brytpunktssamtal*

Utöver de brister i SIP-arbetet som redovisas ovan uttrycktes även oro över att den medicinska vårdplaneringen inte alltid fungerar optimalt. Några av de intervjuade efterfrågade en mer systemorienterad och proaktiv medicinsk vårdplanering för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov. Exempelvis tog flera upp att vård- och omsorgspersonal inte i tillräcklig utsträckning pratar med äldre patienter om vilka försämringar som kan väntas och hur dessa ska hanteras. MAS:

*Vi har ju en åldrande befolkning; man lever längre, man hinner få fler sjukdomar, så risken att deras hälsa sviktar är stor. Och då handlar det om att man måste vara väl förberedd och jobba förebyggande för att förhindra svikterna så långt som det är möjligt. Och då krävs det en planering för det, att se hela helheten, se hela människan.*

När en sådan planering saknas och patienters tillstånd försämras kan det få till följd att de skrivs in och ut i slutenvården upprepade gånger utan att någon tar sig tid att förklara vilka vårdalternativ som finns eller fråga patienterna vad de själva önskar. Flera av de intervjuade anmärkte att personal inte alltid har kompetensen att hålla brytpunktssamtal; en uppgift som kräver såväl kunskap som mod.

En primärvårdsläkare efterfrågade mer reflexion och diskussion i planeringen, kring hur vården som helhet på bästa sätt kan hjälpa patienten. Likt andra intervjuade framhävde hen särskilt behovet av att tillsammans med patienten diskutera vad som bör vara "målet och inriktningen av vården vid försämring." Samma läkare reflekterade att ett ökat användande av kunskapsstöd och vägledningar, som standardiserade vårdförlopp, kan leda till att vårdprofessionerna blir mindre benägna att göra självständiga bedömningar om varje patients behov.

Sammanfattningsvis efterfrågades en mer framåtsiktande och individualiserad medicinsk vårdplanering för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov, och att man i tid involverar patienten i denna planering, framför allt för att diskutera inriktningen av, och målet med, vården vid försämring.

Samverkanslagen har skapat nya utmaningar

Flera av de utmaningar som lyfts ovan uppstår eller är särskilt märkbara i situationer där vård- och omsorgsverksamheter förväntas samverka över organisationsgränserna. En situation som framhävdes som särskilt problematisk är när äldre med komplexa behov skrivs ut från slutenvården och ansvaret för deras vård och omsorg förs över till hemsjukvården, socialtjänsten och den regionala primärvården. I detta sammanhang tog ett antal av de intervjuade upp att samverkanslagen (SFS 2017:612), som trädde i kraft i januari 2018,



gett upphov till nya utmaningar som vissa menade riskerar att ytterligare försvåra samarbetet och negativt påverka vården och omsorgen för dessa patientgrupper.

I intervjuerna framträdde en delad bild av lagens inverkan på vården och omsorgen av äldre med komplexa behov. Många företrädare för såväl kommuner som regioner menade att lagen gett upphov till ett flera positiva förändringar. Exempelvis nämndes att den har satt fokus på vikten av att samarbeta över organisationsgränser och att primärvårdens ansvar efter utskrivning har förtydligats på ett välkommet sätt. I kommuner och regioner där det tidigare saknats en fungerande process för samverkan kring utskrivning, sås lagen ha gett arbetet en välbehövd skjuts framåt.

På andra håll var man mindre positiva till lagens effekter. Exempelvis nämnde några intervjupersoner att de nya lagkraven tvingat kommuner och regioner att omarbeta etablerade samverkansstrukturer som fungerat väl men som av olika skäl inte mötte de nya lagkraven. Några av de intervjuade beskrev att utskrivningsstatistiken i deras område försämrats i samband med att man försökt anpassa sig till lagen och att det tagit lång tid att hitta nya, fungerande arbetssätt. Vissa hade tvingats revidera sina informationsdelningssystem.

Flera intervjupersoner uttryckte att de förstod lagens intentioner men att de hade invändningar mot vissa skrivningar som de menade inte var ändamålsenliga i alla situationer. Ett exempel som lyftes av flera är att datum för utskrivning ska anges redan i inskrivningsmeddelandet, något man menade inte är realistiskt eftersom personalen vid inskrivningen inte har hunnit bilda en uppfattning om patientens vårdbehov. Ibland har patienten inte hunnit träffa en läkare ännu. En konsekvens av detta är att det angivna datumet ofta ändras, inte sällan med kort varsel, vilket skapar problem för kommunerna som förväntas stå redo att ta emot patienten vid hemkomst. En MAS framförde att ”i princip alla patienter” får ändrat datum för utskrivning, vilket medför ett betydande resursslöseri för kommunerna:

*Om man slår ihop alla kommuner i länet och tidsåtgången till att ändra, planera om, hämta ny information – alltså det är ganska mycket tidsåtgång om man lägger ihop. Det här berör biståndshandläggare, det berör [den kommunala] hälso- och sjukvården, det berör hemtjänst, det berör chefer.*

Flera av de intervjuade påtalade att detta skapar frustration inom socialtjänsten och hemsjukvården, vilket riskerar att skada deras tillit till slutenvården. MAS:

*Ett problem är att det blir en snabb process; här la man en ambition om att från utskrivningsklar ska personen skickas hem inom 24 timmar. Det ställer väldigt höga krav på kommunen helt plötsligt, kräver väldigt hög flexibilitet. Det är ett dilemma för oss. Lagen ställer krav på att det ska vara en planerad vårdtid och det är bra i teorin, men den ändras ju så ofta. Det är problematiskt när vi riggar för hemtagning och så ändras det.*

Man framförde också att detta problem inte synliggörs i statistiken, vilket innebär att regionen kan få goda utskrivningsresultat oavsett hur kommunernas verksamhet påverkas.

En annan invändning som lyftes av flera av de intervjuade är att utskrivningen sker snabbare sedan lagen trädde i kraft, vilket sas få till följd att patienter är i sämre skick vid hemgång idag. Att hemkomna patienter har större vårdbehov ökar belastningen på kommunerna ytterligare. Läkare i mobil verksamhet:

*Den nya lagen skruvande åt tumskruvorna på kommunerna någon kopiöst. I det gamla systemet fanns det ändå en logik i att man inte blir utskrivningsklar förrän kommunen sa att det går att ta hem den här människan. Nu plötsligt ... ska kommunen ta emot när sjukhuset säger det – oavsett om de har fixat det eller inte. Innan hade man fem vardagar på sig. Nu är det tre veckodagar.*

Kortare vårdtider på sjukhus sades också förstärka de brister i vårdplaneringen som tas upp i ett tidigare avsnitt. Exempelvis framförde flera av de intervjuade att slutenvården inte tar ansvar för patientens helhetsbehov eller hemsituation innan de meddelas vara utskrivningsklara. En MAS nämnde utmaningar i den palliativa vårdplaneringen som ett återkommande problem i dennes kommun, såsom att brytpunktssamtal utförs inte eller att det saknas tydlig ordination kring symtombehandling. En avdelningschef i primärvården beskrev hur äldre ortopedpatienter skickas hem utan att någon reflekterat över hur de ska kunna ta sig runt eller sköta sin hygien hemma:

*I vinter har det varit mycket ortopedpatienter, för det har varit halkigt. De har ramlat, de är gipsade och skickas hem. Allting ska gå så fort, och så har man liksom inte tänkt på att: ”Den här människan, som har fått en gipsad arm, har faktiskt en rullator där hemma som hon inte längre kan hantera för att hon inte kan använda sin arm och tar sig inte till toan själv.”*

Sammanfattningsvis, samtidigt som det framgick att många företrädare för kommuner och regioner tyckte att samverkanslagen lett till flera positiva förändringar, ansåg ett flertal av de intervjuade att den också har fått ett antal ogynnsamma konsekvenser: att den medfört att kommuner och regioner har behövt omarbeta etablerade samverkansstrukturer som fungerat väl; att det är problematiskt att datum för utskrivning ska anges redan i inskrivningsmeddelandet, innan man på sjukhuset hunnit bilda en uppfattning om patientens framtida vårdbehov och hemsituation, och att detta datum ofta ändras, inte sällan med kort varsel; samt att lagen har medfört att utskrivningen sker snabbare, vilket kan leda till att patienter är i sämre skick vid hemgång, jämfört med innan lagen infördes.

