

Fakta om utskrivningsklara patienter
- från betalningsansvar till sammanhållen vård

Förord

Betalningsansvarslagen ersattes 2018 av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Syftet var att personer med fortsatt behov av vård och omsorg efter utskrivning från sjukhus skulle få en trygg och smidig resa genom vården. Ett strukturerat och proaktivt samarbete mellan sjukhus, primärvård och socialtjänst skulle frigöra vårdplatser på sjukhus och därmed göra vården effektivare.

I ekonomiskt svåra tider när det samtidigt föreligger svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens är det extra viktigt att vårdens och omsorgens resurser används så ändamålsenligt som möjligt. Det är samtidigt bättre för patienter att inte behöva vistas på sjukhus längre än behövt. En nollvision för antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus är därför en rimlig målsättning.

Denna rapport tar sitt avstamp i Ädel-reformen och beskriver hur förändrade lagar och begrepp liksom medicinsk utveckling, effektivare arbetsmetoder och förbättrad samverkan mellan kommuner och regioner bidragit till att minska antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus.

När Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård infördes 2018 minskade antalet vård dagar på sjukhus för utskrivningsklara patienter kraftigt på kort tid för att under pandemin nå sin lägsta nivå och därefter öka något.

I denna rapport beskrivs utvecklingen med särskilt fokus på somatisk vård. Mycket positivt har hänt men det finns mer kvar att göra. Inom psykiatrisk vård ligger vård dagarna för utskrivningsklara patienter stabilt lågt och det handlar jämförelsevis om små volymer. Därför omnämns psykiatrisk vård endast sporadiskt i denna rapport.

Rapporten sammanfattar och jämför utfallet över tid i landet och underlättar förhoppningsvis regionernas och kommunernas fortsatta gemensamma arbete. Den riktar sig till politiker och tjänstepersoner på regional och nationell nivå samt till andra som är intresserade av att förstå frågans komplexitet.

Stockholm i april 2024

Johan Kaarme

Avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

Sammanfattning	7
Bakgrund och historik	10
Äldreformen.....	10
Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.....	15
Införandet av den nya lagen.....	18
Uppföljning av utskrivningsklara patienter	23
Medelvårdtid som utskrivningsklar	23
Avgränsningar	24
Fler indikatorer	24
Regionernas och kommunernas överenskommelser	26
Mönster i reglerna om betalningsansvar	26
Resultaten från uppföljningen 2014 – 2023	28
De fyra indikatorerna	29
Resultat per län	31
Resultat per kommun	33
Fällor och fel i resultaten	34
Analyser av utfall och samband	39
Samband med kommungruppstillhörighet.....	39
Samband med tillgängliga platser i region och kommun	41
Samband med andel köpt verksamhet.....	42
Samband med antal vårdtillfällen där patientens utskrivning planeras enligt samverkanslagen	44
Samband med modell för betalningsansvar i de regionala överenskommelserna	47
Variation i resultat avseende vård dagar för utskrivningsklara patienter	49
Inflöde av patienter till sjukhus	51
Arbetsätt på akutmottagning och på vårdavdelning	53
Fortsatt vård i hemmet efter utskrivning.....	53
Utskrivningsklara inom slutna psykiatrisk vård	55
Resultaten 2017 - 2023	55
Nedslag i några län	58
Kalmars arbete med utskrivningsklara patienter	58

Erfarenheter från Eskilstuna.....	61
SPOT i Västernorrland	66
Uppföljning av patienternas upplevelser och erfarenheter	68
Myndigheternas uppföljning av utvecklingsarbetet	73
Diskussion	74

Sammanfattning

Ädelreformen 1992 innebar att primärkommunerna genom lagstadgade och frivilliga överenskommelser övertog ansvaret för verksamheter inom äldreomsorgen som omfattade närmare 40 000 vårdplatser och ca 55 000 anställda till en kostnad av drygt 20 miljarder kronor. Syftet var att fler människor skulle kunna få sin service och vård i sin egen bostad eller i servicebostad i stället för långvarig vård vid sjukvårdens institutioner. Reformen innebar att landstingens långvårdskliniker avvecklades samtidigt som kommunerna fick ansvar för att inrätta särskilda boendeformer, Säbo, för service och omvårdnad för dem som så behöver. Kommunerna fick också ansvar för hälso- och sjukvården i de verksamheter man tog över ansvaret för. Läkarinsatserna förblev ett ansvar för landstingen. För att hantera ekonomiska förhållanden mellan landstingen och kommunerna infördes Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård där det bland annat reglerades hur kommuner skulle ersätta landstingen om patienter inte kunde skrivas ut inom en viss tid. De medicinskt färdigbehandlade beräknades då uppgå till totalt cirka 4 000 patienter i hela landet.

Reformen har följts upp vid flera tillfällen. 2003 ändrades begreppet medicinsk färdigbehandlad till utskrivningsklar. Mer detaljerade regler för inskrivningsmeddelande föreskrevs liksom skärpt krav på vårdplanering. Vid en kartläggning 2013 beräknades att cirka 1 260 platser inom somatisk vård och 162 platser inom psykiatrisk vård i genomsnitt var belagda av utskrivningsklara patienter, att jämföra med 581 patienter inom somatisk vård och 27 patienter inom psykiatrisk vård år 2023. I den senare siffran ingår inte psykiatrin i Stockholm.

Göran Stiernstedt, regeringens nationella samordnare för ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, fick i februari 2014 uppdraget att genomföra en översyn av betalningsansvarslagen. Syftet var att åstadkomma minskade ledtider mellan slutna vård på sjukhus och vård och omsorg i hemmet och i särskilt boende. I mars 2015 överlämnade han sitt betänkandet Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård (SOU 2015:20) som föreslog att betalningsansvarslagen skulle upphöra och ersättas med Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Riksdagen beslutade enligt förslaget och den 1 januari 2018 började samverkanslagen att gälla.

Den nya lagen föreskriver på detaljnivå en proaktiv process där behandlande läkare redan vid inskrivningen på sjukhus ska bedöma om patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller regional öppen vård. Om så är fallet ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna genom ett inskrivningsmeddelande som innehåller ett datum när patienten bedöms vara utskrivningsklar. I och med detta meddelande ska den öppna vården påbörja planering för utskrivning och fortsatt vård. Med den nya lagen görs den öppna vården, i första

hand regionernas primärvård, ansvarig för att en individuell plan för den fortsatta vården kommer till stånd. Senast samma dag som patienten skrivs ut ska läkaren i den slutna vården överföra information, som är nödvändig för patientens fortsatta vård till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande.

Sällan har en ny lagstiftning haft så kraftfull effekt. Det har skett en stor minskning av antalet vård dagar för utskrivningsklara patienter i hela landet. Högsta värde som uppmätts var i januari 2017 då vårdtiden som utskrivningsklar motsvarade 1 438 belagda vårdplatser per dag. I inledningen av covid-19 pandemin, april 2020, var utfallet som lägst och motsvarade 275 vårdplatser. Därefter har vård dagarna för utskrivningsklara patienter återigen ökat. Under 2023 upptog utskrivningsklara patienter i genomsnitt 581 vårdplatser varje dag vilket utgör 4,2 procent av de då disponibla vårdplatserna inom somatisk vård. Det finns dock en stor variation i resultat mellan olika kommuner och regioner.

En viktig framgångsfaktor har varit möjligheten att följa upp antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus. SKR har samordnat arbetet och tillsammans med företrädare för regioner och kommuner utvecklat de indikatorer som används för att följa utvecklingen och vars utfall redovisas i rapporten. Dessa visualiseras också på nationell, regional och kommunal nivå på Väntetider i vården och uppdateras varje månad.

Ny lagstiftning inför sig inte automatiskt. Under perioden 2017 – 2020 sökte och fick SKR medel från Socialdepartementet för att genomföra förändringen. De användes för utveckling av gemensam styrning och ledning, till utvecklingsledare och införande av nya arbetssätt kopplat till lagstiftningen. I takt med att vård dagarna för utskrivningsklara patienter snabbt minskade i hela landet flyttades fokus för utvecklingsarbetet från utskrivningsprocessen till den öppna vården och hemsjukvården i syfte att minska undvikbar inskrivning på sjukhus.

Redan 2017 började antalet vård dagar på sjukhus för utskrivningsklara patienter minska, ett tecken på att förändringsarbetet snabbt kom i gång. Drygt 60 procent av alla patienter som behöver fortsatt vård och omsorg efter utskrivningen från sjukhus kan idag skrivas ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara. Medelvårdtiden som utskrivningsklar har samtidigt minskat från 4,0 dagar 2017 till 2,7 dagar 2023. Trots att antalen disponibla vårdplatser på sjukhus minskat under perioden har andelen vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter kunnat minskas från nästan 7 procent 2017 till drygt 4 procent 2023.

Det finns en stor variation mellan såväl kommuner som regioner i antal dagar som utskrivningsklara patienter vårdas på sjukhus. Våra analyser visar att kommungrupp enligt SKR:s kommungruppsindelning, modell för betalningsansvar och tillgång till platser på sjukhus och i äldreomsorgen inte är avgörande för resultatet. Det påverkas inte heller av andelen privat äldreomsorg i en kommun. Däremot finns ett samband mellan en liten variation mellan kommunerna i ett län och ett bättre resultat. Det kan

tolkas som ett tecken på att samsyn och samverkan mellan region och kommuner är framgångsrikt, något som bekräftas i de dialoger som förts med länen under arbetets gång. Där har även faktorer som handlar om struktur, kultur, ledarskap, arbetssätt och resurser lyfts upp.

På regional nivå betyder stabil och aktiv gemensam styrning och ledning mycket för resultatet. Välorganiserade mötesplatser, en gemensam plan för primärvård och en samverkanskultur som präglas av tillit är grunden. Den omsätts i vision, överenskommelser och riktlinjer.

Lokalt handlar det om följsamhet till beslutade riktlinjer, om tillgång till kunskap och kompetens i teamet, om respekt för varandras förutsättningar och inte minst om ett närvarande ledarskap och ett personcentrerat arbetssätt där patienter och närstående bjuds in att vara delaktiga i teamet.

Gemensam uppföljning och analys är en annan viktig framgångsfaktor. Den behöver också omfatta patienternas upplevelser och erfarenheter. Målet är ju att patienter som har fortsatt behov av vård och omsorg efter utskrivning ska få en smidig resa genom vården och inte i onödan behöva vistas på sjukhus. Ett gott bemötande, att bli lyssnad på, att vara informerad, att vården ”klaffar” och att få vara delaktig är generellt viktigt. Ålder, sjukdom eller fortsatta vårdbehov har mindre betydelse. Alla har samma behov.

Flera uppföljningar har genomförts under åren, såväl nationellt samordnade som regionalt initierade. Resultaten är överraskande goda. Patienterna är trygga och får den hjälp de behöver när de kom hem. De flesta har en fast vårdkontakt och vet vart de ska vända sig med eventuella frågor. Däremot saknar fortfarande många en skriftlig individuell plan.

Ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från sjukhus har frigjort cirka 700 vårdplatser på sjukhus. Det är ett exempel på hur nya arbetssätt i samverkan, liksom gemensamma mål som är uppföljningsbara kan bidra till en effektivisering av vården. Alla har inte hunnit lika långt. Omställning tar tid och behöver stödjas och ges förutsättningar.

Nästa steg för att sjuka och sköra äldre bättre ska kunna leva ett tryggt och självständigt liv utan att i onödan behöva vistas på sjukhus handlar om att kraftsamla kring den öppna vården och hemsjukvården. Koncept finns som är mogna för breddinförande. Ökad läkarnärvaro behövs inom den kommunala hälso- och sjukvården och avtal mellan kommuner och regioner kring detta behöver ses över. Sköra äldre behöver identifieras tidigare och erbjudas en helhetsbedömning, kontinuitet med fasta kontakter och en individuell plan som de fått vara delaktiga i att ta fram.

Bakgrund och historik

Fram till 1980-talet var äldre med omfattande vård och servicebehov i stor utsträckning hänvisade till ålderdomshem eller olika varianter av sluten långtidssjukvård. Många bodde i slutet av sitt liv på sjukhus. Den positiva utvecklingen av bostadsstandarden under 70- och 80-talen gjorde det alltmer möjligt att utföra vård och service i olika former av eget boende. Det experimenterades med utvecklade boendeformer för personer med behov av insatser under hela dygnet.

Äldreformen

Äldreberedningen

1980 tillsatte den dåvarande regeringen en parlamentarisk äldreberedning bestående av riksdagsledamöter, representanter för landsting, kommuner och pensionärsorganisationer. Beredningens huvuduppgift var att behandla frågor om övergripande prioritering och samordning av samhällets insatser för de äldre. Beredningen inriktade sitt arbete på de områden som avser boende, omsorg, service och vård av de äldre. En utgångspunkt var att de insatser som görs för de äldre i första hand ska underlätta för dem att leva ett självständigt liv. Sju år senare presenterade beredningen sitt betänkande som blev grunden för den omstrukturering av vård och omsorg för äldre som kom att genomföras under 1990-talet.

Beredningen såg framför sig en kraftig ökning av de allra äldsta fram till det kommande sekelskiftet, men också behov av att de äldre skulle ha förbättrade levnadsvillkor, bättre bostäder och därmed också kunna få sitt vård- och omsorgsbehov tillgodosett hemma och inte på institution. I den proposition¹ som följde av beredningens arbete slogs grundläggande principer fast för samhällets service och vård. Principer som fortfarande känns giltiga men som inte alltid tillämpas.

Människor ska ha:

1. rätt att själva bestämma och att få behålla sin integritet och identitet
2. förutsättningar att känna sig trygga
3. möjlighet att utforma sitt eget liv, att välja bostad och att kunna delta aktivt i samhällslivet

¹ [Regeringens proposition 1987/88:176 om äldreomsorgen inför 90-talet.](https://data.riksdagen.se/fil/F02E6E2E-0F73-4190-B5B1-1D342481F76E)
<https://data.riksdagen.se/fil/F02E6E2E-0F73-4190-B5B1-1D342481F76E>

Äldreberedningen kartlade också samhällets resurser för service och vård 1985. Här presenteras ett urval och för jämförelsens skull motsvarande antal år 2022.

Tabell 1: Antal personer med olika boende/stödformer år 1985 och 2022

	1985	2022
Somatisk korttidsvård	38 700	14 137
Somatisk långtidsvård	51 800	
Ålderdomshem	51 700	
Servicebostäder/Säbo	33 300	80 406
Social hemhjälp/Socialtjänst	313 000	171 850
Sjukvård i hemmet	43 000	338 551

Källor: Äldreberedningen och Socialstyrelsens statistikdatabas

En sammanfattande slutsats från beredningen var att fler människor ska kunna få sin service och vård i sin egen bostad eller i servicebostad i stället för långvarig vård vid sjukvårdens institutioner. Miljön och levnadsvillkoren för de som ska bo på institution ska förbättras med målet att de långvarigt sjuka ska erbjudas enkelrum med egen toalett och dusch.

För att åstadkomma detta bedömdes att samordningen av samhällets insatser behöver utvecklas genom att kommunerna blir huvudmän för alla former av långvarig vård och service till äldre och nya former av boende successivt ersätter landstingens långvård.

Det slogs också fast att äldre människor ska ha samma rätt till en väl utvecklad akutsjukvård som andra människor.

Hur detta skulle gå till överlämnades till en särskild delegation, äldredelegationen förkortat till Ädel, att föreslå.

Äldredelegationen

Äldredelegationen, ledd av dåvarande socialminister Bengt Lindqvist och bestående av representanter för landsting och kommuner, lade i maj 1989 (Ds 1989:27) fram förslag om bland annat förändringar i huvudmannaskap och hur dessa skulle regleras ekonomiskt. Förslaget resulterade i en proposition² som riksdagen beslutade om i december 1990. Den nya lagstiftningen trädde i kraft 1 januari 1992.

I korthet sammanfattade var de viktigaste förändringarna:

² [Prop 1990/91: om ansvaret för vård och service till äldre och handikappade](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/om-ansvaret-for-service-och-vard-till-aldre-och_ge0314/)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/om-ansvaret-for-service-och-vard-till-aldre-och_ge0314/

- Landstingens långvårdskliniker ska successivt avvecklas eller undantagsvis övergå i kommunal regi.
- Kommunerna får lagstadgat ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för dem som så behöver.
- Kommunerna får ansvar för hälso- och sjukvården i de verksamheter man tar över ansvaret för. Läkarinsatserna förblir ett ansvar för landstingen.

Ett problem för delegationen var att kostnadsförskjutningen till kommunerna skulle finansieras genom att landstingsskatten sänktes och kommunalskatten höjdes i motsvarande grad. En sådan skatteväxling kan bara ske vid ett fastställt årsskifte, men större delen av reformen skulle genomföras successivt. Dessutom bedömdes det att ekonomiska stimulanser behövdes för att kommunerna skulle kunna bygga upp nya särskilda boende former.