Det proaktiva arbetet kan bli större  
Ett annat utvecklingsområde för arbetet med att förebygga återinskrivningar av äldre med komplexa behov, som togs upp i många intervjuer, är att vården

och omsorgen inte anses vara tillräckligt proaktiv. Flera av de intervjuade uttryckte frustration över att det saknas uppsökande och preventiva insatser riktade mot äldre i deras region eller kommun. I områden där förebyggande insatser finns eller är under utveckling anmärkte man att vissa grupper ändå riskerar att inte nås av dem. Exempelvis påtalades att äldre personer som inte är inskrivna i hemsjukvården, riskerar att inte fångas upp förrän det uppstår ett akut behov av vård. Därigenom går de miste om förebyggande insatser som skulle kunnat minska deras behov av akut- och slutenvård på sikt. I det följande redovisas först de brister som påtalades i vårdcentralernas preventiva arbete och därefter kommunernas.

#### *Brister i vårdcentralernas preventiva arbete*

I intervjuer framfördes att lagen om samverkan vid utskrivning har medfört högre krav på att den regionala primärvården ska ta ett proaktivt ansvar för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov, men att många vårdcentraler inte ännu lever upp till de nya kraven. Regional samordnare:

*I och med den nya lagen så är vårdcentralerna mycket mer centrala. Tidigare åkte patienterna fram och tillbaka mellan kommunen och sjukhuset; vårdcentralerna träffade dem inte. Jag önskar att man kunde screena mer genom riktade riskbedömningar på vårdcentralerna. Att dessa patienter får längre konsultationer; att man kallar dem till hälsoundersökningar. Det behövs ingen ny forskning, det är bara att komma igång. I [andra regioner] finns äldremottagningar. Vårdcentralens roll i att proaktivt identifiera riskgrupper skulle kunna fungera likt BVCs.*

Flera andra intervjupersoner instämde i antagandet att mer riktad primärvård skulle kunna minska behovet av oplanerade återinskrivningar för äldre med komplexa behov. Likaså underströks att fungerande samverkan med hemsjukvården är en förutsättning för att vårdcentralerna ska kunna fullfölja sitt uppdrag gentemot dessa patientgrupper. Också här påpekades att vårdcentraler har kommit olika långt.

Några intervjupersoner påpekade att primärvårdsläkare sällan tar ett helhetsansvar för sina patienter idag. Man menade att primärvårdsläkarna borde ha ett mer proaktivt ansvar för att exempelvis genomföra läkemedelsgenomgångar och samordna kontakter med specialistvården. Regional samordnare:

*Läkaren på hälsocentralen behöver inte ha det medicinska ansvaret för alla delar men de bör ju vara samordningsansvariga och kunna ha en dialog med slutenvården, så att inte patienten ska bli bollad runt hela regionen. ... Vi har bedrivit ett projekt tillsammans med närstående och anhöriga och kommun och region, där vi har tittat på samordnad planering och samverkan och hur det fungerar. Där ser vi att anhöriga och patienterna ringer runt till alla aktörerna själva för att få kontakt, för att man är orolig i vissa fall att man inte gör det man ska. Och det beror också på att vi bollar dem fram och tillbaka.*

Olika förklaringar gavs till varför vissa vårdcentraler ansågs brista i sitt uppdrag kring äldre med komplexa behov. En del av de intervjuade pekade på en

utbredd resursbrist i primärvården. Många vårdcentraler sas ha svårt att rekrytera permanent personal. Det anmärktes att utan stabil bemanning är det svårt för vårdcentralerna att införa preventiva arbetsätt och att upprätta ett fungerande samarbete med andra aktörer.

Några av de intervjuade framförde att det finns en otydlighet i hur primärvårdens uppdrag är formulerat, med följderna att olika aktörer tolkar uppdraget på olika sätt. En konsekvens av detta sas vara att vårdcentraler är ovilliga att göra en nytolkning av sitt uppdrag om det leder till att deras ansvar utökas. Geriatriker i primärvården:

*I direktiven om vad som ingår i att bedriva vårdcentral så står det ... att man ska svara för medicinska bedömningar. Det vill säga, det är skrivet som ett ganska reaktivt uppdrag. Det är lätt att tolka det så, för ska man jobba preventivt så tar ju det såklart mer tid och resurs. Så hur väl man arbetar beror på vilken kompetens och vilka resurser man har, och då menar jag kompetens i bred mening – både medicinskt men också i samverkanskompetens och förståelse för systemet.*

Flera intervjupersoner var därmed överens om den utökning och förtydligande av primärvårdens ansvar och roll som följer på lagen om samverkan vid utskrivning och den pågående omställningen till en nära vård, kräver såväl ett kulturskifte som omfattande kompetensutveckling. I detta ansågs vårdcentralerna ha kommit olika långt. För att underlätta omställningen efterfrågades ett tydliggörande av vårdcentralernas preventiva uppdrag och kompetensutveckling kopplat till det förändrade uppdraget

#### *Brister i kommunernas preventiva arbete*

Även kommuner fick återkoppling om att proaktivt arbete med att identifiera och stötta riskgrupper bland äldre kan utvecklas. Ett par av de intervjuade framförde att det på senare år har blivit svårare att bli inskriven i den kommunala hemsjukvården, med följderna att patienter hinner bli sjukare innan de får insatser och därmed löper större risk för upprepade sjukhusbesök. Ett par av de intervjuade framförde att det händer att anhöriga och patienter söker sig till akuten som en väg till att få hemsjukvård. En regional samordnare beskrev hur detta kan gå till:

*Många patienter som kommer in till akuten får som diagnos att de har en ohållbar hemsituation, och så ska det ju inte vara – det är ingen anledning att vara på sjukhus. ... Men det kan vara en anhörig som inte orkar längre, som inte klarar att ta hand om sin närstående. Då lägger man in dem på vår akutvårdsavdelning så kontaktar vi kommunen som får komma och göra en vårdplanering. Den planeringen hade man kunnat göra i hemmen innan, så hade de sluppit åka till akuten.*

Slutligen konstaterades att liksom den regionala primärvården, behöver kommunerna förtydliga sitt uppdrag i samband med omställningen till en nära vård. Också här påtalades att kommunerna har kommit olika långt och att inte alla tycks beredda på det utökade ansvar som omställningen innebär.

Precis som inom primärvården efterfrågades riktade satsningar inom den kommunala hemsjukvården för att kommunerna ska kunna uppfylla de förväntningar om ett utökat ansvarstagande som omställningen till en nära vård innebär.

Tillgång till läkare inom hemsjukvården är central

Precis som god läkarkontinuitet i hemsjukvården angavs vara en framgångsfaktor i arbetet med att förebygga återinskrivningar, beskrevs bristande läkartillgång som en utmaning och ett utvecklingsområde i flera regioner. När hemsjukvårdens personal har svårt att få kontakt med läkare för telefonkonsultationer eller hembesök sås det öka risken för oplanerade transporter till sjukhus, eftersom personalen i dessa situationer ofta väljer att skicka patienten till akutmottagning för bedömning. Om bedömningen istället hade gjorts i hemmet av eller med stöd av läkare, hade fler patienter kunnat stanna hemma, alternativt blivit direktinlagda på slutenvårdsavdelning. Regional samordnare:

*En hemsjukvårdssköterska är väldigt beroende av att kunna vända sig till en primärvårdsläkare. Vet man inte vad man ska göra och inte får kontakt med en läkare så skickar man in patienten. Det är inte lätt för sköterskorna med mindre erfarenhet. Om de hade kunnat lyfta telefonen och rådgöra med en läkare tror jag att fler patienter hade kunnat stanna hemma.*

I vissa fall kopplades läkarbristen i hemsjukvården till den bemanningsproblematik som nämns ovan. Några av de intervjuade anmärkte att det, på grund av de fasta läkarnas höga arbetsbelastning, ibland endast är tillfälliga läkare som är tillgängliga för hemsjukvården. Detta ansågs problematiskt eftersom dessa inte känner till patienternas historia och sällan har möjlighet att följa upp utredningar och vårdinsatser.

I andra fall beskrevs den bristande läkartillgången i hemsjukvården som ett i första hand organisatoriskt problem. Som nämnts ovan sås vårdcentraler vara olika rustade och villiga att samverka med såväl slutenvården som hemsjukvården. Därtill påpekades att det är problematiskt att hemsjukvården ofta är organiserad utifrån geografi, medan primärvården i många regioner är indelad i vårdvalsenheter vars patientunderlag inte sammanfaller med hemsjukvårdens områden. Det innebär att hemsjukvårdsteam tvingas konsultera med läkare på flera olika vårdcentraler, vilket ökar den administrativa komplexiteten och försvårar deras arbete.

Vidare påtalades att om omställningen till en nära vård innebär att patienter med allt mer komplexa behov vårdas i hemmet, kan det ibland vara lämpligare att läkaransvaret för dessa ligger hos specialistkliniker snarare än hos allmänläkare i primärvården. Dock påpekades att den organisatoriska flexibilitet som detta kräver, ofta saknas.

Flera av de intervjuade efterfrågade nya organisatoriska lösningar för att tillgängliggöra fasta läkare för hemsjukvården. Önskemål om ökade möjligheter för hemsjukvården att konsultera specialistläkare framfördes också i intervjuerna och sås vara möjligt eller under utveckling i några av de regioner som ingick i undersökningen.

## Behov av kompetensutveckling

Intervjupersoner från både kommuner och regioner framförde att det finns stora behov av kompetensutveckling inom de verksamheter som ansvarar för vården och omsorgen av äldre med komplexa behov. Man pekade på att faktorer såsom en åldrande befolkning, den pågående omställningen till en nära vård och ökade krav på samverkan mellan huvudmän och verksamheter, både har synliggjort befintliga kompetensbrister och skapat nya kompetensbehov i de berörda verksamheterna.

Såväl medicinsk- som samverkanskompetens efterfrågades. En utbredd brist på geriatrisk kompetens hos läkare inom andra specialiteter än geriatrik, såväl slutenvården och primärvården, lyftes fram som ett särskilt problemområde. Några av de intervjuade påtalade att när geriatriska kliniker lagts ned har deras geriatriker ibland anställts av vårdcentralerna, med följderna att deras kompetens koncentreras geografiskt och inte längre är tillgänglig för större områden.

Flera av de intervjuade anmärkte vidare att vården av sköra äldre ställer andra kompetenskrav än andra patientgrupper. Man menade att deras komplexa behov kan innebära att slutenvården behöver ge dem så kallad allmänmedicinsk vård i högre utsträckning än andra patientgrupper, samtidigt som primärvårds- och omvårdnadspersonal kan behöva ha specialistkompetens för att tillgodose deras behov.

För att möta kommunernas utökade ansvar efterfrågade flera intervjupersoner en bred kompetensutveckling inom den kommunala hemsjukvården och hemtjänsten. En MAS anmärkte dock att det är svårt att bemanna kommunens vård- och omsorgsverksamhet för de sköraste äldre, eftersom det rör sig om relativt få patienter som, när de väl behöver vård i hemmet, ställer höga krav på såväl personalens kompetens som teknisk utrustning.

Några pekade på hur den bemanningsproblematik som nämnts i tidigare avsnitt tar sig uttryck både i en brist på legitimerad personal i verksamheterna och en pressad arbetssituation som försvårar möjligheterna till kompetensutveckling för den personal som är på plats. En MAS beskrev denna dubbla problematik:

*De utmaningar vi pratar mycket om idag är mycket kopplat till den nära vården och hur vi ska få en bra kompetensförsörjning i verksamheterna, stabilitet och tillräckligt med personer. Vi har ont om legitimerad personal. Läkare, men också på rehab-sidan och sjuksköterskor ... Och då är det svårt att avsätta tid för kompetensutveckling. Vilket behövs för att vi ska kunna ge god vård i hemmet eller nära hemmet och undvika sjukhusvård i onödan ... Om vi ska kunna samverka och prata samma språk behöver vi gemensamma utbildningar och information.*

Hemtjänsten behöver rätt förutsättningar för att ge komplex omvårdnad och arbeta riskförebyggande

Ett återkommande tema i intervjuundersökningen var att omställningen till en nära vård ställer höga krav på den kommunala omsorgen. Även för patienter med regionens ASIH sades det vara vanligt att en betydande del av den vardagliga omsorgen sköts av kommunens vård- och omsorgspersonal. Flera av

de intervjuade anmärkte dock att hemtjänsten ofta saknar förutsättningarna att ge brukare med komplexa behov den omvårdnad de behöver. Det kan handla om att personalen saknar rätt kompetens för uppgiften eller att deras arbete är organiserat på ett sätt som inte möter de enskildas behov. Exempelvis nämndes att hemtjänstpersonalen tenderar att vara låsta till förbestämda arbetsuppgifter och tider; ett arbetssätt som sas fungera dåligt för personer med komplexa och snabbt föränderliga behov.

Några av de intervjuade framförde att hemtjänsten är en underutnyttjad aktör i det riskförebyggande arbetet med sköra äldre. De menade att hemtjänstpersonalen ofta är de första som märker att en äldre persons tillstånd försämras, men att de saknar kompetensen eller kontaktvägarna som krävs för att flagga detta till andra vårdaktörer.