För att hantera detta föreslog äldredelegationen en innovation som kallades kommunalt betalningsansvar: I skatteväxlingen ska värdet av hela den tänkta förändringen kostnadsberäknas och ingå, men för de delar som ännu inte är genomförda ska kommunen vara betalningsansvarig i den mån det inledningsvis utförs i landstingens regi.

Skatteväxling och betalningsansvar

Ädelreformen innebar att primärkommunerna genom lagstadgade och frivilliga överenskommelser övertog ansvaret för verksamheter inom äldreomsorgen som omfattade närmare 40 000 vårdplatser och ca 55 000 anställda till en kostnad av drygt 20 miljarder kronor³.

Ett omfattande förhandlingsarbete mellan landsting och kommuner genomfördes länsvis för att träffa regionala överenskommelser om reformens genomförande och om vilket underlag som skatteväxlingen skulle baseras på.

Ett exempel på vad det kunde innebära på regional nivå är hämtat från Gävleborgs län och visas i Tabell 2:

³ [Kommittedirektiv 2003:40 Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommittedirektiv/oversyn-av-var-d-och-omsorg-for-aldre-tio-ar_grb140/)
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommittedirektiv/oversyn-av-var-d-och-omsorg-for-aldre-tio-ar_grb140/

Tabell 2: Resursöverföringar från landsting till kommuner på grund av ädelreformen i Gävleborgs län. Redovisat i 1992 års kostnadsläge och 1 000-tal kronor.

Verksamhet	Resursöverföring tkr
Överförda sjukhemsplatser	237 660
Hemsjukvård	16 728
Samverkansprojekt/Gruppboheter	50 294
Dagverksamhet	6 572
Tekniska hjälpmedel	5 720
Betalningsansvar somatisk långtidssjukvård	46 452
Betalningsansvar somatisk korttidsvård	55 465
Betalningsansvar geriatrik	35 555
Betalningsansvar konvalescentvård	4 453
Hemsjukvårdsavtal	106 842
Övrigt	65 152
Totalt	630 893

Källa: Handling landstingsfullmäktige Gävleborg Dnr XL 9010–1190 Huvudmannaskapsförändringen inom äldreomsorgen

Betalningsansvaret⁴ var inledningsvis obligatoriskt enbart för personer i behov av somatisk långtidssjukvård. Enligt propositionen fanns möjlighet att göra överenskommelser om att använda det även för medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska korttidsvården. I samband med utskottsbehandlingen gjordes även den delen obligatorisk⁵.

Socialutskottet säger också att för den somatiska korttidssjukvården inträder betalningsansvaret dagen efter det att landstinget anmält att en patient är medicinskt färdigbehandlad. En förutsättning för att betalningsansvaret ska inträda dagen efter anmälan är att landstinget och kommunen minst fem dagar dessförinnan har inlett en gemensam vårdplanering för patienten. Om någon gemensam vårdplanering inte alls kommer till stånd inträder betalningsansvaret enligt utskottets förslag fem dagar efter

⁴ [Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19901404-om-kommunernas-betalningsansvar_sfs-1990-1404/)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19901404-om-kommunernas-betalningsansvar_sfs-1990-1404/

⁵ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/andrad-ansvarsfordelning-inom-aldreomsorgen-m.m_ge01sou9/html/

anmälan. Kostnaden för kommunen fastställdes då till 1 800 kr per dygn för 1992. Beloppet för 2024 är 11 600 kr.⁶

Skatteväxlingens underlag för medicinskt färdigbehandlade baserades på stickprov för åren 1989 och 1990. De visade att de färdigbehandlade totalt var cirka 4 000 patienter i hela landet. Antalet fördelades sedan över landstingen efter befolkning. Värt att notera är att längre fram i den här rapporten visas att 2023 var antalet utskrivningsklara patienter i genomsnitt 581.

Kommunerna tog i och med Ädel-reformen över huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvård i säbo, undantaget läkarinsatser som förblev landstingets ansvar. Utgångspunkten var en helhetssyn på den äldre människan. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Sköra och sjuka personer skulle inte transporteras runt i vården. Hälso- och sjukvård i hemmet har därefter, där det varit möjligt, i allt större utsträckning ersatt besök på mottagningar och vård på sjukhus. En förflyttning som fortfarande pågår.

Kommunerna fick i samband med Ädel också möjlighet att ta över ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå i ordinärt boende. Idag har 265 kommuner tecknat avtal med sin region om detta. Det är endast i Stockholm, undantaget Norrtälje, som detta ansvar ligger kvar hos regionen.

I och med LSS-reformen 1994 och Psykiatireformen 1995 tog kommunerna också över en stor del av ansvaret, framför allt när det gäller boende och sysselsättning, för personer med olika former av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

Förändringar i betalningsansvarslagen

2003 gjordes en större förändring av lagen när det gäller de delar som avsåg somatisk akutsjukvård, geriatrik och psykiatrisk vård (SFS 2003:193).

Begreppet medicinsk färdigbehandlade ändrades till utskrivningsklara. Mer detaljerade regler för inskrivningsmeddelande föreskrevs och kraven på vårdplanering skärptes.

Lagen upphörde att gälla 1 januari 2018. Den ersattes då av Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som började gälla samma datum.

Betalningsansvarslagen tillkom för att hantera ekonomiska förhållanden mellan landsting och kommuner men hade nu i nästan allt spelat ut sin roll. Landstingens somatiska långtidssjukvård var sedan länge avvecklad och ersatt med kommunala

⁶[Socialstyrelsen HSLF-FS 2023:40](#)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2023-11-8851.pdf>

särskilda boenden. Lagen skulle ha kunnat upphöra att gälla mycket tidigare om det inte hade varit för att samverkan mellan huvudmän och vårdnivåer bedömts ha fortsatt behov av ekonomiska incitament som stöd. Och då för att patienter ska kunna skrivas ut från slutenvården på ett tryggt och säkert sätt.

Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården och sjukvård

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning av patienter som under 2012 har blivit kvar på sjukhus trots att de är utskrivningsklara. Mot bakgrund av kartläggningen uppskattades att under 2012 blev cirka 80 000 patienter inom den somatiska slutenvården och cirka 4 000 patienter inom den psykiatriska vården kvar på sjukhus på grund av att kommunerna inte tagit över ansvaret för dem. Sammanlagt vårdades dessa patienter uppskattningsvis 460 000 dagar inom den somatiska slutenvården och 59 000 dagar inom den psykiatriska vården från det att de var utskrivningsklara till det att kommunerna kunde ta över ansvaret. Omräknat till vårdplatser innebär det att cirka 1 260 platser inom somatisk vård och 162 platser inom psykiatrisk vård var belagda av utskrivningsklara patienter under 2012.

Ingen ska vårdas på sjukhus i onödan.

Det främsta skälet till det är hänsynen till patientens möjligheter att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg. Sjukhusmiljön är inte heller optimal när det gäller allmänt välbefinnande och tillfrisknande när den diagnostik och behandling som kräver sjukhusets resurser är avslutad. Slutenvård är dessutom den vårdform som innebär störst risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Att minska vårdtiderna handlar även om effektivt resursutnyttjande eftersom slutenvård på sjukhus är den mest kostnadskrävande vårdformen. Det finns idag ett stort behov av att inom slutenvården frigöra resurser, särskilt i form av vårdplatser. Det är således angeläget att skapa förutsättningar för att patienter i slutenvården, som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver insatser från den kommunala vården, så snabbt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Detta ställer i sin tur krav på ett väl utvecklat och fungerande samarbete mellan kommuner och landsting. Det kan också komma att ställa krav på nya typer av vårdformer, som drivs i nära samverkan mellan de båda huvudmännen.

Översyn av betalningsansvarslagen

Göran Stiernstedt, tidigare avdelningschef på SKL och vid den aktuella tidpunkten regeringens nationella samordnare för ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, fick i februari 2014 uppdraget att genomföra en ny översyn av betalningsansvarslagen.

Direktivet för uppdraget var att åstadkomma minskade ledtider mellan slutenvård på sjukhus och vård och omsorg i hemmet eller i särskilt boende. Onödig vistelse på sjukhus ska så långt möjligt undvikas för utskrivningsklara patienter.

Ett år senare överlämnades resultatet av arbetet till regeringen med Betänkande SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård⁷.

Utredningen föreslog att betalningsansvarslagen ska upphöra och ersättas med Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.⁸

Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från slutenvården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården.

Den 15 juni 2017 biföll riksdagens kammare förslaget med acklamation. Här i rapporten kommer lagen att benämnas samverkanslagen.

Samverkanslagens innehåll

Huvudpunkterna i lagen är:

1. Inskrivningsmeddelande efter behovsbedömning.

I samband med inskrivningen i slutenvård ska behandlande läkare bedöma om patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. Om så är fallet ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett inskrivningsmeddelande.

Ett inskrivningsmeddelande ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt om beräknad tidpunkt för utskrivning.

Ett inskrivningsmeddelande ska skickas senast 24 timmar efter det att patienten har skrivits in i den slutna vården. Om den behandlande läkaren först senare under vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser ska den slutna vården skicka inskrivningsmeddelandet senast 24 timmar efter det att den behandlande läkaren gjorde den bedömningen.

⁷ [SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Utredningen om betalningsansvarslagen](https://www.regeringen.se/contentassets/0538012e9e164acda95527da785022e4/trygg-och-effektiv-utskrivning-fran-sluten-varld-utredningen-om-betalningsansvarslagen/)
<https://www.regeringen.se/contentassets/0538012e9e164acda95527da785022e4/trygg-och-effektiv-utskrivning-fran-sluten-varld-utredningen-om-betalningsansvarslagen/>

⁸ [SFS 2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612/)
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612/

Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att ett inskrivningsmeddelande har skickats, ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

2. Fast vårdkontakt i den öppna vården som ansvarar för planeringen.

När en enhet i den regionfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården.

Den här punkten innebär en stor skillnad mot reglerna i betalningsansvarslagen. Där det var den slutna vården och kommunens socialtjänst som stod för planeringen. Med den nya lagen görs den öppna vården, i första hand regionernas primärvård, ansvarig för att planeringen kommer till stånd.

3. Underrättelse om utskrivningsklar.

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska läkaren så snart som möjligt underrätta de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande.

Detta innebär ingen skillnad mot de regler som gällde tidigare.

4. Informationsöverföring vid utskrivning.

Senast samma dag som en patient skrivs ut från den slutna vården, ska den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas överföra sådan information, som är nödvändig för patientens fortsatta hälso- och sjukvård- och socialtjänst, till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande.

Detta reglerades inte i betalningsansvarslagen.

5. Samordnad individuell planering där individuell plan upprättas.

Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. När och var planeringen ska genomföras föreskrivs inte.

Enligt betalningsansvarslagen skulle en vårdplan upprättas innan patienten skrevs ut från sluten vård.

6. Region och kommun ska utarbeta gemensamma riktlinjer om samverkan vid utskrivning.

Utredningen och lagstiftaren har varit noga med att ha regler som tvingar huvudmännen att komma överens om riktlinjer till de vårdgivare och de som bedriver socialtjänst enligt denna lag. Det har visat sig ha stor betydelse för genomslaget för förändringen. För detta redogörs mer detaljerat längre fram i rapporten.

7. Region och kommun får träffa överenskommelse om regler för det kommunala betalningsansvaret

Denna möjlighet fanns också i samverkanslagen men utnyttjades inte i något fall. Hur detta utnyttjades vid det här tillfället belyses längre fram.

8. Regler för kommunens betalningsansvar om ingen överenskommelse om detta träffats och hur beloppet ska beräknas.

Som en säkerhetsventil föreskriver lagen att om en överenskommelse mellan huvudmännen om regler för betalningsansvar saknas, ska kommunens betalningsansvar inträda tre dagar efter det att den behandlande läkaren har underrättat berörda enheter i kommunen om att patienten är utskrivningsklar. Beloppet fastställs då årligen av Socialstyrelsen.

Införandet av den nya lagen

För att införa en ny lagstiftning behövs stöd och möjligheter att följa upp resultat. Motivationen till förändring var hög såväl i kommuner som regioner. Man ville komma ifrån konflikterna mellan huvudmännen kring betalningsansvaret och hitta bättre former för samarbete. Därför valde SKL att påbörja förändringsarbetet med förberedelser två år innan lagen trädde i kraft, vilket senare visade sig vara en framgångsfaktor.

Mötesplats för erfarenhetsutbyte

SKL bjöd 2016 in två representanter från varje län, en från regionen och en från kommunen, båda med strategiskt uppdrag att införa den nya lagen, till en nationell mötesplats kring samverkan vid utskrivning från sjukhus. 2016 och 2017 genomfördes tre fysiska möten årligen. Därefter har gruppen fortsatt att träffas fyra gånger per år. Under pandemin fanns behov av tätare möten vilket enkelt kunde ordnas i och med att de blev digitala via Teams, något som fungerat alldeles utmärkt. Deltagandet har genomgående varit högt. SKL/SKR har informerat från det nationella perspektivet. Myndigheter som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har bjudits in vid behov. Mest uppskattat har dock möjligheten för länens representanter att diskutera och dela erfarenheter med varandra varit.

2016 ägnades mest åt att diskutera kommande förändringar i lagstiftningen, som den nya proaktiva utskrivningsprocessen där utskrivningen påbörjas inskrivningsdagen med regionens primärvård som ny aktör och nav för planeringen.

I juni 2017 fattades beslut om ny lagstiftning. I och med detta gick arbetet in i en mer konkret fas där frågor om överenskommelser mellan huvudmännen och riktlinjer för arbetet diskuterades liksom definitioner av begrepp och hur en samordnad uppföljning på nationell nivå skulle arrangeras. Länen behövde också bygga om sina IT-stöd för att passa den nya utskrivningsprocessen. Flera län valde i detta skede att komplettera

begreppet utskrivningsklara med hemgångsklara som patienten blev när läkemedel, hjälpmedel och skriftlig information fanns på plats enligt lagkraven. Att få alla medarbetare i vård och omsorg att tillämpa de nya regelverken i praktiken krävde omfattande utbildningsinsatser regionalt och lokalt.

1 januari 2018 trädde den nya lagen i kraft fullt ut inom somatisk vård. Psykiatrin fick ytterligare ett år på sig innan det i januari 2019 blev skarpt läge avseende betalningsansvar. Frågor länen arbetade med var bland annat att få till samordnad individuell plan (SIP) i praktiken. Stora utbildningssatsningar genomfördes inom detta område.

Stockholm valde att förlänga tidigare regelverk under en övergångstid för att få tid för förankring, utbildning och anpassning av IT-stöd.

2019 började det nya betalningsansvaret inom psykiatrin gälla. Vårddagarna som utskrivningsklara sjönk snabbt i och med detta och har därefter legat stabilt lågt. Noteras kan att antalet patienter inom psykiatrin är mycket lägre än inom somatisk vård samtidigt som medelvårdtiden är längre vilket ger mer tid för planering. Områden inom psykiatrin som inneburit särskilda utmaningar är utskrivning inom rättspsykiatri men också utskrivning till hemlöshet.

Uppföljning av vård dagar för utskrivningsklara patienter

SKL tog redan 2014 initiativ till att arbeta fram, samla in data och visualisera enhetliga nationella indikatorer för att följa arbetet med utskrivningsklara patienter. Indikatorn medelvårdtid som utskrivningsklara var då mest relevant. Under arbetet med införande av nya lagen har ytterligare tre indikatorer tagits fram. Måluppfyllelsen visar hur stor andel som skrivs ut samma dag som de blir utskrivningsklara. Antal vård dagar som utskrivningsklara per 1000 invånare 65 år och äldre visar hur många dagar vård som ges till utskrivningsklara patienter relaterat till hur många äldre som bor i länet och kommunen. Den fjärde indikatorn belagda platser beskriver hur stor andel av de disponibla vårdplatserna i ett län som är belagda av utskrivningsklara patienter.

Resultatet visualiseras på nationell, regional och kommunal nivå på Väntetider i vården och uppdateras varje månad.

Statliga bidrag till införandet 2017 – 2020

Under perioden 2017 – 2020 sökte SKR medel från Socialdepartementet för att genomföra förändringen. 12 miljoner kronor årligen beviljades varav merparten, cirka 9 miljoner kronor, gick till kommuner och regioner i form av gemensamma medel för att införa den nya lagen. Medlen fick de första två åren användas för utveckling av gemensam styrning och ledning, till utvecklingsledare och införande av nya arbetssätt kopplat till lagstiftningen. 2019 prioriterades medlen till gemensamt utvecklingsarbete och till uppföljning, komplexa ärenden och fortsatt vård i hemmet. 2020 fanns ett

särskilt fokus på följsamhet till rutiner, fortsatt införande av de nya arbetsprocesserna, vård och omsorg i hemmet samt uppföljning av resultat för patienter och brukare.

SKR erhöll 3 miljoner kronor årligen för att stödja arbetet. Dessa användes till att erbjuda mötesplatser, samla in och visualisera data, arrangera workshops och sammanställa rapporter med analyser och exempel på framgångsrika arbetssätt.