Därtill behöver de ha kunskap om vad som bör fångas upp och signaleras om. Kompetensbrist hos hemtjänstpersonalen beskrevs därmed som ett hinder i arbetet med att förebygga oplanerade akutbesök och återinskrivningar. Man menade att när hemtjänstpersonalen saknar grundläggande sjukvårdsutbildning ökar risken att de tar det säkra före det osäkra och tillkallar ambulans när brukarnas tillstånd försämras. Verksamhetschef i primärvården:

*Det är den största utmaningen jag har nu, för kommunens personal är inte alltid utbildad; hemtjänstpersonal och andra. Utan de får panik när de ser en svårt sjuk människa och då är 112 den första instinkten. Då har de inte läst våra planer: att patienten ska stanna hemma, man ska kontakta den kommunala sjuksköterskan, osv. ... Så utbildningsnivån på dem som jobbar med omsorg i kommunen – det måste vi ta tag i.*

Flera intervjupersoner framförde därmed att det finns stor potential att stärka hemtjänstens roll, exempelvis genom att kompetensutveckling och kontaktvägar så att de kan flagga för biståndshandläggare eller vårdcentral när en brukares tillstånd förändras. Regional samordnare:

*Kommunerna skulle behöva ha mer uppsökande verksamhet utifrån sina hemtjänstområden. Personalen som arbetar med personerna ser ju att de börjar försämras, det gör de absolut. Och att de då kunde signalera till sina biståndshandläggare att man kanske borde göra ett besök och insatserna kan behöva utökas.*

En annan samordnare beskrev hemtjänstens utvecklingspotential som ”en guldgruva” och framhöll att ett utökat ansvar för hemtjänsten skulle bidra till att höja yrkesgruppens status. Dock påpekades att en förutsättning för att hemtjänstens uppdrag ska kunna vidgas är god personalkontinuitet och tillgång till utbildad personal – vilket i sig är en utmaning för de kommuner vars hemtjänst i stor utsträckning bemannas av tillfällig eller utbildad personal.

Utmaningar kopplade till uppföljning och statistikinsamling  
Flera av de intervjuade tog upp att arbetet med att förebygga oplanerade återinskrivningar försvåras av att man saknar statistik om i vilken utsträckning, när och varför och dessa sker. Några regionala samordnare noterade att de har tillgång till regionens aggregerade statistik om återinskrivningar men att

de inte kan spåras till lokal nivå och att det inte går att urskilja om de varit oplanerade eller inte. Därtill påpekade flera att de inte har möjlighet att inhämta uppgifter från kommunerna om vad som eventuellt föregått en återinskrivning i slutenvården. Därmed försvåras arbetet med att identifiera riskfaktorer och i förlängningen att identifiera och sätta in förebyggande insatser för riskpatienter.

Några påtalade att de förvisso samlar in data om insatser och avvikelser på regional nivå, men att data inte används för att förbättra vården. Närsjukvårdstrateg:

*Vi registrerar mycket men vi tar väldigt lite hand om siffrorna och gör för få jämförelser. Vi skulle behöva göra fler analyser för att kunna göra förbättringar. Vi behöver titta på vad det är i processen vi kan förbättra. Gjorde vi allt vi har ansvar för att göra i utskrivningen? Kom patienten tillbaka för att vi brast? Vi har inte systemen som svarar på det behovet av analyser.*

Sammanfattningsvis framfördes att data som samlas in i regioner sällan används i utvecklande syfte och att kommunerna – i den mån de alls samlar in statistik om målgruppen – inte producerar statistik som är tillgänglig eller användbar för regionernas utvecklingsarbete.



# Diskussion

Denna rapport beskriver omfattningen av återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, hur detta hanteras i olika regioner, samt hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende. Rapporten bygger på resultat från såväl registeranalyser som intervjuer med representanter för tio slumpmässigt utvalda regioner. För att definiera gruppen multisjuka och sköra äldre har Socialstyrelsens definition av *mest sjuka äldre* tillämpats.

Enligt den ursprungliga planen skulle även en enkätundersökning genomföras, omfattande samtliga regioner och ett representativt urval av kommunerna. Undersökningen kunde emellertid inte genomföras på grund av coronapandemin. Följden av detta är dels att informationen om olika verksamheter och insatser, och de intervjuades uppfattning om och synpunkter på dem, endast baseras på uppgifter från det utvalda regionerna; dels att det inte är möjligt att bedöma omfattningen av de beskrivna verksamheterna och insatserna.

Det är också viktigt att påpeka att de verksamheter och insatser som beskrivs inte har som primärt mål att minska återinskrivningar av äldre – även om det ibland i intervjuerna beskrivs som ett syfte – utan att ge äldre, framför allt de med komplexa behov, en god vård och omsorg.

## Omfattningen av återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre

De registeranalyser som genomförts i projektet visar att andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, är ungefär dubbelt så hög för de mest sjuka äldre jämfört med hela patientgruppen 65 år och äldre. Det finns således anledning att särskilt följa denna grupp i statistiken. Ett annat viktigt fynd är att det inte har skett några betydande förändringar i andelen återinskrivningar mellan 2010 och 2019. I hela gruppen 65 år och äldre syns ingen nämnvärd förändring, vilket överensstämmer med resultaten i SKRs *vården i siffror* [4], medan det för de mest sjuka äldre ses en viss ökning av återinskrivningar, från 25 till 28 procent under denna tidsperiod. Signifikanta ökningsar ses också för denna grupp i 15 av 21 regioner. Dessa resultat kan således inte påvisa att de insatser som gjorts i regioner och kommuner, i samband med och efter regeringens och SKR:s satsning på de mest sjuka äldre 2011 – 2014, har haft några effekter på oplanerade återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre.

Det finns emellertid många faktorer som kan påverka förekomsten av återinskrivningar, och det är tänkbart att en eventuell positiv effekt av dessa insatser kan motverkas av andra omständigheter eller åtgärder med motsatt inverkan. Bland annat visar de aktuella analyserna att den genomsnittliga vårdtiden för mest sjuka äldre har minskat fr.o.m. 2018. Detta är i linje med

resultaten i Myndighetens för vård och omsorgsanalys uppföljning av samverkanslagen [37], som visade en minskning av vårdtiden för utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården åren 2017–2019.

Vad man däremot kan se är att variationen mellan kommuner i andelen återinskrivningar har minskat i de flesta regionerna, vilket kan tyda på en bättre regional samordning av vård- och omsorgsinsatserna för de mest sjuka äldre.

För såväl 2010 som 2019 observerades att drygt en tredjedel av dem som blev återinskrivna återinskrevs två eller fler gånger under året, och stod för nära två tredjedelar av alla återinskrivningar. Detta ger vid handen att det är angeläget att framöver också följa denna grupp i statistiken.

## Samband med sociodemografiska faktorer

En multivariat analys av återinskrivningar 2019, visade att manligt kön, hög ålder ( $\geq 80$  år), att bo i kommun utanför storstad, att ha kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) och att bo i säbo, var förenat med en högre sannolikhet för mest sjuka äldre att under året återinskrivas minst en gång inom 30 dagar. Däremot sågs inget signifikant samband med födelse-land och utbildning.

Att mest sjuka äldre personer med hemsjukvård eller boende i säbo uppvisar en högre sannolikhet för att återinskrivas, var mindre förväntat eftersom det där erbjuds mer omfattande vård- och omsorgsinsatser i hemmet, men kan förklaras av att dessa grupper samtidigt är i större behov av vård- och omsorg.

En analys över tid av förekomsten av återinskrivningar, uttryckt som andel av alla slutenvårdstillfällen, visar dock att denna andel är lika stor för dem som bor i ordinärt boende utan hemsjukvård som för äldre med hemsjukvård eller boende i säbo. Detta betonar behovet av uppsökande och preventiva insatser för äldre i ordinärt boende utan hemsjukvård, något som också framförs som ett viktigt utvecklingsbehov i intervjuerna.

## Läkemedelsanvändning

Läkemedelsanvändningen hos de mest sjuka äldre som återinskrevs minst en gång 2010 respektive 2019 var omfattande – drygt 8 läkemedel per person och således långt över de fem läkemedel från och med vilket en vårdgivare ska erbjuda en äldre (75 år eller äldre) patient en enkel läkemedelsgenomgång (11 kap. HSLF-FS 2017:37). Därtill ökade användningen mellan dessa år med 0,5 läkemedel per person i snitt.