Nya arbetssätt i kommuner och regioner

I takt med att vårddagarna för utskrivningsklara patienter snabbt minskade i hela landet flyttades fokus för utvecklingsarbetet från utskrivningsprocessen till den öppna vården och hemsjukvården i syfte att minska undvikbar inskrivning på sjukhus. Ett strukturerat, proaktivt teamarbete där läkaren kommer från regionen och övriga i teamet från kommunen är grunden. Olika former för läkarmedverkan finns, från geriatriker som på heltid arbetar inom den kommunala primärvården till ”Borgholmsmodellen” där alla läkare på hälsocentralen har daglig avsatt tid för ”Hemsjukhuset”. Mobila team är på många håll ett bra komplement från regionen i akuta situationer men också när patienterna är i behov av specialiserad vård i hemmet. På kommunsidan är det framför allt konceptet Trygg hemgång som fått bred spridning i hela landet.

Trygg hemgång

Personer som kommit hem från en sjukhusvistelse kan uppleva stor osäkerhet om hur vardagen ska hanteras. Hemtjänstinsatser är ofta en förutsättning för att kunna bo hemma och klara vardagen men kan även leda till att en person blir mer passiv, inaktiv och isolerad och därigenom beroende av fortsatta omsorgsinsatser. Detta kan leda till en ond spiral med återkommande sjukhusinskrivningar och ökat omsorgsbehov något som behöver förebyggas.

För att förbättra förmågan att snabbt ta emot utskrivningsklara patienter i hemmet utvecklades den biståndsbedömda insatsen ”Trygg hemgång” i många kommuner. Målet var att skapa trygghet och hjälp till självständighet genom tidsbegränsade rehabiliterande insatser vid utskrivning. 2018 hade cirka 120 kommuner infört insatsen. Ronneby kommun var bland de första att införa arbetssättet och medverkade till att konceptet fick snabb spridning i många kommuner runtom i landet.

Trygg hemgång är inget enhetligt koncept utan har utvecklats lokalt i kommunerna på olika sätt. Insatsen skiljer sig i sin utformning och målsättning från ordinarie hemtjänst och hemsjukvård genom att tjänsten är tidsbegränsad och syftar till att brukaren så snabbt som möjligt ska utveckla eller återhämta sin tidigare funktionsförmåga och självständighet. Insatsen kan ha olika namn i olika kommuner till exempel Mottagningsteam, Anpassningsstöd, Trygghetsteam och olika former av Rehabiliteringsteam. Målgruppen varierar också, från att enbart omfatta äldre med

omfattande och komplexa behov till att inkludera samtliga äldre som skrivs ut från sjukhus. Trygg hemgång ersätter i vissa kommuner vård och omsorg på korttidsplats.

Vård- och omsorgsbehov kan ofta vara svårbedömda och föränderliga för personer som skrivs ut från sjukhus. Det är vanligen biståndshandläggare som beviljar eller beslutar om Trygg hemgång. Särskilda hemgångsteam får en vana att hantera hjälpmedel och anpassningar i samband med utskrivning och personalens kompetens utvecklas för att passa de behov som uppstår i samband med hemgång och tiden omedelbart därefter.

Trygg hemgång kan bidra till att minska det långsiktiga vård- och omsorgsbehovet av hemtjänst, skjuta upp behovet av särskilt boende samt minska antalet återinskrivningar på sjukhus. Resultaten kan variera över tid och förutsätter hög kompetens i vårdteamet med möjlighet att arbeta på ett personcentrerat och flexibelt sätt.

Trygg hemgång i Ronneby idag

Beslut om Trygg hemgång tas av biståndshandläggaren. Vid hemkomsten från sjukhuset möts patienten upp av Trygg hemgångsteamet som består av undersköterskor som samarbetar med hemtjänsten, hemsjukvården, biståndshandläggare och enhetschef. Personal från teamet stannar hos personen upp till 2 timmar efter hemkomsten, om så önskas. Första dagen erbjuds hjälp med inköp av mat, mediciner och de hjälpmedel som behövs. Upp till 14 dagar kan teamet tillsammans med hemtjänsten ge extra hjälp och stöd i hemmet, såsom omvårdnad och rehabilitering. Teamet arbetar dagtid måndag-fredag. Kvällar och helger finns stöd och hjälp från hemtjänsten. Efter några dagar hemma, med stöd av teamet och hemtjänsten, sker en ny vårdplanering hemma hos personen tillsammans med biståndshandläggaren. Behövs mer hjälpinsatser, lämnas det över till hemtjänsten.

Trygg hemgång i Falköping

Trygg hemgång lanserades i Falköpings kommun 2018. Konceptet infördes för att möta ett ökande behov av rehabilitering och uppföljning vid utskrivning från sjukhus. Trygg hemgång är en kostnadsfri, biståndsbedömd insats. Patienterna möts upp av ett ”trygg hemgångsteam”, bestående av arbetsterapeut, fysioterapeut, undersköterska och sjuksköterska när de kommer hem ifrån sjukhuset. Teamet utarbetar en plan för fortsatta vård- och omsorgsinsatser samt tar fram en rehabiliteringsplan med specifik tidsram. Arbetet har medfört att resurser används mer effektivt och att patienter får rätt vårdnivå efter utskrivning. Trygg hemgång permanentades av vård- och omsorgsförvaltningen i Falköping 2019.

Samarbete med Nära vård

2017 anställde SKL Emma Spak som samordnare för Nära Vård för att komplettera den statliga utredningen kring omställning av hälso- och sjukvården. Arbetet med ny

utskrivningsprocess fick därmed en extra skjuts och blev en del i ett större sammanhang. 2019 övertog Lisbeth Löpare Johansson uppdraget och mötesplatsen för samverkan vid utskrivning från sjukhus breddades till att även omfatta sammanhållen vård, omsorg och socialtjänst till personer med komplexa behov.

Covid-19

2020 drabbades världen av en pandemi som ställde det mesta på ända samtidigt som de uppnådda resultaten med minskat antal utskrivningsklara patienter på sjukhus kom väl till pass. Personer inom äldreomsorgen var särskilt utsatta för allvarlig sjukdom ofta med dödlig utgång. Vingåker och Stockholm drabbades först och delade generöst med sig av sina erfarenheter. Så mycket vård som var möjligt utfördes i hemmet. Pneumonier och urinvägsinfektioner minskade kraftigt till följd av karantänen och patienter undvek att besöka sjukhusen. Antalet utskrivningsklara patienter nådde därmed sina hittills lägsta nivåer. Digitala möten utvecklades snabbt och under året genomfördes hela 8 digitala möten i nätverket. Frågor kring covid dominerade agendan. Många vittnade om värdet av att ha en bra samverkansarena där gemensamma frågor kunde diskuteras och lösas snabbt.

Ekonomisk kris med stora kostnadsökningar

Knappt hade vården hämtat sig från den enorma påfrestning som covid-pandemin innebar innan Europa drabbades av krig, stigande elpriser, inflation och allmänna kostnadsökningar. Regioner och kommuner står inför stora sparbetning samtidigt som det finns förväntningar på fler vårdplatser på sjukhus, men också på att omställningen till Nära vård ska visa resultat. I januari 2024 belades cirka 6 procent av den somatiska slutna vårdens disponibla vårdplatser av utskrivningsklara patienter. I genomsnitt fanns då cirka 14 400 disponibla vårdplatser och alltså var det drygt 850 platser som belades av patienter som var utskrivningsklara⁹. Variationen mellan olika kommuner är stor vilket talar för att det inom detta område finns ytterligare effektiviseringspotential.

⁹ Källa: Vantetidsdatabasen

Uppföljning av utskrivningsklara patienter

I överenskommelsen för 2014 mellan SKL och regeringen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre ingick att landstingen för varje kommun inom landstingsområdet ska rapportera antal vårdtygn på sjukhus för personer 65 år och äldre som ligger kvar efter att de bedömts inte ha behov av den slutna vårdens resurser, det vill säga vara utskrivningsklara. Genom att samla in dessa uppgifter och sammanställa dem i en indikator och publicera utfallen öppet så skulle arbete med att förbättra utskrivningsprocessen för personer 65 år och äldre stimuleras.

Medelvårdtid som utskrivningsklar

En väl etablerad utdataportal, Kvalitetsportal, fanns sedan tidigare kopplad till det gemensamma arbetet kommuner-landsting om sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Under våren 2014 började data över utskrivningsklara patienter publiceras med en täckningsgrad som var näst intill 100 procentig.

Som indikator valdes inledningsvis medelvårdtid som utskrivningsklar. Den kräver bara mätetal för två mått som underlag och är jämförbar mellan och inom län utan vidare bearbetning. Måtten är:

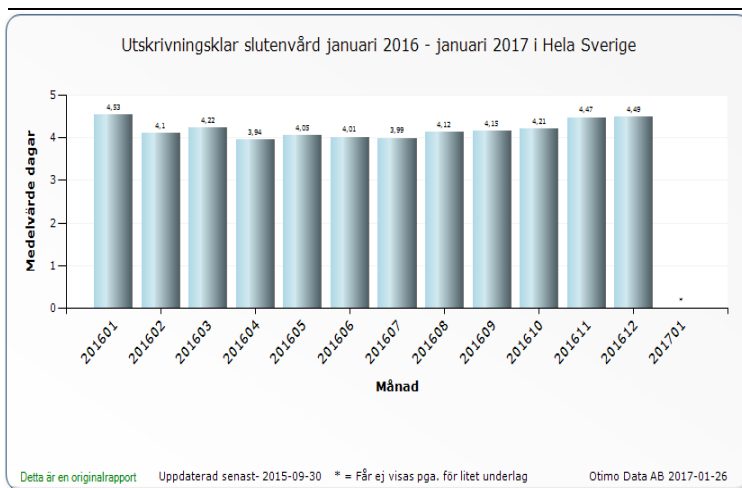
Vårdtillfällen med utskrivningsklar patient

Antal under månaden avslutade vårdtillfällen där patienten varit utskrivningsklar 1 dag eller fler. Det beräknas med formeln utskrivningsdatum minus utskrivningsklardatum.

Vårdtid med utskrivningsklar patient

Summan vårdtid som de patienter som skrivits ut under månaden varit utskrivningsklara. Vårdtiden är även här beräknad som utskrivningsdatum minus utskrivningsklardatum.

Diagram 1: Exempel från Kvalitetsportal 2017



Avgränsningar

Underlaget för måtten är avgränsat till patienter som är folkbokförda inom respektive län och uppdelat per kommun. Patienter som får sin sjukhusvård inom ett annat län än där de är folkbokförda, ingår alltså inte länets utfall och ackumuleras därmed inte heller till riksnivån.

Mätningen sker på under kalendermånaden avslutade vårdtillfällen. Det innebär att vårdtid som utskrivningsklar som ägt rum under tidigare månad/månader/år redovisas på den aktuella mätningmånaden.

För perioden 2014–2016 är rapporteringen avgränsad till vårdtillfällen där personen är 65 år eller äldre på utskrivningsdagen. Från 2017 och framåt avser uppgifterna alla vårdtillfällen oavsett patientens ålder.

Fler indikatorer

De förändringar i utskrivningsprocessen som föreskrivs i den nya lagstiftningen skapade en efterfrågan av nya indikatorer för att mäta resultat och följsamhet till reglerna i lagen.

En arbetsgrupp med representanter från några län bildades där tänkbara förändringar i mätningarna diskuterades. Där framkom bland annat att resultatmått borde kompletteras med processmått som beskriver i vilken grad de olika stegen i den föreskrivna processen tillämpas. Det skulle också vara lätt att ta ut mätetal för de i indikatorerna ingående måtten och de skulle dessutom vara träffsäkra och pålitliga.

Önskemål framkom om en indikator som belyste i vilken grad utskrivningsprocesserna lyckades så att patienter skrivs ut den dag de blir utskrivningsklar. Medelvårdtiden som utskrivningsklar som använts sedan 2014 är mer en kvantifiering av problemet som patienter som blir kvar i sluten vård efter utskrivningsklardatum utgör.

Resultatet av arbetsgruppens arbete blev tre nya indikatorer som tillsammans med medelvårdtid som utskrivningsklar skulle visualiseras på tillgänglighetsportalen Väntetider i vården. Dit hade visningen flyttats något år tidigare då projektet Bättre liv för sjuka äldre avslutats. Samtidigt togs den tidigare avgränsningen i ålder bort. Resultaten visas per län och per kommun. Belagda platser visas enbart per län.

De indikatorer som visas där är:

Måluppfyllelse:	Andel av vårdtillfällen som hanterats enligt samverkanslagens regelverk där patienten skrivs ut på utskrivningsklardagen, dag 0.
Dagar/1000 inv. 65+:	Summa dagar som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara per 1 000 invånare 65 år eller äldre.
Dagar i snitt:	Dagar i genomsnitt som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara.
Belagda platser:	Andel vårdplatser som i genomsnitt varit belagda av utskrivningsklara patienter.

För att göra utfallet i summan dagar som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara jämförbart mellan kommuner och län så relateras det till befolkningens storlek. Det är 1 000 invånare 65 år och äldre som används som nämnare.

Lokala undersökningar har visat att de personer som blir kvar utskrivningsklara på sjukhus till 90–95 procent är 65 år eller äldre. En hög andel äldre i kommunen och länet leder då till att fler individer kommer att bli föremål för utskrivning enligt regelverket i samverkanslagen än i andra kommuner och län med lägre andel äldre. Genom att relatera utfallet till gruppen 65 år äldre får kommuner och län en viss kompensation för detta i statistiken, alltså en viss åldersstandardisering.

De fyra indikatorerna är grundade på de tre måtten:

- Antal under månaden avslutade vårdtillfällen där patienten varit utskrivningsklar 1 dag eller fler.
- Antal under månaden avslutade vårdtillfällen där patienten skrivits ut utskrivningsklardagen, dag 0.
- Summa dagar som de patienter som skrivits ut under månaden varit utskrivningsklara.

Regionernas och kommunernas överenskommelser

Samverkanslagens 4:e kapitel föreskriver att region och kommun i samråd ska utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst avseende samverkan enligt denna lag. Region och kommun får också komma överens om att kommunens betalningsansvar ska börja gälla vid en annan tidpunkt och med ett annat belopp än vad som framgår av samverkanslagen.

Det enda som lagen anger är vad som gäller om regioner och kommuner inte kommer överens om annat. Då inträder betalningsansvaret tre dagar efter att behandlande läkare skickat underrättelse om att patienten är utskrivningsklar. Beloppet som ska betalas motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddyg i den slutna vården. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen fastställa detta belopp. För 2024 uppgår det till 11 600 kr per dag.

Redan innan den nya lagen började gälla, under 2017, startades arbetet med att göra överenskommelser och utarbeta riktlinjer. Innan årets slut var flera av länen överens och kunde presentera sina dokument. Något län gjorde en första tillfällig överenskommelse där betalningsansvaret följde de regler som fanns i den tidigare betalningsansvarslagen.

Mönster i reglerna om betalningsansvar

Inför arbetet med rapporten hämtades gällande överenskommelser in från alla 21 län. En genomgång gjordes i syfte att hitta mönster i hur länsreglerna var utformade. Utifrån dessa mönster delades länen i nästa steg in i grupper vars utfall i antalet utskrivningsklara patienter och summan dagar de varit utskrivningsklara jämfördes. Annorlunda uttryckt var syftet att mäta och följa hur de ekonomiska incitamenten i betalningsansvaret verkar för att stimulera till bättre samverkan och om det finns modeller för betalningsansvaret som är effektivare än andra.

I genomgången av reglerna i de 21 länen hittades tre olika principer för deras utformning. Här benämns de:

- individmodell
- genomsnittsmodel
- mixad modell

Individmodellen följer reglerna från den tidigare betalningsansvarslagen och den säkerhetsventil som finns inbyggd i samverkanslagen. Betalningsansvaret följer varje patient och när en bestämd gräns i antal dagar överskrids börjar betalningsansvaret löpa. Denna modell tillämpas i 5 län.

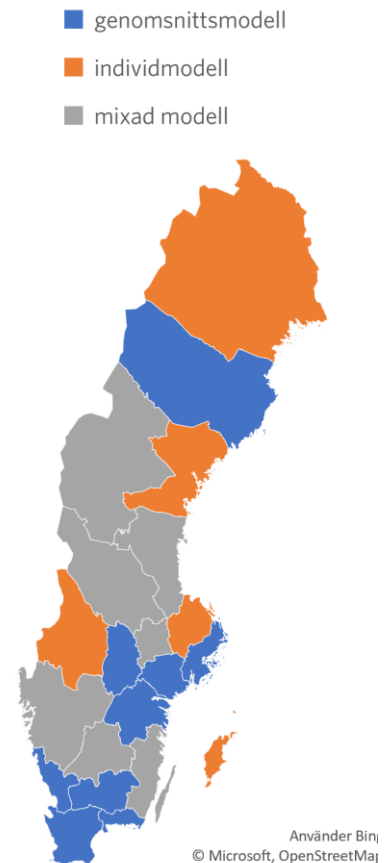
Genomsnittsmodellerna bygger på att man följer genomsnittet av vårddagar som patienter är utskrivningsklara på kommunnivå. Om värdet överstiger en överenskommen gräns infaller betalningsansvar. Hur betalningsansvaret beräknas i kronor varierar mellan länen. För alla gäller att det inte är kopplat till någon individ, utan är baserat på hela gruppen utskrivningsklara patienter. 9 län tillämpar denna modell.

Mixad modell är en kombination av de två andra modellerna. I botten finns ett fastställt antal utskrivningsklara dagar, som om det överskrids leder till att betalningsansvar inträder som i genomsnittsmodellen. Dessutom finns en högre gräns, ofta sju dagar, som om den överskrids för någon patient ger ett individuellt betalningsansvar för den patienten. Även här varierar sätten att beräkna betalningsansvaret i kronor. 7 av länen har överenskommit om en sådan modell.

Vilka län som använder vilka modeller framgår av kartbilden.

Utöver detta så finns några ytterligare principiella skillnader i reglerna:

- Tidpunkt på dygnet när underrättelse om att patienten är utskrivningsklar ska ha lämnats för att patienten ska ses som utskrivningsklar samma dygn.
- Krav på vad som ska vara uppfyllt för att patienten ska betraktas som det som kallas hemgångklar. Det innebär i korthet att förutom att behandlande läkare bedömt att patienten inte längre är i behov av sjukhuset resurser så ska vissa krav ur mer administrativ synvinkel vara uppfyllda. Det kan handla om att fast vårdkontakt finns, patienten har fått en skriftlig sammanfattning av vården på sjukhuset, vilken planering som gäller för vården efter utskrivningen, hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning som patienten behöver finns tillgängliga, med mera.
- Olika spår för olika patienter beroende på hur stort behovet av samordnad vård och omsorg är. Det baseras på om behoven är oförändrade mot tidigare, om det är nya eller förändrade insatser som fordras eller om det är komplexa/omfattande behov som behöver samordnas innan utskrivning. Dessa olika spår har tillkommit i första hand för att styra tempo och utformning av planeringsprocessen inför utskrivning och i mindre grad för att påverka reglerna för betalningsansvar.



Resultaten från uppföljningen 2014 – 2023

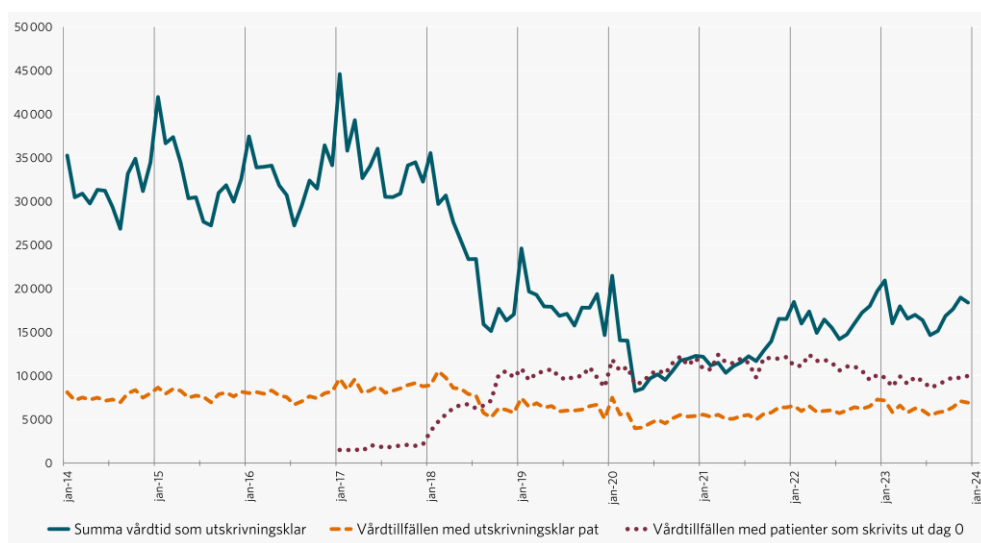
På Väntetider i vården presenteras indikatorerna per månad och visualiseras grafiskt 12 månader bakåt från vald månad. För att se längre tidsperioder eller göra sammanställningar per år eller liknande måste användaren själv plocka ut data för sammanställning.

Här i rapporten visas i första hand sammanställningar och grafer som inte kan ses i Väntetider i vården. Om inte annat uttryckligen sägs avses somatisk vård. Eftersom det är ackumulerade data som samlas in är det inte möjligt att presentera ålders- eller könssupplade utfall. Utfall för utskrivningsklara patienter inom psykiatrisk vård redovisas i ett eget avsnitt med början på sidan 55.

Under 2017 sker en minskning av den summerade vårdtiden för utskrivningsklara patienter. Där finns en tydlig koppling i tid till det förberedelsearbete som beskrivits tidigare i rapporten och till det arbete som pågår med att teckna länsvisa överenskommelser om hur reglerna i den nya samverkanslagen ska tillämpas.

En sammanställning på nationell nivå av mätetalen för de tre måtten visar utvecklingen sedan starten av mätningarna 2014, se diagram 2.

Diagram 2: Utskrivningsklara patienter jan 2014 – dec 2023



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

De tre första åren var mätningarna avgränsade till vårdtillfällen med patienter 65 år äldre. De är därmed inte fullt jämförbara med mätetalen för 2017 och framåt. Utöver det saknas data för tiden efter oktober 2022 från Stockholm. Det förklaras av byte av IT-stöd för utskrivningsplanering och utdata från det nya systemet är ännu inte tillgängligt. De tre måtten för borde därför ha högre mätetal från november 2022 och framåt. Exempelvis borde summan vårdtid vara 5 500 - 6 000 dagar högre per månad.

Efter att lagen så börjar gälla, 2018–2019, minskar antalet vård dagar med utskrivningsklara patienter kraftigt. Även en tydlig trend i antalet vårdtillfällen med utskrivningsklara patienter kan ses, liksom en uppgång av de patienter som skrivs ut den dag de är utskrivningsklara.

Mätningarna av andelen som skrivits ut utskrivningsklardagen startar 2017 och det är först under 2018 som mätningen är komplett och omfattar alla län.

I januari 2017 mäts värdet för vårdtid som utskrivningsklar till 44 603 dagar. Det är det högsta värdet under den tid som mätningar gjorts och motsvarar i genomsnitt 1 438 belagda vårdplatser per dag. I inledningen av covid-19 pandemin, april 2020, är utfallet som lägst, 8 254 dagar, motsvarande 275 vårdplatser.

Vårdtillfällen med utskrivningsklara patienter räknades i januari 2017 till 9 688 och i april 2020 till 3 976. Det innebär att medelvårdtiden som utskrivningsklar i januari 2017 var 4,6 dagar och 2,1 dagar i april 2020.

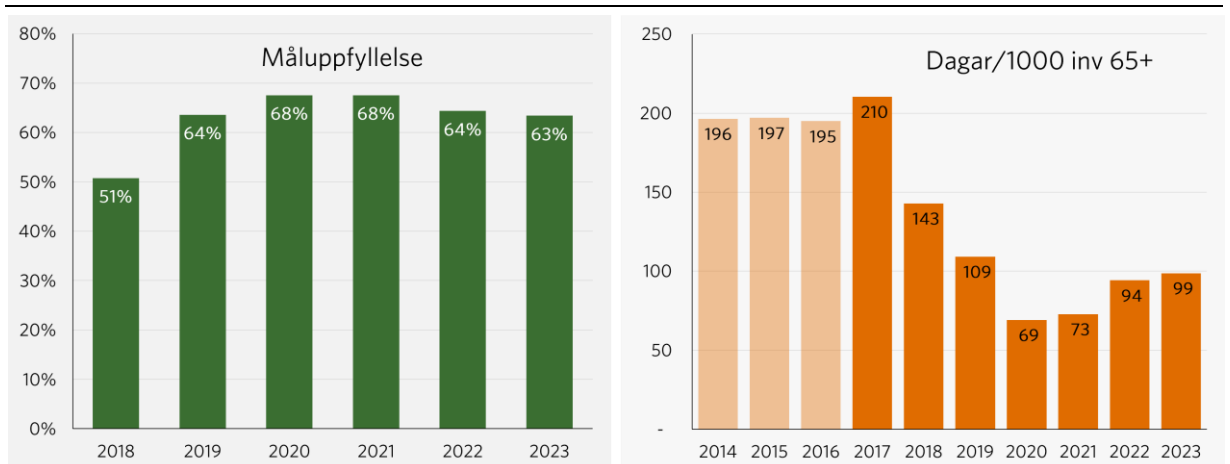
Mätetalen per månad visar på de tydliga säsongvariationer som finns. Topparna i december-januari beror av de många helgdagarna vid jul och nyår. För utskrivningsplaneringen viktiga funktioner finns inte alltid på plats och det leder till fördröjningar i patientflödet och fler utskrivningsklara dagar för fler patienter.

De fyra indikatorerna

Kort uttryckt är målet för lagstiftningen och för utvecklingsarbetet att så många patienter som möjligt ska kunna skrivas ut den dag de är utskrivningsklara. De som inte kan bli det ska vara kvar på sjukhus så kort tid som möjligt.

Måluppfyllelse ökade snabbt de första åren men är något sjunkande de följande 2–3 åren. Vård dagarna som utskrivningsklar sjönk mycket snabbt de första åren och ökar sakta efter pandemiåren.

Diagram 3a: Utfall i indikatorerna för åren 2014 - 2023



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

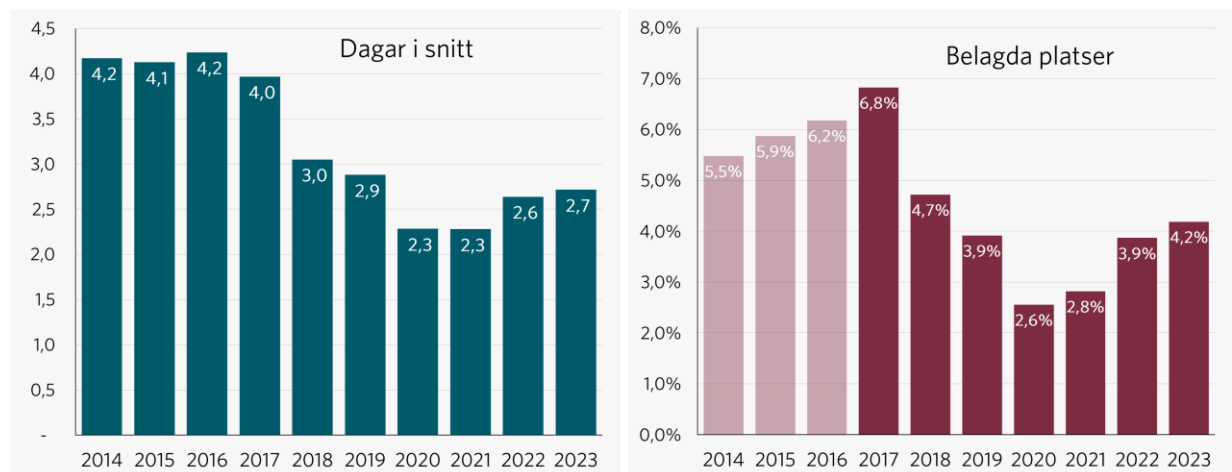
Antalet vård dagar som utskrivningsklar var högst på nationell nivå 2017 med 210 dagar/1000 invånare 65 år och äldre. De har därefter minskat kraftigt och var som lägst 69 dagar 2020 för att 2023 ha ökat till 99 dagar. Måttet tar hänsyn till att antalet personer 65 år och äldre i befolkningen har ökat och indikerar också i vilken mån förebyggande arbete förekommer och som leder till att fler kan få all sin vård i hemmet.

Rapportering av antal vårdtillfällen där patienten skrivs ut samma dag som hen är utskrivningsklar påbörjades 2017. Det första året rapporterade endast 8 av länen och stapeln för 2017 visas därför inte.

Medelvårdtiden som utskrivningsklar låg stabilt på drygt 4 dagar under perioden 2014 – 2016. När samverkanslagen infördes skedde en snabb minskning till som lägst 2,3 dagar under pandemin. 2023 hade medelvårdtiden på nationell nivå ökat till 2,7 dagar.

Andelen belagda vårdplatser var högst 2017 då utskrivningsklara patienter vårdades på 6,8 procent av vårdplatserna och lägst 2020 då utskrivningsklara patienter vårdades på 2,6 procent av vårdplatserna.

Diagram 3b: Utfall i indikatorerna för åren 2014 - 2023



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

Staplarna för åren 2014 – 2016 har tonats i diagrammen för Dagar/1000 inv 65+ och Belagda platser. Där påverkas utfallet påtagligt av att mätpopulationen för dessa år var avgränsad till personer som var 65 år eller äldre vid utskrivningen.

Som nämnts saknas data från Stockholms län från november 2022. För att underlätta årsjämförelserna har utfallet för Stockholm år 2023 extrapolerats med utfallet för perioden november 2021 till och med oktober 2022.

2023 vårdades utskrivningsklara patienter på 4,2 procent av vårdplatserna. Förklaringen är att antalet disponibla vårdplatser minskat samtidigt som antalet vård dagar för utskrivningsklara patienter ökat.

Staplarna för Dagar i snitt för åren 2014 och 2016 är i diagrammet olika höga trots att värdet är detsamma 4,2: Det förklaras av att värdet är avrundat till en decimal. 2014 är värdet med två decimaler 4,17 och 2016 är det 4,24.

Resultat per län

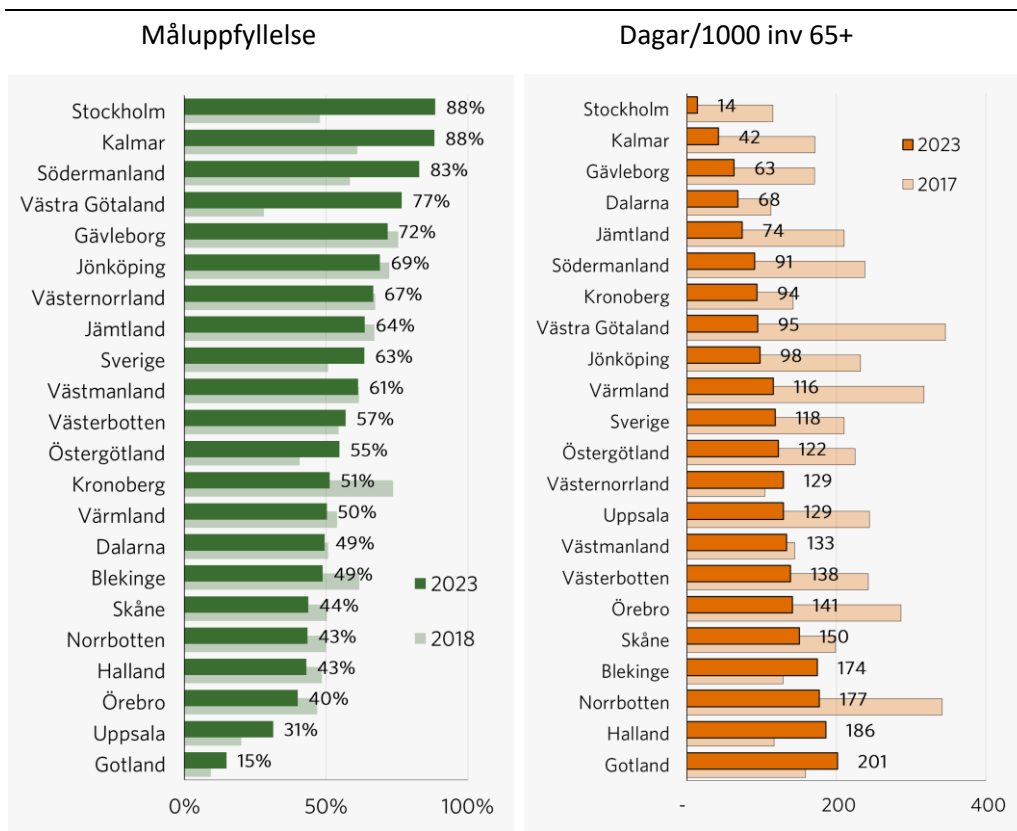
Syftet med uppföljningen är bland annat att SKR:s medlemmar ska kunna göra jämförelser med andra län och kommuner, att använda som stimulans och underlag för förbättringsarbete. På Väntetider i vården visas de månadsvis.

I 9 av länen har utfallet i måluppfyllelsen förbättrats mellan åren. Skillnaderna mellan länen är som synes mycket stora, något som diskuteras längre fram i rapporten.

Dagar/1000 inv 65+ har minskat kraftigt i de flesta länen. Endast 4 län har högre utfall 2023 jämfört med 2017.

Nedan visas jämförelser mellan länen för de fyra indikatorerna. För måluppfyllelsen finns kompletta data först för 2018 att jämföra 2023 med.