De läkemedelsgrupper som ökade i användning utgjordes med få undantag av läkemedel för behandling av somatiska sjukdomar och tillstånd, främst hjärt-kärl-läkemedel av olika slag och medel vid magsår och gastroesofageal refluxsjukdom (protonpumpshämmare); en trend som tidigare uppmärksammats av Socialstyrelsen [38]. För flera av dessa läkemedelsgrupper, främst hjärt- och kärl-läkemedel, återspeglar den ökade användningen i stor utsträckning aktuella rekommendationer för att förebygga och behandla sjukdom, och är således både förväntad och ur medicinsk synvinkel önskvärd. Många av de läkemedel som har ökat i användning är emellertid, oavsett deras kli-

niska nytta, potenta och kan hos äldre ge biverkningar som ibland är allvarliga [39]; i synnerhet vid en omfattande läkemedelsanvändning, då läkemedelsinteraktioner riskerar uppstå, samt vid nedsatta organfunktion, särskilt njurfunktion [40].

En analys av förändringar i läkemedelsanvändningen hos de mest sjuka äldre som återinskrevs 2010 respektive 2019, visar ett likartat mönster med en omfattande in- och utsättning av läkemedel under året, som resulterade i en ökad läkemedelsanvändning. Däremot var andelen dosförändringar låg, vilket tyder på att det görs få finjusteringar av läkemedelsbehandlingen, som kan vara påkallade vid exempelvis nedsatt njurfunktion, misstänkta läkemedelsinteraktioner eller läkemedelsbiverkningar.

## Vilka diagnoser återkommer bland dem som återinskrivs?

Även om man inte ser någon påtaglig förändring i andelen återinskrivningar av de mest sjuka äldre sedan 2010, så har det skett vissa förskjutningar bland de huvuddiagnoser som registrerades vid de vårdtillfällen som föregick en återinskrivning. De fem vanligaste diagnoserna var desamma 2019 som 2010, med *KOL* och *hjärtinsufficiens* (hjärtsvikt) i topp; men några av dem har ökat eller minskat i förekomst. Särskilt anmärkningsvärd är minskningen för *KOL* och *fraktur på lårben*. Den minskade förekomsten av återinskrivningar för *KOL* kan hänga samman med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och *KOL*, publicerade första gången 2015 [41], som har resulterat i ett ökat antal astma/*KOL*-mottagningar, vilket i sin tur rapporteras ha lett till en förbättrad vårdkvalitet vid dessa sjukdomar [42]. Nedgången i återinskrivningar efter lårbensfraktur överensstämmer med data från Svenska Höftprotesregistret som visar en sedan flera år stadigt minskande andel oönskade händelser (kirurgiska, kardiovaskulära och medicinska komplikationer) efter höftproteskirurgi [43].

Den ökade förekomsten av diagnoserna *akut njursvikt* och *akut tubulointerstitiell nefrit*, är också värd att notera. Det skulle delvis kunna bero på användning av läkemedel som påverkar njurfunktionen, såsom medel som påverkar renin-angiotensinsystemet (ACE-hämmare och angiotensin II-receptorblockerare), protonpumpshämmare och antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) [44, 45], varav de två förstnämnda enligt analyserna har ökat påtagligt i användning sedan 2010.

Vidare sågs en ökad förekomst av diagnosen *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol*. Detta fynd överensstämmer med iakttagelsen av en kontinuerlig ökning de senaste 10 åren av andelen personer 65 år och äldre som vårdas med diagnoser som är relaterade till alkoholberoende [46].

Fyndet att drygt hälften av vårdtillfällena med *KOL* och nära hälften av dem med hjärtsvikt, som huvuddiagnos, följdes av en återinskrivning med en motsvarande huvuddiagnos, kan tyda på att en orsak till återinskrivningen är att patienten inte är färdigbehandlad vid utskrivning från föregående vårdtillfälle. En annan förklaring kan vara att den behandling som då getts är av mer

symtomatisk art och bara ger en tillfällig effekt (till exempel behandling med urindrivande medel vid hjärtsvikt; behandling med luftrörsvidgande medel och antibiotika vid KOL). Resultaten visar dock att andelen återinskrivningar för samma diagnoser vid KOL och hjärtsvikt har minskat något sedan 2010.

Samtidigt visar analysen att många patienter vid återinskrivningen vårdas med huvuddiagnoser som inte motsvarade huvuddiagnosen vid föregående vårdtillfälle. Dessa diagnoser kan i princip utgöra:

- Ett symptom på sjukdomen som patienten tidigare vårdades för – t.ex. *Onormal andning* vid hjärtsvikt och KOL
- En konsekvens av sjukdomen – t.ex. *Respiratorisk insufficiens* vid KOL
- En komplikation till sjukdomen – t.ex. *Pneumoni* vid KOL
- En följd av behandlingen av sjukdomen – t.ex. *Njursvikt* kan vara en konsekvens av läkemedelsbehandling av hjärtsvikt
- En underliggande sjukdom/tillstånd – t.ex. *KOL* vid pneumoni, och *Njursvikt* vid hjärtsvikt
- En annan samtidig sjukdom/tillstånd – t.ex. *Hjärtinsufficiens* (hjärtsvikt) vid KOL, andra sjukdomar i urinorganen samt pneumoni

Det är rimligt att anta att många av dessa sjukdomar/tillstånd inte kunde förutsägas vid det vårdtillfälle som föregick återinskrivningen. Detta gäller i synnerhet för de mest sjuka äldre, som har flera sjukdomar, en ofta omfattande och komplex läkemedelsbehandling samt en i olika grad nedsatt funktion och reservkapacitet. Dessa resultat pekar istället på behovet av att följa upp dessa patienter efter utskrivning, genom primärvårdens försorg.

## Hur hanteras återinskrivningar i olika regioner?

Av intervjuerna i detta projekt framgår att det idag förekommer en rad olika former för samverkan, verksamheter och insatser, som syftar till att ge äldre personer, framför allt de med komplexa behov, en god vård och omsorg; vilket i sin tur kan leda till minskad förekomst av oplanerade återinskrivningar:

- Olika former för samverkan från politisk nivå till verksamhetsnivå; för att utveckla och förbättra samverkan och samordning i vården av och omsorgen om äldre.
- Planering och samordning av fortsatta vård och omsorgsinsatser, efter att den äldre patientens skrivits ut från sjukhus.
- Mobila insatser för äldre; för att i större utsträckning kunna vårda den äldre hemma.
- Uppsökande verksamhet; för att identifiera äldre personer som är i behov av, eller inom en snar framtid kan behöva, vård och omsorg; eller för att erbjuda vård- och omsorgsinsatser, exempelvis rehabilitering eller tandvård, i hemmet.
- Särskilda verksamheter och kompetenser för äldre i primärvården: äldre-mottagning, som ska vara lätt tillgänglig för den enskilde och bland annat erbjuda förebyggande insatser och riskbedömningar; vårdsamordnare som

ansvarar för utskrivningsprocessen och uppföljning efter utskrivning; och äldresjuksköterska som bland annat håller i kontakterna med hemsjukvården.

- Metoder för att underlätta snabbt omhändertagande och vård på rätt nivå; såsom bedömningsbil för att undvika icke nödvändiga besök på sjukhusets akutmottagning, och direktinskrivning till slutenvård eller korttidsboende.
- Identifiering av riskpatienter; kliniskt med hjälp av riskbedömningsinstrument, eller baserat på journal- och registerdata.