Diagram 4: Utfall i indikatorerna Måluppfyllelse och Dagar/1000 inv 65+ för åren 2017/2018 och 2023 uppdelat per län

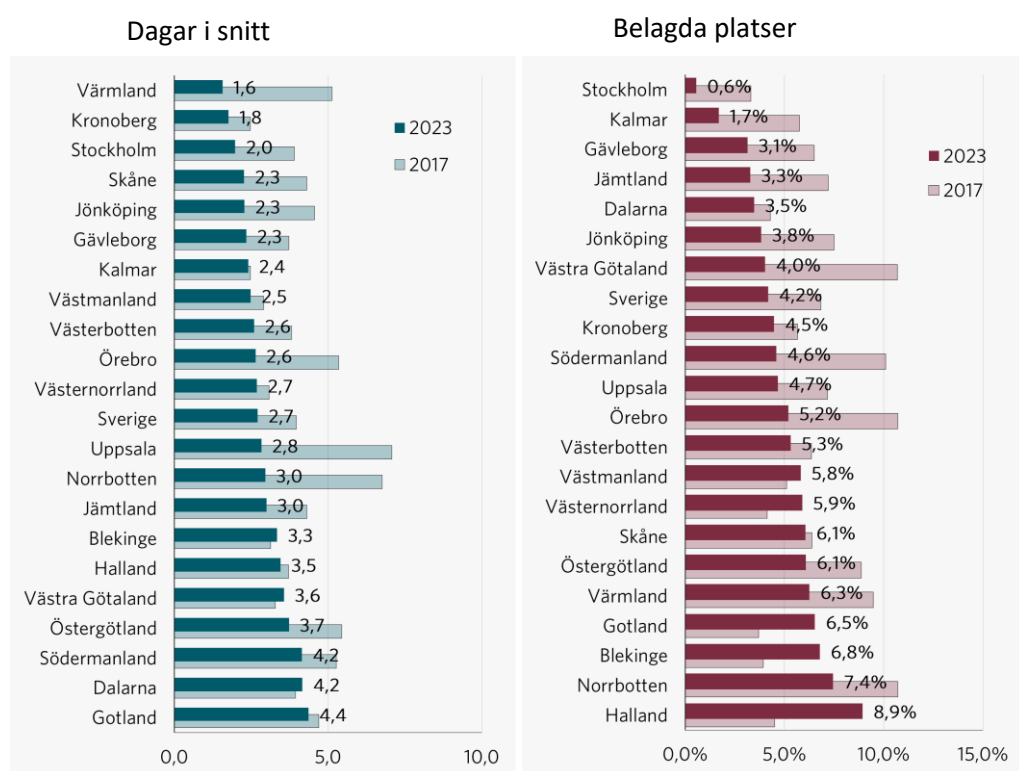


Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

Dagar i snitt, medelvårdtiden som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara, har minskat i merparten av länen. Endast i 3 län ett kan en liten ökning ses.

De vårdplatser i Sverige som är belagda med utskrivningsklara patienter uppgår i genomsnitt till 4,2 procent av totalen. Under 2023 var det i genomsnitt 581 vårdplatser som användes av patienter som bedömts inte ha behov av vård på sjukhus och som därmed borde varit utskrivna.

Diagram 5: Utfall i indikatorerna Dagar i snitt och Belagda platser för åren 2017/2018 och 2023 uppdelat per län



Källa: SKR, Vätetidsdatabasen

I slutet av rapporten, diagram 26 sidan 78, visas en samlad bild av antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser och andel utskrivningsklara patienter under 2023. Det ger en uppfattning om hur många fler patienter som skulle ha kunnat vårdas på en disponibel vårdplats om det inte funnits patienter som egentligen inte behöver platsen och alltså är utskrivningsklara.

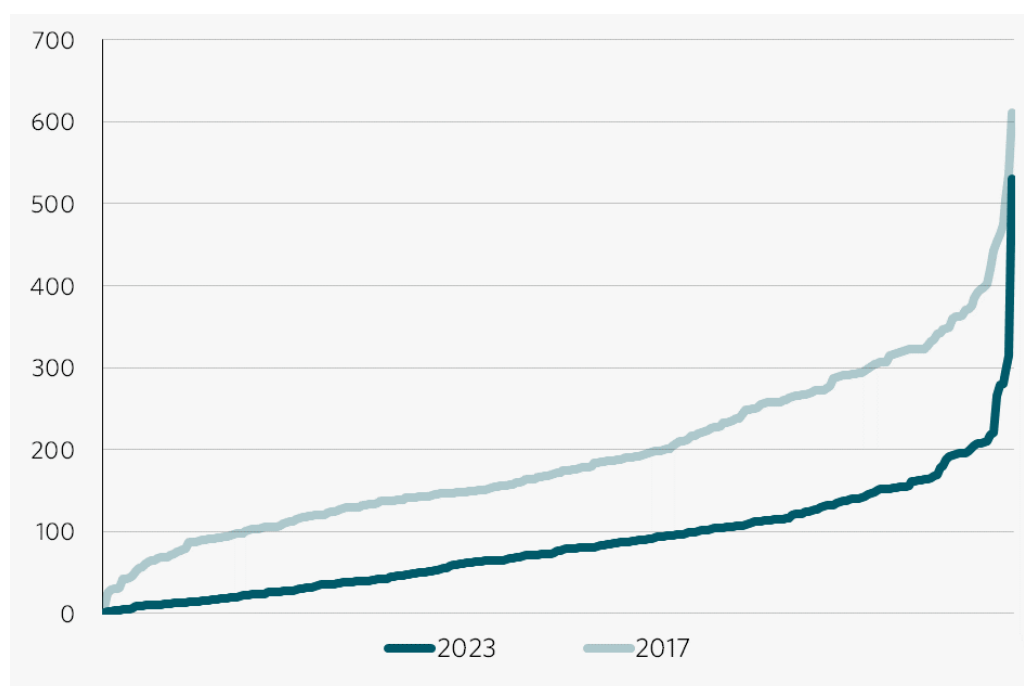
Disponibel vårdplats är i det här sammanhanget definierat som en vårdplats i slutet vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Resultat per kommun

I Diagram 4 och 5 visas utfallen i alla indikatorer per län och för åren 2017/2018 och 2023. Spridningen mellan 21 län låter sig enkelt visas, men det är betydligt svårare att åskådliggöra för de 290 kommunerna i landet.

Ett linjediagram med alla kommuner representerade ger en grov bild av hur stor spridningen i utfall är. Indikatorn Dagar per 1000 inv 65+ lämpar sig bäst för ett sådant diagram.

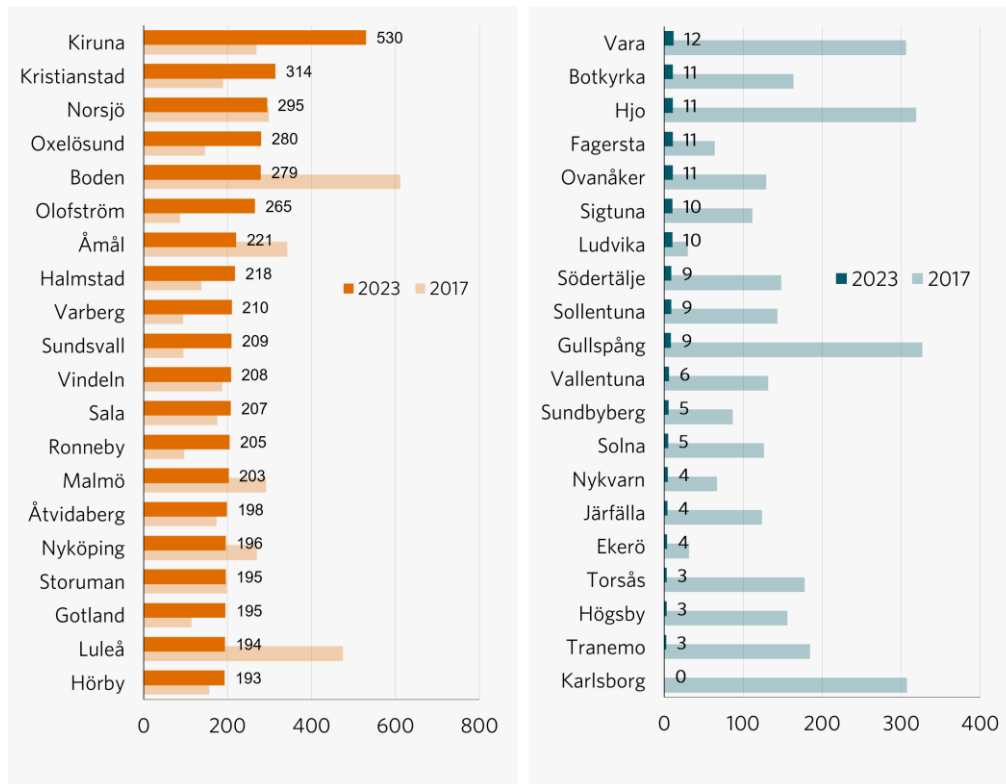
Diagram 6: Utfall i Dagar/1000 inv 65+ fördelat per kommun i Sverige 2017 och 2023.



Källa: SKR Väntetidsdatabasen

De 20 kommuner som har högst respektive lägst utfall visas i diagram 7.

Diagram 7: 20 kommuner med högst och lägst utfall i indikatorn Dagar/1000 inv 65+



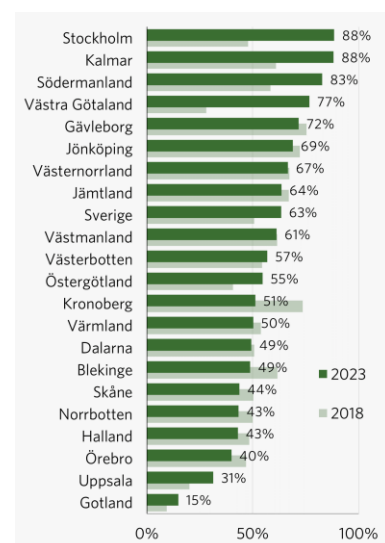
Källa: SKR, Vätetidsdatabasen

Fällor och fel i resultaten

Måluppfyllelse

Andelen patienter som skrivs ut utskrivningsklardagen är ett andelsmått och som sådant påverkas utfallet av såväl täljare som nämnare. De stora skillnaderna i utfall mellan länen beror alltså inte enbart på hur många patienter som skrivits ut på den planerade utskrivningsdagen utan även på hur stor del av patienterna som hanterats via den gemensamma kommunikationsplattformen.

Som ett exempel på vad det betyder så har Region Gotland rutinmässigt avstått från att lägga in patienter med sedan tidigare beviljade sociala insatser i kommunikationsplattformen., och då under förutsättning att det inte tillkommit nya behov som behöver värderas gemensamt. Dessa patienter har bäst förutsättningar för kunna



skrivs ut på utskrivningsklardagen, men kommer alltså inte med i den insamlade statistiken. Detta avspeglar sig också i diagram 17 ”Andel vårdtillfällen där patienten handläggs enligt regelverket i samverkanslagen” på sidan 45 och där Gotland har lågt utfall.

Ett annat fenomen är att det vid uttag av statistik från kommunikationsplattformarna uppkommer så kallade minusdagar. Det innebär att patienten har skrivits ut tidigare än det datum som framgår av den underrättelse som gått till kommunen och/eller öppna vården om att patienten är utskrivningsklar. Formeln utskrivningsdatum minus utskrivningsklardatum ger då ett minusvärde.

Orsakerna till detta kan vara allt från rena felinmatningar i systemen till att patienten valt att gå hem trots att behandlande läkare inte anser hen vara utskrivningsklar. Väljer man att exkludera dessa eller att se dem som utskrivna dag 0 får det påtaglig betydelse för utfallet i indikatorn måluppfyllelse. Idag finns ingen samsyn på hur detta ska hanteras. Det är kanske en av orsakerna till de stora variationerna som kan ses i utfallet för indikatorn mellan länen. Inom respektive län är förmodligen handläggningen densamma och jämförelserna då rättvisande.

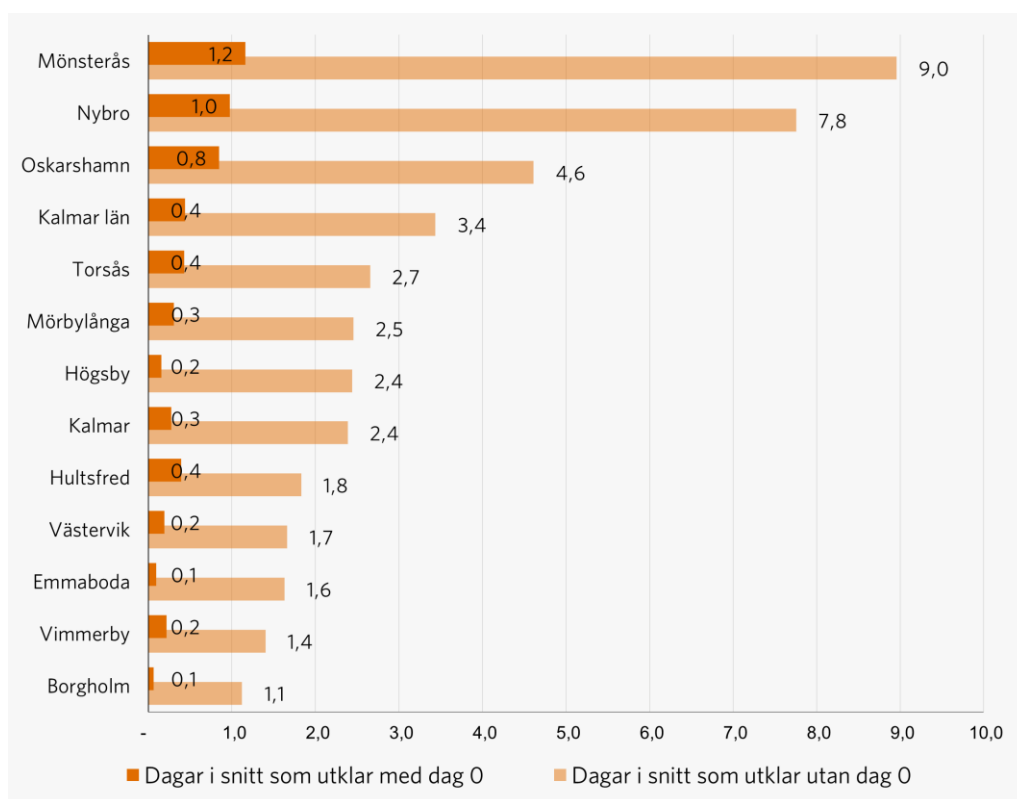
Måttet har alltså inte hög träffsäkerhet när det gäller jämförelser mellan län. Inom respektive län för jämförelse mellan kommuner fungerar den bättre.

Nämnares betydelse för dagar i snitt som utskrivningsklar

Efter något år av mätning av mått över utskrivningsklara uppkom en diskussion i den nationella mötesplatsen för samverkan vid utskrivning om hur indikatorn medelvårdtid som utskrivningsklar skulle definieras. Invändningen var att även de patienter som skrivs ut den dag de är utskrivningsklara borde ingå. De är ju också utskrivningsklara men blir utskrivningsklara på dag 0 och får alltså ingen vårdtid som utskrivningsklar registrerad.

Om de patienter som skrivs ut dag 0 ska ingå eller inte i nämnaren har stor betydelse för utfallet. Det framgår tydligt av följande exempel:

Diagram 8: Dagar i snitt som utskrivningsklar fördelad på kommunerna i Kalmar län 2019



Källa: SKR. Tillgänglighetsdatabasen

Slutsatsen man kan dra är att ett medelvärde där de som skrivs ut utskrivningsklardagen inte ingår i nämnaren blir känsligare för skillnader. Det kvantifierar också problemet utskrivningsklara patienter på ett tydligare sätt.

Flera län använder måttet dagar i snitt där patienter utskrivna dag 0 ingår i nämnaren för att beräkna när kommunernas betalningsansvar ska träda in. Att måttet definieras på olika sätt mellan olika län och mot den nationella uppföljningen kan upplevas förvirrande och är naturligtvis inte lyckat.

Trots detta och med de argument som anförs ovan har den nationella uppföljningen hållit fast vid den definition som använts från start. Vårdtillfällen med patienter som skrivs ut den dag de är utskrivningsklara ingår alltså inte i nämnaren.

Dagar per 1 000 invånare 65 år och äldre

Betalningsansvaret och dess inträde är i många län beroende av på vilken tidpunkt på dagen som sjukhuset meddelar att patienten är utskrivningsklar. Om ingen överenskommelse om annat har gjorts så är det de regler som finns i lagen som gäller. Enligt dessa så gäller att skickas underrättelse om att patienten är utskrivningsklar före

12:00 så inträder betalningsansvaret tre dagar senare. Sker det efter 12:00 så sker inträdet efter fyra dagar.

Detta kan uppfattas som att även beräkningen av vårdtiden som utskrivningsklar förskjuts ett datum framåt om underrättelsen om utskrivningsklar lämnas efter 12:00. Så är dock inte fallet utan det sättet att beräkna är förbehållen betalningsansvaret.