Det är emellertid inte möjligt att avgöra i vilken omfattning var och en av dessa verksamheter och insatser förekommer i olika regioner och kommuner i landet, eftersom underlaget i denna rapport – på grund av att den planerade enkätundersökningen inte kunde genomföras – är begränsat till intervjuerna med de 10 slumpmässigt utvalda regionerna.

## Hur sker uppföljningen av vård och omsorg efter att de äldre har kommit åter till sitt boende?

Det framgår av intervjuerna att flera regioner har hemgångsteam som följer upp att patienten den första tiden efter utskrivning klarar sig hemma med avseende på dagliga aktiviteter, träning, medicinering med mera, och får nödvändigt stöd för detta.

Uppföljningen av vård och omsorg ombesörjs av en särskild vårdsamordnare, eller annan person som är utsedd till fast vårdkontakt, på vårdcentralen. Denne har till uppgift att ansvara för utskrivningsprocessen, koordinera vården efter utskrivning samt kalla till och samordna SIP.

För sköra äldre patienter som går hem efter ett akut besök på sjukhuset, görs i många fall en uppföljning av en omsorgscoordinator som är stationerad på akutmottagningen.

## De intervjuades syn på framgångsfaktorer, hinder, utmaningar och utvecklingsbehov

För att bättre kunna undersöka vilka behov som finns av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinskrivningar, omfattade intervjuerna också frågor om vad intervjupersonerna i de olika regionerna ansåg vara framgångsfaktorer för en god vård och omsorg för äldre med komplexa behov, liksom vilka brister och hinder som ligger i vägen för detta mål.

### Framgångsfaktorer

En övergripande framgångsfaktor som togs upp i flera intervjuer är att arbeta personcentrerat, vilket bland annat innefattar att involvera patienter och anhöriga i vård- och omsorgsplaneringen. Detta anses ge viktig kunskap om den sjukas situation och hur den har förändrats över tid, samt om hur de vill

att deras vård och omvårdnad ska se ut vid försämring. Vidare kan patienters och anhörigas delaktighet i diskussioner om insatser leda till en ökad känsla av trygghet.

En annan framgångsfaktor som lyftes av flera intervjuade, var att arbeta proaktivt genom riskförebyggande åtgärder och genom att identifiera personer med hög risk för stora behov av vård och omsorg inom en nära framtid. Detta kan ske genom hälsosamtal och riskbedömningar vid förebyggande hembesök eller på en äldremottagning, samt genom tillämpning av riskbedömningsinstrument och riskindikatorer på olika vårdnivåer.

Det framhölls vidare vara av stor betydelse att den äldre i så stor utsträckning som möjligt har tillgång till samma läkare och samma personal vid olika vårdtillfällen. Det ansågs bidra till ökad trygghet för den enskilde och dess anhöriga, till att äldre i större utsträckning kan vårdas i hemmet samt till en bättre uppföljning och vårdplanering. Man betonade också vikten av att övergångar mellan vård- och omsorgsinstanser fungerar smidigt, vilket kan tillgodoses genom bland annat hemgångsteam.

Att vård- och omsorgsaktörer som möter den äldre har en hög tillgänglighet och flexibilitet lyftes också fram som en viktig framgångsfaktor. Det sas bidra till trygghet samt, framför allt, till att förändringar i hälsa och funktion kan hanteras i tid och att den äldre därmed i större utsträckning kan vårdas hemma.

Slutligen framhöll flera av de intervjuade att det är viktigt att hemsjukvården kan ge mer avancerad sjukvård i hemmet, exempelvis ge intravenös injektion/infusion med antibiotika eller blodtransfusion. Sådana möjligheter bidrar till att den äldre i större utsträckning kan vårdas hemma. Det kräver dock tillgång till nödvändig medicinska utrustning och möjlighet att vid behov kontakta specialistsjukvården.

## Hinder, utmaningar och utvecklingsbehov

Förutom mer generella brister och utmaningar i hälso- och sjukvården, avseende bland annat ekonomiska begränsningar, personalbrist och hög personalomsättning, hinder för informationsdelning samt brister i kommunikation och IT-system, påtalades i intervjuerna ett antal specifika brister, utmaningar och utvecklingsbehov i vården av äldre.

Det framkom i intervjuerna att SIP inte alltid genomförs i enlighet med lagkraven, och i den omfattning som skulle behövas. Orsakerna sas bland annat vara att SIP uppfattas som tidskrävande, att samordningen kan vara svår att uppnå (exempelvis vid stora geografiska avstånd) och att den inte alltid involverar rätt professioner.

Man påtalade också att det skett förändringar i vårdtid och utskrivningsprocess sedan samverkanslagen trädde i kraft. Flera intervjuade ansåg att patienter skrivs ut tidigare, och därmed är i sämre skick och har större vårdbehov vid hemgång. Man menade vidare att slutenvården inte i tillräcklig omfattning tar ansvar för patientens helhetsbehov eller hemsituation innan de meddelas vara utskrivningsklara.

Vidare ansågs det att det i alltför stor utsträckning saknas uppsökande och preventiva insatser för äldre, inom såväl den regionala hälso- och sjukvården som i kommunerna. Man menade att detta exempelvis kan medföra att äldre

personer som inte är inskrivna i hemsjukvården, riskerar att inte fångas upp förrän det uppstår ett akut behov av vård. Bland annat efterlystes en mer ”rikstad primärvård”, exempelvis i form av äldremottagningar, och ett tydliggörande av vårdcentralernas preventiva uppdrag. Äldremottagningar ses av många av de intervjuade som en framgångsfaktor i det riskförebyggande arbetet för äldre. Den höga tillgänglighet som de står för skapar också trygghet för den äldre. Verksamheten varierar dock mycket i utformning och innehåll, och begreppet äldremottagning anses ha en oklar definition och avgränsning.

Otillräcklig läkartillgång i hemsjukvården sågs också vara en utmaning. Den ansågs delvis bero på otillräcklig läkarbemannning eller hög arbetsbelastning hos befintliga läkare, men också på att primärvårdens organisation inte sammanfaller med hemsjukvårdens.

De intervjuade såg stora behov av kompetensutveckling inom de verksamheter som ansvarar för vården och omsorgen av äldre med komplexa behov. Såväl medicinsk som samverkanskompetens efterfrågades. En utbredd brist på geriatrisk kompetens i både slutenvården och primärvården lyftes fram som ett särskilt problemområde.

Flera av de intervjuade lyfte fram att hemtjänsten inte har tillräckliga förutsättningar att ge äldre med komplexa behov den omvårdnad de behöver och arbeta riskförebyggande. Hemtjänstpersonalen är låsta till förbestämda arbetsuppgifter och tider, ett arbetssätt som man menar inte passar väl för omvårdnad av personer med komplexa och snabbt föränderliga behov. Vidare framhölls att hemtjänstpersonalen ofta är de som först märker att en äldre persons tillstånd försämras. De skulle därför kunna ha en viktig roll i att signalera detta till biståndshandläggare eller vårdcentral, vilket dock förutsätter kunskap och kontaktvägar.

Slutligen framfördes i flera intervjuer att det saknas tillräckligt informativ statistik om återinskrivningar. Den idag tillgängliga statistiken innehåller uppgifter på regions- och möjligen sjukhusnivå, men inte på mer detaljerad nivå. Därtill angavs att det saknas möjligheter att inhämta uppgifter från kommunerna. Man anser sig därför inte kunna använda statistiken för att identifiera riskfaktorer och därmed i förebyggande syfte. Flera av de intervjuade efterlyser att de IT-system som används i deras regioner automatiskt ska flagga för riskpatienter som kan behöva utökade insatser.