Då det är länsvisa överenskommelser som ligger till grund för betalningsansvarets beräkning så innehåller den nationella uppföljningen ingen indikator för betalningsansvar. Att hitta en indikator som ger jämförbarhet mellan län är på grund av överenskommelsernas olika utformning ogörligt.

Dagar per 1 000 invånare 65 år och äldre är den indikator som har den mest entydiga definitionen. Den påverkas inte av de svårigheter som beskrivits ovan och är enkelt beräknad enligt formeln: utskrivningsdatum minus utskrivningsklardatum. För att göra den jämförbar relateras den till befolkningens storlek. Det utgör inget problem eftersom det måttet är neutralt i förhållande till utskrivningsklara patienter och är ett oantastligt mått som tas fram av SCB. Det enda som kan ses som ett problem är att mätetalen för små kommuner räknas upp så att de inte ger en känsla för storleksordningen av antalet dagar i faktiska tal.

Tabell 3: Utfall i dagar/1000 inv65+ och faktisk vårdtid som utskrivningsklar för några små och stora kommuner i december 2022

Kommun	Invånare 65+	Vårdtid som utklar	Dagar/1000 inv 65+
Bjurholm i Västerbotten	717	9	151
Sorsele i Västerbotten	756	11	175
Storfors i Värmland	1 227	7	69
Kalmar i Kalmar län	14 848	45	36
Eskilstuna i Södermanland	22 157	61	33
Göteborg i Västra Götaland	95 922	932	117

Källa: SKR, Väntetider i vården

Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter

Denna indikator baseras på summan vårdtid för utskrivningsklara patienter. Genom att dividera vårdtiden med antalet kalenderdagar i mätperioden får man antalet av utskrivningsklara patienter belagda vårdplatser i genomsnitt per dag. Det talet relateras till 100 disponibla vårdplatser och presenteras som en procentsiffra.

Eftersom vårdtiden relateras till disponibla vårdplatser kan utfall på kommunnivå inte presenteras. Inget sjukhus har ju vårdplatser reserverade till patienter från särskilda

kommuner. Däremot så kan ju summan vårdtid räknas om till av utskrivningsklara patienter belagda vårdplatser och ge en lätt förståelig bild av hur många vårdplatser som skulle kunna frigöras om alla patienter skrevs ut den dag de är utskrivningsklara.

I exemplet här visas en sådan uträkning för de åtta kommunerna som har högst utfall för dagar som utskrivningsklara per 1 000 invånare 65 år och äldre.

Tabell 4: Faktisk vårdtid som utskrivningsklar för några kommuner under 2023

Kommun	Vårdtid som utklar	Belagda platser
Kiruna i Norrbotten	6 202	17,0
Kristianstad i Skåne	2 628	7,2
Boden i Norrbotten	2 078	5,7
Oxelösund i Södermanland	972	2,7
Olofström i Blekinge	957	2,6
Norsjö i Västerbotten	353	1,0

Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

Analyser av utfall och samband

Av framställningen så här långt framkommer att skillnaderna i utfall mellan län och mellan kommuner är betydande. Om skillnaderna förklaras av olika förutsättningar och andra yttre faktorer eller om de förklaras av olikheter i rutiner och hur regelverken tillämpas är utan närmare analys svårt att bedöma. I det här avsnittet undersöks sambanden utfall och ett antal tänkbara förklarande faktorer. Det är i första hand indikatorn vårdtid som utskrivningsklar per 1 000 invånare 65 år och äldre, förkortat benämnd dagar/1000 inv 65+, som varit utgångspunkten för visualiseringarna och sambandmätningarna.

Mätningarna av samband görs med den funktion i Excel som gör det möjligt att i diagram plotta variation utifrån två variabler för en kommun eller region. För den svärm av punkter som då uppstår kan en trendlinje tas fram och till den beräknas R^2 -värdet. Detta värde kan tolkas som "förklaringsgraden", det vill säga hur stor del den beroende variabeln (y) som kan förklaras av variationer i den oberoende variabeln (x). Värdet 1 betyder att förändringar i y helt och hållet förklaras av förändringen i x. Värdet 0 innebär att förändringen i y inte alls förklaras av förändringar i x.

Det här är en mycket enkel analys som både falskt kan dölja och falskt bekräfta samband och några säkra slutsatser kan alltså inte dras. Det ger ändå en visuell bild av eventuella samband.

Samband med kommungruppsstillhörighet

Kommungruppsindelningen används för att underlätta jämförelser och analyser i olika statistiska sammanhang och är framtagen av Svenska Kommunförbundet på 1980-talet. Indelningen utgår från befolkningsstorlek, befolkningstäthet och näringsstruktur. Grupperingen är avsedd att användas i olika statistiska redovisningar, jämförelser och analysarbeten.

Indelningen består av totalt nio grupper fördelade på tre huvudgrupper, där kommunerna grupperats utifrån vissa kriterier som tätortsstorlek, närhet till större tätort och pendlingsmönster. Dataunderlaget är hämtat från SCB:s olika databaser.¹⁰

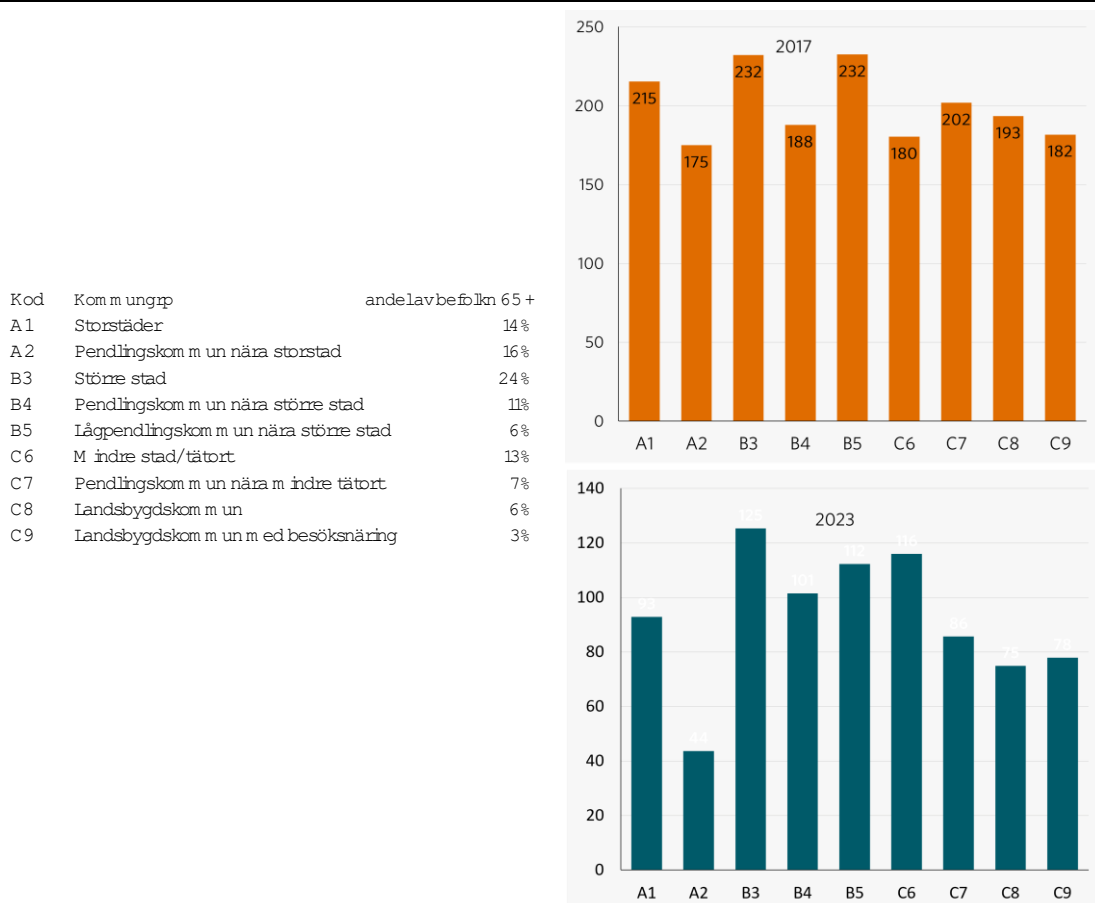
Kommungruppsindelningen 2023 har samma kommungrupper som 2017 men den statistik som ligger till grund för indelningen, till exempel befolkning och pendling, har uppdaterats. I och med detta har 33 av kommunerna bytt kommungrupp.

¹⁰ [SKR Kommungruppsindelning](https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html)

<https://skr.se/skr/tjanster/kommunerochregioner/faktakommunerochregioner/kommungruppsindelning.2051.html>

Här har kommungruppsindelningen använts för att se om det finns några samband mellan vilken kommungrupp en kommun tillhör och utfall för indikatorn dagar/1000 invånare 65+.

Diagram 9: Utfall i Dagar/1000inv 65+ och kommungruppsstillhörighet 2017 och 2023



Källa: SKR, Kommungruppsindelningen 2023 och Tillgänglighetsdatabasen

Det enda värde som sticker ut från mängden för år 2023 är för grupp A2 Pendlingskommun nära storstad. I den gruppen ingår 43 kommuner runt Stockholm, Göteborg och Malmö. Intressant är också att den gruppen inte sticker ut år 2017.

Undersökningen gjordes med en undran om det i kommungruppsindelningen fanns faktorer som skulle kunna kopplas till förutsättningarna för att inom en kommun ha goda förutsättningar för att kunna ta emot patienter som skrivs ut från sjukhus och som har behov av fortsatta insatser.

De resultat som framkommer ger ingen anledning till att gå vidare och att testa eventuella samband ytterligare.

Samband med tillgängliga platser i region och kommun

Resonemangsmässigt borde det finnas ett samband mellan många disponibla vårdplatser i sluten somatisk vård och många dagar som patienter varit utskrivningsklara. Diskussionen bygger då på att om man relativt sett har gott om vårdplatser så är trycket lägre på att ha en välfungerande utskrivningsprocess. Den skulle också vändas till det omvända, att om man har gott om vårdplatser är man mer öppen för att ge patienterna längre vårdtider utan att bedöma dem som utskrivningsklara.

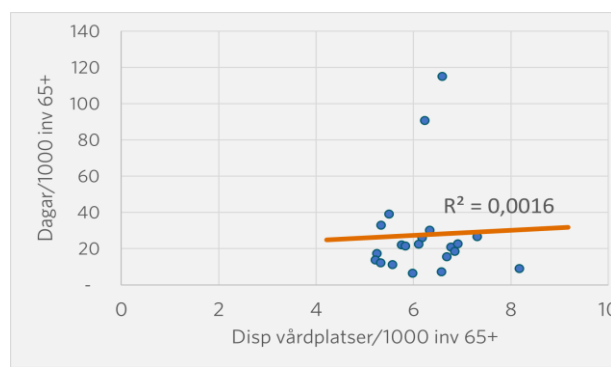
Under 2023 fanns i genomsnitt i Sverige knappt 14 000 disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård. Under året räknades antalet dagar som patienter varit utskrivningsklara till drygt 212 000 eller cirka 580 i genomsnitt per dag. De belade alltså drygt 4 procent av platserna¹¹.

Ett punktdiagram där disponibla vårdplatser per 1 000 invånare 65 år och äldre och antal utskrivningsklara dagar per 1000 invånare 65 år och äldre plottas in för var och en av regionerna ger inget stöd för en någon av hypoteserna.

Ett liknande resonemang för den kommunala nivån borde innebära att kommuner som har många platser i särskilt boende, för korttidsboende eller en väl utbyggd hemtjänst, har goda förutsättningar att snabbt ta emot utskrivningsklara patienter. Det skulle då ge få dagar med invånare som finns kvar på sjukhus som utskrivningsklara patienter.

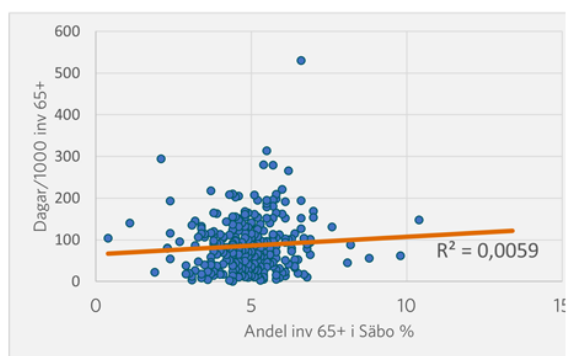
Här har alltså andelen invånare 65 år eller äldre boende i särskilt boende och dagar med utskrivningsklara patienter per 1 000 invånare plottas ut per var och en av landets 290 kommuner. Var och en av punkterna avser alltså en kommun.

Diagram 10: Samband mellan utfall i Dagar/1000 inv 65+ och disponibla vårdplatser per 1 000 inv 65+ per region 2023



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

Diagram 11: Samband mellan utfall i Dagar/1000 inv 65+ och andel personer 65 år och äldre i särskilt boende per kommun 2023



Källa: Socialstyrelsen. Statistikdatabas för äldreomsorg och SKR, Tillgänglighetsdatabasen

¹¹ Källa: SKR; väntetidsdatabasen

På motsvarande sätt har andelen invånare med korttidsplats och andel invånare med beslut om hemtjänst och dagar med utskrivningsklara per 1 000 invånare plottats ut på landets kommuner.

Det förväntade sambandet att relativt sett mycket resurser i kommuner ger få dagar som patienter är utskrivningsklara kan inte spåras i något av diagrammen.

Diagram 12: Samband mellan utfall i Dagar/1000 inv 65+ och andel personer 65 år och äldre i korttidsboende

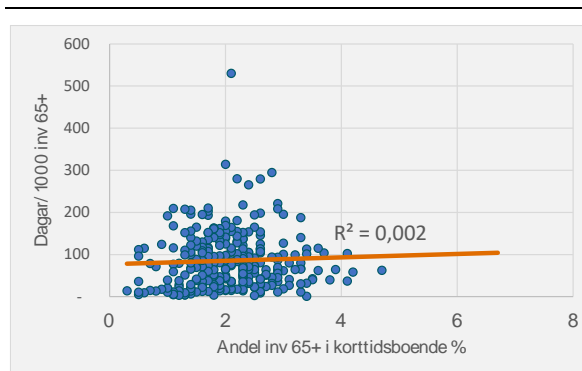
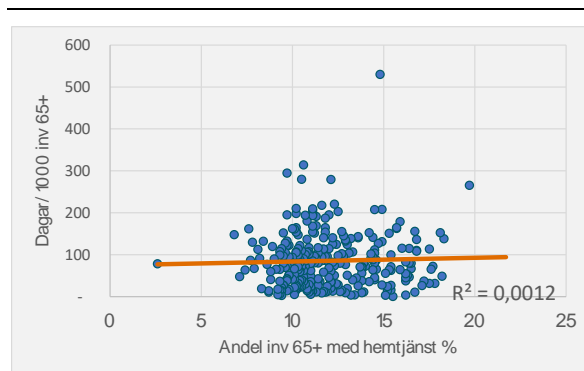


Diagram 13: Samband mellan utfall i Dagar/1000 inv 65+ och andel personer 65 år och äldre med hemtjänst per kommun



Källa: Socialstyrelsen, Statistikdatabas för äldreomsorg och SKR, Väntetidsdatabasen

Samband med andel köpt verksamhet

Kommunerna skiljer sig åt i hur stor andel verksamhet som upphandlas från externa utförare. Det beror på förutsättningar, ställningstaganden och lokal kunskap om vilka behov och utmaningar som finns. Några kommuner har valt att driva verksamhet i huvudsak genom egen regi, medan andra har valt andra driftformer där privata leverantörer utför delar av det offentliga uppdraget.

Service och omsorgsinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättningar, hälso- och sjukvårdsinsatser, individ och familjeomsorg är alla områden där en stor andel utförs av privata utförare, anslutna till offentlig finansiering efter upphandling eller till valfrihetssystem.

År 2022 kostade hela vård- och omsorgsområdet 294 miljarder kronor, av detta betalade kommunerna ut ersättningar och bidrag till privata utförare med 51 miljarder kronor.¹²

¹² [SKR, Kommunernas köp av verksamhet](https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/statistikekonomi/kopavverksamhet/kommunernaskopavverksamhet.35844.html)

<https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/statistikekonomi/kopavverksamhet/kommunernaskopavverksamhet.35844.html>

Mot den bakgrunden kan frågor ställas om andelen privat utförd vård och omsorg av äldre har betydelse för hur många patienter som blir kvar på sjukhus efter att de är utskrivningsklara och hur många dagar de blir kvar? Gör det privata vinstintresset att de privata inte är lika intresserade av att samverka i utskrivningsprocessen som den offentligt drivna äldreomsorgen eller är det en felaktig hypotes?

Bilden här är lite svårtolkad. Det finns ett fåtal kommuner med hög andel köpt vård och omsorg och lågt antal utskrivningsklara dagar. Samtidigt finns det kommuner med låg andel köpt vård och omsorg som har högt antal utskrivningsklara dagar. Spridningen utefter linjen är samtidigt låg med en ansamling av kommuner med mindre än 20 procent köpt vård och omsorg och lågt antal dagar som utskrivningsklar.