## Sammanfattning och slutsatser

Resultaten i denna rapport visar att andelen återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre är hög jämfört med alla äldre. Den har emellertid inte förändrats nämnvärt sedan 2010 då regeringens och SKRs satsning för *Sammanhållan vård och omsorg om de mest sjuka äldre* [1] inleddes, trots omfattande samverkan och insatser som syftar till att ge äldre, framför allt de med komplexa behov, en god vård och omsorg.

Fördelningen av de diagnoser som förekommer vid vårdtillfällen som följs av en återinskrivning har emellertid delvis förändrats hos de mest sjuka äldre sedan 2010. *KOL* och *fraktur på lårben* figurerar mer sällan, vilket kan tyda på en bättre vård och uppföljning vid dessa diagnoser. Samtidigt har före-

komsten av *akut njursvikt* och *akut tubulo-interstitiell nefrit* ökat, liksom diagnosen *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol*, något som påkallar ökad uppmärksamhet på läkemedelsanvändningen vid nedsatt njurfunktion och på bruket av alkohol, hos dessa patienter.

För KOL och hjärtsvikt ses i en relativt hög andel samma diagnoser vid återinskrivningen. Detta tyder på att behandlingen vid slutenvårdstillfället före återinskrivningen kan ha varit otillräcklig eller endast gett en tillfällig förbättring. Minskade vårdtider, som påvisas i analyserna, kan vara av betydelse för detta. Andelen återinskrivningar med samma diagnoser har emellertid inte ökat mellan 2010 och 2019, för de fyra diagnoser som här studerats, utan tvärtom sjunkit något. Det framfördes dock vid intervjuerna att man ansåg att patienter skrivs ut tidigare sedan samverkanslagen trädde i kraft, och därmed är i sämre skick och har större vårdbehov vid hemgång. Det är därför angeläget att fortsättningsvis följa utvecklingen av vårdtider för gruppen mest sjuka äldre.

Samtidigt sker en betydande andel av återinskrivningarna med diagnoser som *inte* motsvarar dem vid föregående vårdtillfälle. Även om de i stor utsträckning är relaterade till diagnosen vid det tidigare vårdtillfället, så kan de i många fall ha varit svåra att förutsäga då. Detta fynd pekar istället på behovet av att följa upp, och ha möjlighet att behandla, dessa patienter efter utskrivning. Behovet av detta framfördes i många intervjuer, och man beskrev flera olika insatser som kan tillgodose det, bland annat mobila insatser och hemsjukvård. Man underströk framför allt vikten av att i tid kunna upptäcka och åtgärda tillstånd i hemmet, innan de förvärras och kräver sjukhusvård.

Ett område som belystes på många sätt i intervjuerna var det proaktiva, förebyggande, arbetet. Man nämnde riskbedömningar och riskförebyggande åtgärder vid förebyggande hembesök/hälsosamtal och äldremottagningar; användning av riskbedömningsinstrument och riskindikatorer på olika vårdnivåer; mobila team samt uppföljande samtal till mångbesökare på akutmottagning. Det ansågs dock finnas behov av utveckling inom detta område. Flera av de intervjuade framförde att hemtjänstpersonalen, som ofta är de som först ser att en äldre persons tillstånd försämras, skulle kunna ha en viktig roll i att signalera detta till vården och omsorgen. Man framhöll också ett behov av att utveckla statistiken i regioner och kommuner, så att den kan användas för att identifiera patienter med risk för skörhet och framtida vård- och omsorgsbehov.

De behov som framkommer i denna rapport sammanfaller väl med det som föreslås i Regeringens proposition (2019/20:164) om *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård*, där det i formuleringen av Primärvårdens grunduppdrag (13 a kap. 1 §) bland annat föreslås att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska:

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
- se till att vården är lätt tillgänglig, och
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.



I Socialstyrelsens Uppföljning av omställningen till en mer nära vård [47] konstateras att de flesta regionerna nu har målbilder och en organisation för omställningen till nära vård och att många också har strategier där nära vård ingår. Vidare konstaterar man att det i stor utsträckning redan finns väl fungerande strukturer för samverkan mellan regioner och kommuner. Samtidigt betonas – i likhet med i denna rapport – att det finns flera utmaningar, avseende bland annat kommunikation, uppföljning av vården samt nuvarande och framtida kompetensförsörjning.

En omställning har således påbörjats, som kommer att kunna hantera flera av de behov som lyfts fram i denna rapport. Samtidigt visar rapporten att flera av de samverkansformer och insatser som är en förutsättning för en nära vård, i viss omfattning redan finns, som en existerande verksamhet eller en uttrycklig strävan. Vidare belyser rapporten det aktuella läget och behoven i vården och omsorgen av en av de största målgrupperna för en framtida nära vård, och kan därmed bidra med ett viktigt underlag för detta förändringsarbete.

## Finns det behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinskrivningar?

Med utgångspunkt från resultaten i detta projekt identifierar Socialstyrelsen att det fortsatt finns behov att stödja både de kommunala och regionala verksamheterna i arbetet med multisjuka och sköra äldre.

Det finns behov av att – i linje med omställningen till en nära vård – säkerställa rutiner för hemsjukvården för att i tid kunna behandla sjukdomar och tillstånd i den äldres hem, innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En god samverkan fordras därvid mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet.

Det finns också behov av att säkerställa rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan och tider på dygnet, för att förebygga akuta sjukhusbesök.

Äldre i ordinärt boende har mindre omfattande tillsyn än de i särskilt boende och i korttidsboende. Det finns därför behov av att man i hemtjänstens uppdrag inkluderar riskförebyggande arbete, då hemtjänsten ofta är den som i störst utsträckning har återkommande kontakt med dessa äldre personer.

Äldremottagningarnas uppdrag behöver förtydligas. För att de äldre ska kunna erbjudas insatser utifrån ett helhetsperspektiv finns det också behov av att se till att riskförebyggande insatser inkluderas i äldremottagningarnas ansvar.

Det finns behov av att sjukvården säkerställer rutiner för att utvärdera och ompröva läkemedelsanvändningen hos äldre vid nedsatt njurfunktion, särskilt vid akut försämring av densamma.

Samtliga som arbetar med äldre behöver kunna bedöma överkonsumtion av alkohol som orsak eller bidragande orsak till det aktuella hälsotillståndet vid inskrivning av äldre i slutenvården, samt kunna vidta åtgärder för detta.

Det finns även ett betydande behov att i regioner och kommuner skapa förutsättningar för att i rutinsjukvård använda registerdata och administrativa data från vård och omsorg, i uppföljande och riskförebyggande syfte.

# Referenser

1. Bättre liv för sjuka äldre - stora förbättringar på kort tid. Sveriges Kommuner och Landsting 2015. ISBN: 978-91-7585-225-6.
2. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/halso-och-sjukvard/>
3. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Socialstyrelsen 2014-2-12.
4. Vården i siffror. Sveriges Kommuner och Regioner. <https://vardenisiffror.se/>.
5. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen 2011-10-20.
6. Wallerstedt SM, Fastbom J, Johnell K, Sjöberg C, Landahl S, Sundström A. Drug treatment in older people before and after the transition to a multi-dose drug dispensing system--a longitudinal analysis. *PLoS One*. 2013 Jun 24;8(6):e67088.
7. Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017. Inspektionen för vård och omsorg 2018-12.
8. Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitets-säkrande funktioner. Socialstyrelsen 2014-4-12.
9. Bowin R, Norén D. Trygg Hemgång i Ronneby. Utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting. HCM Health Care Management 2014.
10. Trygg hemgång för effektivare och säkrare utskrivning från slutenvård. Sveriges Kommuner och Landsting 2017.
11. Om övergångar mellan slutenvård och öppen vård och omsorg. Socialstyrelsen 2017-1-13.
12. Lindqvist E, Viberg H, Åhlfeldt E. Att främja en trygg hemgång från sjukhus. En beskrivande studie av två olika Trygg hemgångsmodeller. Nestor FoU-centers Skriftserie nr 03/19, 2019. ISSN 1652-4608.
13. Behovsstyrning. Behovsanalys med åtgärdsförslag. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli. Västra Götalandsregionen 2015.
14. Stefansson U, Lundblad S. Estherteam - delprojekt i Trygg och säker vård och omsorg. Test Estherteam våren 2017 - en summering. Region Jönköpings län 2017.
15. Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:6. ISSN 1401-5129.
16. Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2017:9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017.
17. Närvården i västra Skaraborg - Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting. HCM Health Care Management 2013.

18. Slutrapport - Breddinförande av mobil närvård. Västra Götalandsregionen 2019.
19. Rutin, manual och samtalsguide för hälsosamtal riktade till 75-åringar. Landstinget Västernorrland, Härnösands, Kramfors, Sollefteå, Sundsvalls, Timrå, Ånge, Örnsköldsviks kommuner 2014.
20. Hälsosamtal med personer som är 75 år. Vårdutvecklingsplan. Centrum för Allmänmedicin (CeFAM). Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting 2014.
21. Äldres resa till, genom och ut från sjukhus i Stockholms Län. En lägesbeskrivning inför lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018:1. ISSN 1401-5129.
22. Sonde L, Österman J, Johansson L. Stockholms läns landstings äldre mottagningar. PM Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018.
23. Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre. Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård & Svensk sjuksköterskeförening 2012.
24. Läkemedelsgenomgångar. En uppföljning och utvärdering av Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap. HSLF-FS 2017:37. Socialstyrelsen 2019-2-22.
25. 19 sätt att samverka bättre - en rapport om försöksverksamheter för de mest sjuka äldre 2010-2013. Sveriges Kommuner och Landsting, 2013. ISBN: 978-91-7585-009-2.
26. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Socialstyrelsen 2013-12-18.
27. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen 2011-3-34
28. Bättre liv för sköra äldre i Kalmar län. Strategi och handlingsplan 2019-2020. Region och kommuner i Kalmar län.
29. Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer. Sveriges kommuner och regioner 2020. ISBN: 978-91-7585-822-7.
30. Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre - Slutrapport från utvärderingen. Socialstyrelsen 2014-5-4.
31. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – slutrapport 2015. Sveriges Kommuner och Landsting 2015.
32. Ekdahl AW, Ekerstad N, Alfredsson J, Johanson M, Metzner C, Strandberg T, Wilhelmson K, Cederholm T. Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov. Läkartidningen. 2020;117:F3HE.
33. Eklund K, Wilhelmson K, Landahl S, Ivanoff-Dahlin S. Screening for frailty among older emergency department visitors: validation of the new FRESH-screening instrument. BMC Emerg Med 2016;16(1):27.
34. <https://plus.rjl.se/senioralert>
35. Bättre liv för sjuka äldre - En kvalitativ uppföljning. Sveriges Kommuner och Landsting 2012. ISBN: 978-91-7164-763-4.
36. Marcusson J, Nord M, Dong HJ, Lyth J. Clinically useful prediction of hospital admissions in an older population. BMC Geriatr. 2020 Mar 6;20(1):95.

37. Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rapport 2020:4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020.
38. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015. Socialstyrelsen 2015-4-1.
39. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen 2014-12-13.
40. Fastbom J. Läkemedelsbehandling av sköra äldre. Svensk Geriatrik 2016;3:18-20.
41. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2020-12-7135.
42. Kull I, Ställberg B. Nya kriterier för astma/KOL-mottagningar i primärvården - Patientutbildning, rökslutarstöd och fysisk aktivitet är prioriterat – även fysioterapeut bör inkluderas i teamet. Läkartidningen. 2018 Jan 29;115:EWLT.
43. Svenska Höftprotesregistret. Årsrapport 2019
44. Tänk på risken för negativa effekter av läkemedel vid akut försämrad njurfunktion. Janusinfo, Region Stockholm. [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)
45. Rydén LC, Hertzberg D, Sartipy U, Holzmann MJ. Akut njurskada är ett vanligt och allvarligt tillstånd. Den kliniska betydelsen är stor och sannolikt underskattad. Läkartidningen. 2016 May 3;113:DXD3.
46. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020. Socialstyrelsen 2020-3-6603.
47. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Socialstyrelsen 2020-6-6826.



# Bilaga. Guide för intervju med regional samordnare

Tema 1: Problembild – oplanerade återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre

- Beskriv kortfattat hur problembilden kring vården och omsorgen av multisjuka och sköra äldre har sett ut i er region tidigare och hur den ser ut idag? Vad är det man har försökt förändra?
- Skiljer sig problembilden i olika delar av regionen? I så fall hur?

Tema 2: Att ta reda på hur man arbetar i olika regioner för att förbättra vården, och minska förekomsten av återinskrivningar, av multisjuka och sköra äldre, inklusive hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende

- Hur arbetar din verksamhet för att förbättra vården och omsorgen och förebygga återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, t.ex. avseende vårdplanering, primärvårdens roll, samverkan mellan huvudmän och verksamheter?
- Görs någon identifiering av riskpatienter? I så fall var och hur, och vilka kriterier används?
- Följer man upp vården och omsorgen av multisjuka och sköra äldre när de skrivits ut från sjukhus och kommit åter till sitt boende? (t.ex. avseende vårdplanering/SIP, hemsjukvård, kommunal omsorg, och samverkan mellan huvudmän och verksamheter). I så fall hur?
- Känner du till andra insatser i regionen för att förbättra vården och omsorgen, och förebygga återinskrivningar, för multisjuka och sköra äldre, t.ex. avseende vårdplanering, primärvårdens roll, samverkan mellan huvudmän och verksamheter?
- Hur fungerar samverkan mellan din verksamhet och andra regionala eller kommunala aktörer, i vården och omsorgen av multisjuka och sköra äldre?
- Har lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården påverkat ert arbete på detta område? Hur?

Tema 3: Uppföljning, utvärdering, statistik

- Har de beskrivna insatserna följts upp/utvärderats? I så fall vilka resultat har det gett?

Tema 4: Hinder och framgångsfaktorer

- Vilka är framgångsfaktorerna i din verksamhets arbete med att förbättra vården och förebygga återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre?
- Finns andra framgångsfaktorer på regional nivå?
- Vilka hinder och utmaningar möter din verksamhet i arbetet med att förbättra vården/omsorgen och förebygga återinskrivningar för denna patientgrupp? Hur kan dessa hinder/utmaningar åtgärdas?

- Finns andra hinder/utmaningar på regional nivå?

Tema 5: Att undersöka huruvida det finns behov av ytterligare insatser för att förebygga återinskrivningar

- Ser ni behov av ytterligare insatser? I så fall på vilken nivå?
- Deltar ni i något nätverk eller dylikt för utbyte av erfarenheter med andra verksamheter/regioner kring arbetet med att förbättra vården och omsorgen? Fungerar spridningen av arbetssätt och lärdomar idag? Om inte – hur skulle det kunna bli bättre?