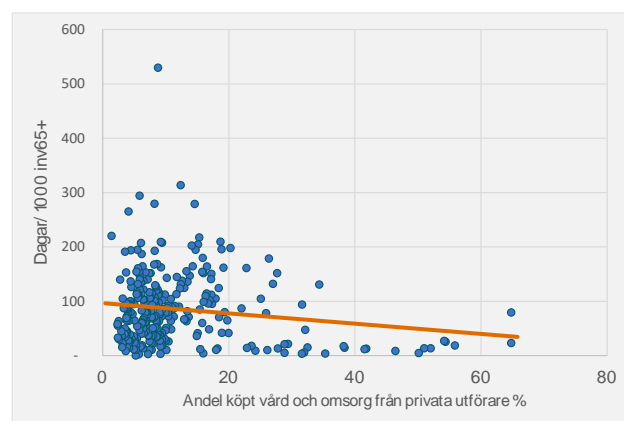
Om upplösningen ökas genom att det är de 250 kommuner som har mindre än 20 procent köpt vård som plottas ut så ger det diagram 17.

Då visar sig ett svagt samband där kommuner med låg andel i privat regi utförd vård och omsorg tenderar att ha något färre dagar med utskrivningsklara patienter än de med hög andel.

Samtidigt är spannet i dagar med utskrivningsklara patienter stort för de med lägst andel köpt vård och omsorg. Frågan om det finns andra faktorer som är gemensamma för dessa kommuner och som påverkar dagar med utskrivningsklara patienter bör därför ställas.

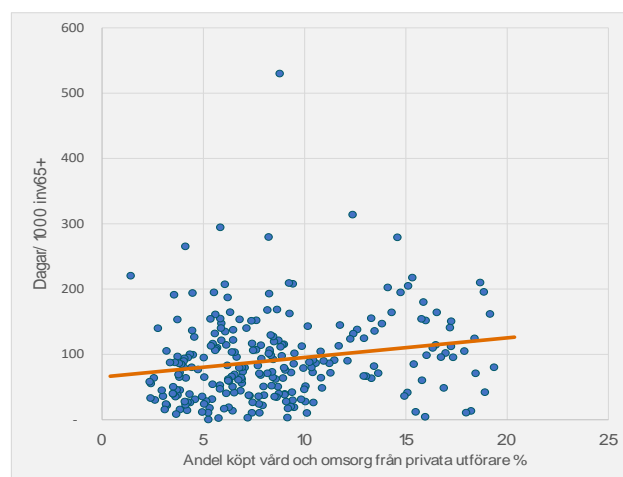
Någon säker slutsats kan alltså inte dras utifrån denna enkla sambandstest.

Diagram 16: Samband mellan utfall i Dagar/inv65+ 2023 och andel kostnader för köpt vård och omsorg av äldre 2022



Källa: SKR Kommunernas köp av verksamhet och Vantetidsdatabasen.

Diagram 17: Samband mellan utfall i Dagar/inv65+ 2023 och andel kostnader för köpt vård och omsorg av äldre 2022



Källa: SKR Kommunernas köp av verksamhet och Vantetidsdatabasen.

Samband med antal vårdtillfällen där patientens utskrivning planeras enligt samverkanslagen

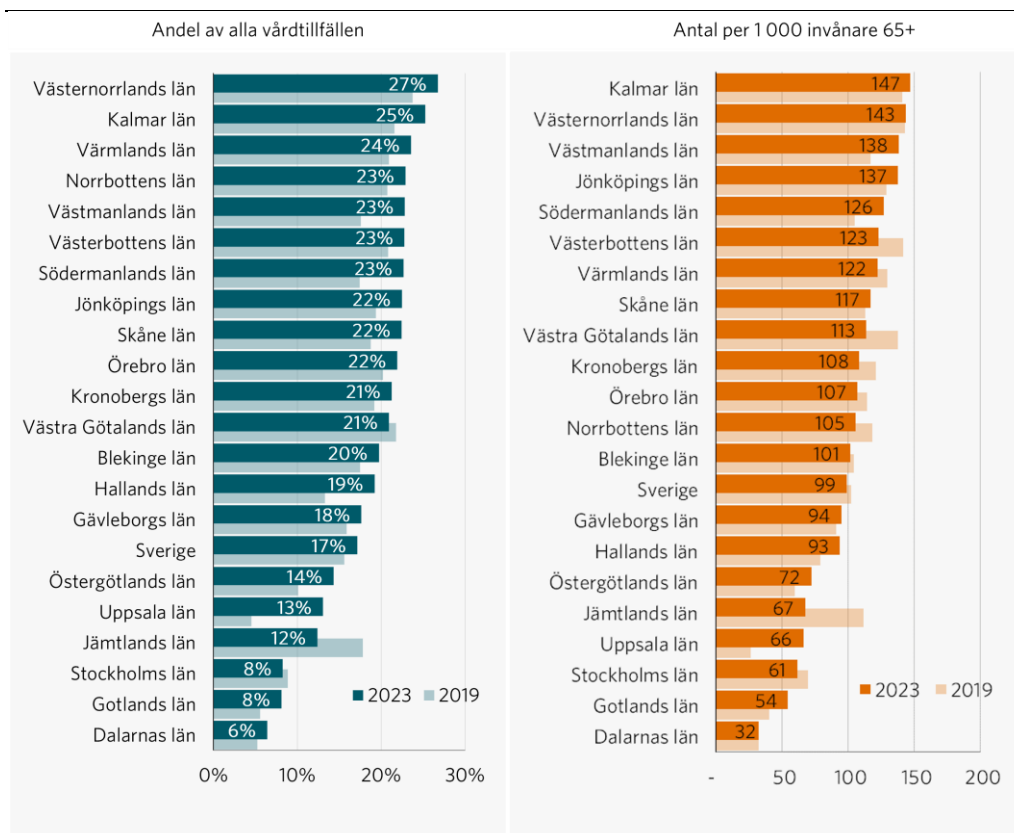
Alla patienter som skrivs ut från den slutna vården handläggs inte enligt regelverket i samverkanslagen. Lagen avgränsar personkretsen till de patienter som av behandlande läkare i samband med inskrivningen eller senare, bedöms komma att ha behov av insatser från socialtjänsten, kommunal hälso- och sjukvård eller regionens öppna vård efter utskrivningen.

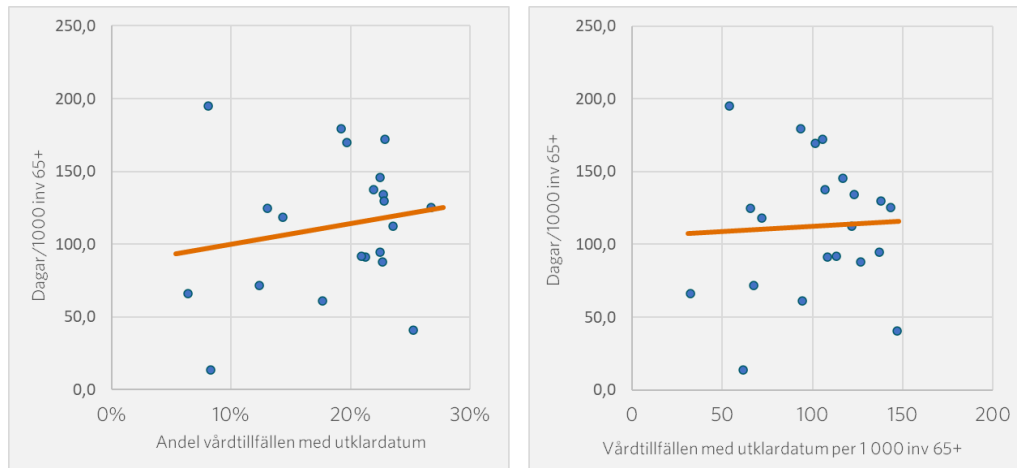
Det inskrivningsmeddelande som då ska skickas till berörda enheter är startsignalen för att planering för utskrivning ska startas.

Analys visar att det är ganska stora skillnader mellan regionerna i hur stor andel av patienterna som blir föremål för planering enligt den föreskrivna processen. Som mått har här dels använts andel av vårdtillfällen och andel personer som blivit utskrivna enligt denna process. Andelen personer är relaterad till 1000 invånare 65 år och äldre. (Medelfolkmängd – ålder under året).

Om dessa skillnader också påverkar utfallet för Dagar/1000 inv 65+ har testats i en korrelationsanalys.

Diagram 17 Andel vårdtillfällen och antal personer/1000 inv 65+ där utskrivning skett enligt samverkanslagen 2019 och 2023





Källa: SKR, Väntetidsdatabasen och SCB

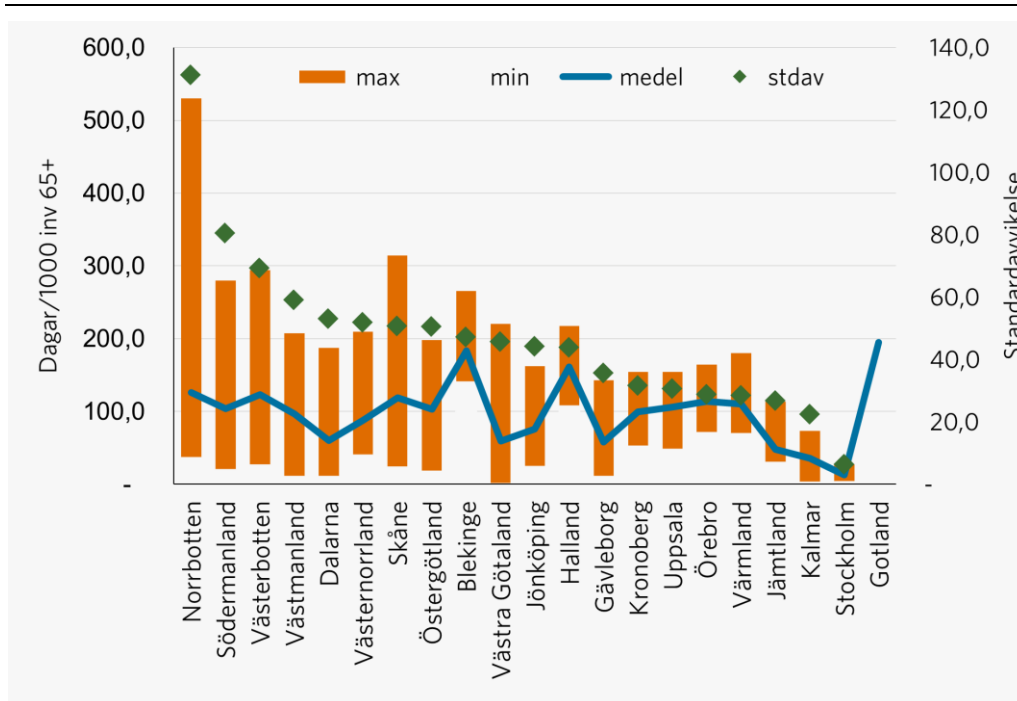
Inte heller här finns några tydliga samband. Det går alltså inte att generalisera och säga att om få patienter tas in i utskrivningsprocessen så leder det till få dagar med utskrivningsklara patienter. Den omvända slutsatsen går heller inte att dra. Sambanden är också svåra att spåra med det fåtal mätpunkter som länen utgör.

En annan hypotes värd att undersöka är om storleken i variationen mellan kommunerna inom ett län säger något om hur väl utskrivningsprocesserna fungerar och om det i så fall påverkar utfallet i vårdtider som utskrivningsklara. Små variationer borde tyda på att man har samsyn på regelverket och är överens om målen om att så få som möjligt ska vara kvar på sjukhuset efter att de bedömts vara utskrivningsklara.

Här åskådliggörs variationerna i dagar per 1 000 invånare 65 år och äldre i staplar, medelvärde med linje och standardavvikelsen som punkter för varje län. Den orangea stapelns topp anger maxvärdet och dess nedre gräns minvärdet.

I nästa steg testas sambandet mellan standardavvikelsen för variationen inom länen och utfallet för indikatorn utskrivningsklara dagar per 1 000 invånare 65 år och äldre.

Diagram 18: Skillnader mellan kommuner inom län i Dagar/1000 inv 65+, uttryckt som högsta och lägsta värde, liksom medelvärde och standardavvikelse för kommunerna i respektive län år 2023.



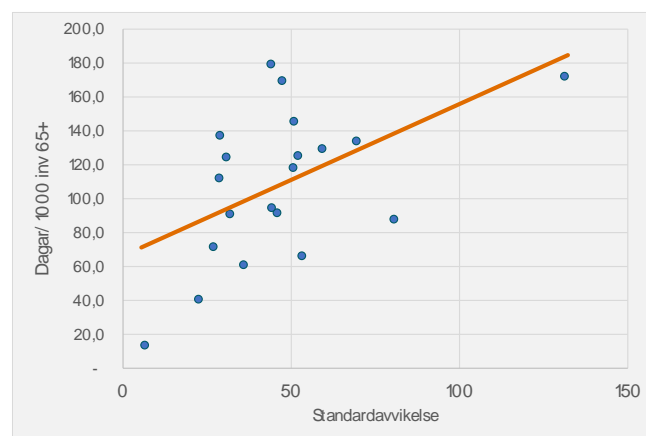
Källa: SKR, Vantetidsdatabasen och SCB Statistikdatabas, Medelfolkmängd

Här kan för första gången ett samband ses som i någon mån stöder en uppsatt hypotes. Låg variation mellan kommunerna i ett län kan alltså tolkas som att det är samsyn och utvecklad samverkan region-kommuner som ger bättre utfall i den aktuella indikatorn.

Det är komplexa sammanhang som undersöks och som påverkas av många olika faktorer. Att som här testa sambandet för två faktorer i 21 mätpunkter är egentligen ett alltför litet underlag för att kunna dra säkra slutsatser.

Kunskap och erfarenheter från SKR:s arbete med att administrera och ge stöd till den mötesplats för införande och utveckling av utskrivningsprocesser som funnits sedan 2016, stöder ändå det funna sambandet.

Diagram 19: Samband mellan standardavvikelse mellan kommunerna utfall inom ett län och länets samlade utfall i Dagar/1000 inv 65+



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen och SCB Statistikdatabas, Medelfolkmängd

Samband med modell för betalningsansvar i de regionala överenskommelserna

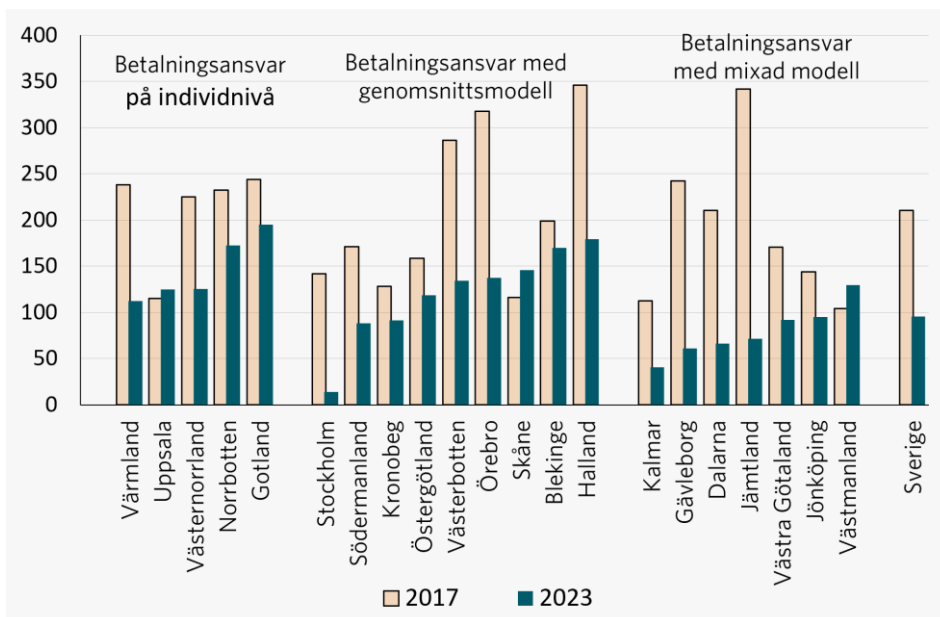
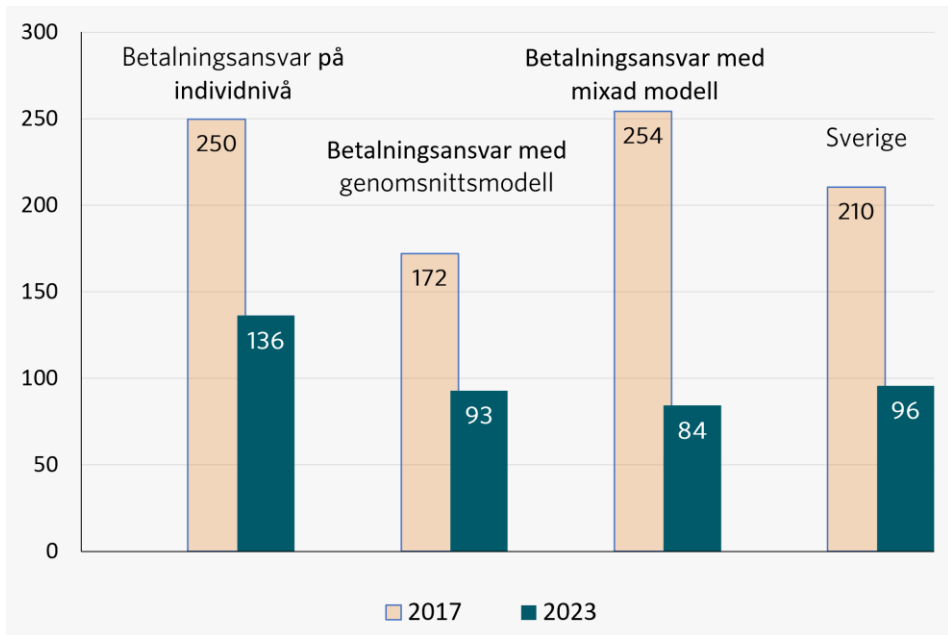
Tidigare i rapporten har överenskommelserna som träffades under året före och åren efter samverkanslagens ikraftträdande beskrivits. Där har också olika modeller som tagits fram för hur betalningsansvaret ska räknas fram identifierats och grupperats.

Dessa har sedan samlats i tre huvudgrupper:

- Betalningsansvar på individnivå
- Betalningsansvar med genomsnittsmodel
- Betalningsansvar med mixad model

I ett första steg har utfallet i Dagar/1000 inv 65+ räknats fram för var och en av modellerna. I ett andra steg har sedan utfallen för var en av de län som valt de olika modellerna visualiserats i diagram 20.

Diagram 20: Betalningsansvarsmodell och utfall i Dagar/1000 inv 65+ per modell och län 2017 och 2023



Källa: Länen, Väsentidsdatabasen och SCB, Statistikdatabas medelfolkmängd

Av detta kan man inte dra slutsatsen att det finns en bästa modell som ger bäst utfall i indikatorn. Det är snarare så att variationerna mellan länen är nästan lika stora oavsett vilken modell som tillämpas. Möjligen skulle den mixade modellen kunna sägas ge ett bättre resultat. Om det är modellen i sig som ger bättre resultat eller om det finns andra bakomliggande faktorer som är avgörande går dock inte att säga.

Variation i resultat avseende vårddagar för utskrivningsklara patienter

Variation indikerar bristande kvalitet, och behöver kartläggas, övervakas och om möjligt reduceras. Det finns idag en stor variation i antalet vårddagar för utskrivningsklara patienter per 1000 invånare 65 år och äldre såväl på kommunnivå som på regional nivå. Orsakerna är många och samvarierar på ett komplext sätt. Analyser för att öka förståelsen behöver därför göras såväl regionalt som lokalt för att bästa möjliga insatser ska kunna sättas in där det finns problem.

I föregående kapitel har data analyserats som indikerar att kommungrupp, modell för betalningsansvar och tillgång till platser på sjukhus och i äldreomsorgen inte är avgörande för resultatet. Förklaringar till variationen handlar troligen mer om i vilken grad det finns väl fungerande samverkan mellan de olika huvudmännen och deras medarbetare.

I dialoger med ansvariga för införandet i länen lyfts faktorer som handlar om struktur, kultur, ledarskap, arbetssätt och resurser som viktiga. Lösningarna finns att hämta såväl regionalt som lokalt.

Regionalt betyder stabil och aktiv gemensam styrning och ledning mycket för resultatet. Välorganiserade mötesplatser, en gemensam plan för primärvård och en samverkanskultur som präglas av tillit är kända framgångsfaktorer. Vision, överenskommelser, riktlinjer och system för kommunikation, uppföljning och analys styrs och leds från den regionala nivån.

Lokalt handlar det om följsamhet till beslutade riktlinjer, om tillgång till kunskap och kompetens i teamet, om respekt för varandras förutsättningar och inte minst om ett närvarande ledarskap och ett personcentrerat arbetssätt där patienter och närstående bjuds in att vara delaktiga i teamet.

Fortsättningsvis ges en kort beskrivning av faktorer som kan påverka antalet vårddagar för utskrivningsklara patienter per 1000 invånare 65 år och äldre, det bästa måttet för att följa upp systemeffektivitet.

Nollvision

Att på högsta organisatoriska nivå formulera och kommunicera en nollvision med synsättet att ingen ska behöva vistas på sjukhus i onödan gör skillnad. Kalmar län som ligger stabilt lägst när det gäller dagar för utskrivningsklara patienter har i sin överenskommelse enats om följande gemensamma målbild för arbetet:

Genom ett tillitsfullt samarbete med den enskildes bästa i fokus bedriva en god och effektiv vård och omsorg där denne känner sig trygg och delaktig. Målet är att den enskilde så snart som möjligt ska kunna skrivas ut när sjukhusets resurser inte längre behövs. Målsättningen är noll utskrivningsklara dagar.

Utskrivningsklar och Hemgångklar

Begreppet utskrivningsklar är definierat i lagstiftningen på följande sätt; *en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.* Utskrivningsklar är alltså ett medicinskt beslut som fattas av läkare på sjukhus. För att patienten ska kunna skrivas ut på ett säkert sätt krävs förberedelser inför hemgång. Flera län har därför infört begreppet hemgångklar som patienten blir när samtliga kriterier nedan är uppfyllda:

- behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar
- patienten har fått skriftlig information inför hemgång
- fast vårdkontakt har utsetts i den landstingsfinansierade öppna vården
- nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförs till de enheter som har fått inskrivningsmeddelande
- nödvändiga hjälpmedel och medicinsk utrustning från landstinget är tillgängliga för patienten

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om patienten inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

I praktiken förekommer skillnader i praxis kring bedömningen av utskrivningsklar. I Halland görs bedömningen av utskrivningsklar strikt enligt definitionen, något som leder till fler vårddagar som utskrivningsklar jämfört med en del andra län som utvecklat en praxis att besluta om utskrivningsklar när patienten närmar sig hemgångklar. När utskrivningsprocessen är optimal sammanfaller dagen för utskrivningsklar med dagen för hemgångklar.

Uppföljning och analys av systemeffektivitet

Det tar tid innan förändrade arbetssätt blir det nya normala. Att följa det egna resultatet månadsvis i dialog mellan region och kommunen bidrar till att hålla i uppnådda resultat och minskar risken för återgång till det gamla. Resultat visas på SKR\väntetider i vården\väntetidsstatistik\Utskrivningsklara patienter och uppdateras varje månad.

Ekonomisk modell för betalningsansvar

Länen har valt olika modeller för kommunalt betalningsansvar, något som kan påverka kommunernas beteende. Betalningsansvar utifrån en individuell modell enligt lagstiftningen innehåller inget ekonomiskt incitament för kommunen att ta hem patienterna samma dag som de bedömts utskrivningsklara. En medelvärdesmodell byggd på tillit möjliggör längre vårdtider som utskrivningsklar för enstaka patienter innan kommunen riskerar betalningsansvar.

Tillgång till rätt kompetens i kommunerna

Ett problem idag är att hemtjänsten i många kommuner har svårt att rekrytera personal med kompetens att ta hand om svårt sjuka personer med behov av mer omfattande insatser i hemmet.

Riskbedömning och planering vid omfattande behov

Det är idag också vanligt att patienter har behov av specialiserad vård i hemmet, något som regionerna ansvarar för. Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård är oskarp och förändras i takt med den medicinska utvecklingen. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet och vilken huvudman som har ansvar för vad bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Detta är inte reglerat i lagstiftningen. Det är upp till kommunerna och regionerna själva att komma överens om principer för gränsdragningar och former för hur samarbetet ska gå till. Utifrån överenskomna avtal och riktlinjer behövs alltid en individuell bedömning i varje enskilt fall. Regionerna har ett stort ansvar att utbilda och handleda kommunens personal men också att vara tillgängliga för frågor dygnet runt.

Kommuner inrättar ibland särskilda team med specialutbildad personal. Det leder till högre kontinuitet vilket uppskattas av patienter och närstående samtidigt som vården blir god och säker med minskad risk för återinskrivning. Några exempel på detta är intensiv hemrehabilitering, sårteam, demensteam och palliativa team.

Inflöde av patienter till sjukhus

Många exempel finns idag på hur proaktiva arbetssätt och förebyggande insatser kan medföra att kroniskt sjuka personer och sköra äldre kan få merparten av sitt vårdbehov tillgodosett i öppen vård och i hemsjukvård. En person som inte blir inskriven eller återinskriven på sjukhus blir heller inte utskrivningsklar. Nedan beskrivs de viktigaste områdena för proaktiv vård i korthet.

Optimal kontroll av personer med kronisk sjukdom

Hjärtsvikt och KOL är de två diagnoser som idag står för flest undvikbara vårddagar i slutenvård. De flesta patienter sköts inom primärvården. Fortfarande saknar många av dessa patienter en fast läkarkontakt och en medicinsk vårdplan.

Proaktiv vård till sköra äldre

Det finns idag god kunskap om hur sjuklighet bland äldre kan förebyggas genom att skörhet upptäcks, utreds och behandlas i ett tidigt skede. Standardiserade arbetssätt finns som visar goda resultat med minskat behov av slutenvård.¹³

Säkerställa att rätt patienter kommer till akutmottagningen

Personer över 80 år som söker akutmottagningen blir till nästan 60 procent inskrivna i slutenvård¹⁴. Genom att göra bedömningar utanför sjukhus kan rätt patienter väljas ut för sjukhusvård samtidigt som transporter till akutmottagningen minskar. En organisering som möjliggör akut bedömning och behandling i hemmet av personer med kommunal hälso- och sjukvård bidrar till minskat lidande samtidigt som behovet av transporter till och vård på sjukhus minskar.

Oplanerad återinskrivning

Risikfaktorer för återinskrivning är bland annat hög ålder, kronisk sjukdom (KOL, hjärtsvikt, njursjukdom), många läkemedel, kognitiv svikt och nedsatt ADL. Personer som återinskrivs har hög risk för fall och undernäring varför det är viktigt med systematiska riskbedömningar.

Risken för oplanerad återinskrivning är ungefär dubbelt så hög för gruppen multisjuka och sköra äldre jämfört med alla patienter 65 år och äldre (cirka 28 respektive 14 procent).¹⁵

¹³ [SKR, Proaktiv vård av sköra äldre](https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e3038448f24/1642426782421/7585-696-4.pdf)

<https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e3038448f24/1642426782421/7585-696-4.pdf>

¹⁴ [SKR, Fakta om öppen hälso- och sjukvård](https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/faktaomoppenhalsoochsjukvard.73748.html)

<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/faktaomoppenhalsoochsjukvard.73748.html>

¹⁵ [Socialstyrelsen, Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7195.pdf>

Arbetsätt på akutmottagning och på vårdavdelning

Inskrivning av sociala skäl

Det förekommer att personer kommer till akutmottagningen av sociala skäl då livssituationen i det ordinära boendet blivit ohållbar. Akutmottagningen behöver ha fungerande kontaktvägar till kommunens omsorg för att lösa dessa problem så att inskrivning på sjukhus kan undvikas. En del sjukhus har goda erfarenheter av att ha tillgång till biståndshandläggare på akuten.

Personcentrerat, proaktivt arbetsätt

Akutmottagningen utgör en riskmiljö för äldre personer. Särskilda spår finns som brukar benämnas ”Silverstigen” där patienten får mjuk säng och mat för att förebygga trycksår och förvirring samtidigt som väntetider hålls korta.

Enligt den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från sjukhus ska utskrivningsprocessen starta redan vid inskrivningen. Detta kräver förändrade mer personcentrerade arbetsätt som ännu inte är på plats. Kommunikation med primärvård och kommun behöver bra IT-stöd och tydliga rutiner som efterföljs.

Fortsatt vård i hemmet efter utskrivning

Trygg hemgång och rehabilitering

Högsta risken för återinskrivning på sjukhus är under första veckan efter utskrivning från slutenvård. Aktiv rehabilitering de första dagarna minskar risken för återinskrivning. Olika koncept finns i kommunerna. Trygg hemgång där särskilda rehabiliteringsteam förstärker den ordinarie hemtjänsten den första tiden har visat goda resultat med snabbare återhämtning, minskat behov av hemtjänst och färre återinskrivningar.

Strukturerat teamarbete i kommunal hälso- och sjukvård

Äldre personer som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård är i stort sett alltid sköra och har ett stort behov av hälso- och sjukvård. Det kan i stor utsträckning tillgodoses i hemmet under förutsättning att teamarbetet är välorganiserat.¹⁶ Kontinuitet med god tillgång till fast vårdkontakt och en fast läkarkontakt är viktigt

¹⁶ [SKR, Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet](https://skr.se/download/18.54d69727188bdd63e1ab22/1695127658741/Samverkande-halso-och-sjukvard-i-hemmet-konsekvensbeskrivning.pdf)

<https://skr.se/download/18.54d69727188bdd63e1ab22/1695127658741/Samverkande-halso-och-sjukvard-i-hemmet-konsekvensbeskrivning.pdf>

liksom en behandlingsstrategi och en skriftlig medicinsk plan. Möjlighet till akuta bedömningar dygnet runt minskar behovet av akutvård på sjukhus.

Tillgång till specialiserad vård i hemmet

Specialiserad palliativ vård i hemmet har funnits i många år men omfattningen varierar över landet. Nu blir det allt vanligare med mobila team där den specialiserade vården blir ett komplement till primärvårdens hemsjukvård. Det finns också flera exempel i Sverige på "hospital at home" där mobila team behandlar patienter i hemmet där alternativet hade varit vård på sjukhus. Resultaten är goda. Patienterna mår bättre, äter bättre, sover bättre, faller mindre och blir mindre förvirrade när de vårdas hemma.¹⁷

¹⁷ [SKR, Tillsammans med primärvården som nav – Exempel på samarbeten för specialiserad vård i hemmet](https://skr.se/download/18.104be32a18de54046e0d4137/1710330834420/Tillsammans%20med%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20som%20nav.pdf)

<https://skr.se/download/18.104be32a18de54046e0d4137/1710330834420/Tillsammans%20med%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden%20som%20nav.pdf>

Utskrivningsklara inom slutna psykiatrisk vård

Som framgått under rubriken ”Införandet av den nya lagen” på sidan 19 hade länen ett extra år för genomförandet för den psykiatriska slutenvården. De tidigare reglerna från Betalningsansvarslagen fick gälla under övergångsåret.

Under 2017 påbörjades datainsamling för uppföljning även för den psykiatriska slutna vården. Den utformades på samma sätt och med samma mått och mätetal som för den somatiska vården. De fyra indikatorer som beskrivits för den somatiska vården kom också successivt att börja användas även för psykiatrin. Den enda skillnaden är att vårdtiden som utskrivningsklar, dagar per 1000 invånare, relateras till hela befolkningen och inte till andelen 65 år och äldre. Skälet är att inom psykiatri är personer som behöver samordnade insatser spridda över alla åldrar och något behov av ålderstandardisering av utfallen finns därför inte.

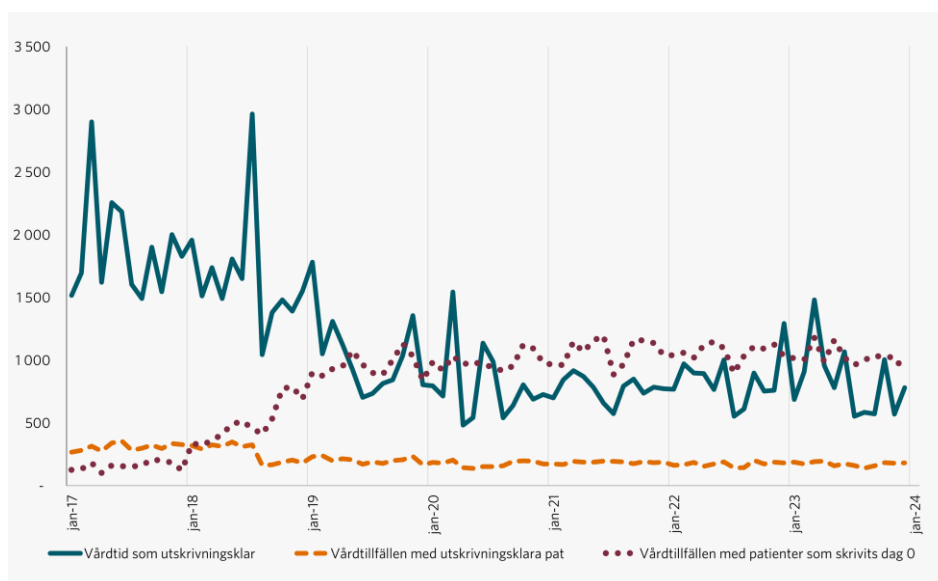
En annan viktig skillnad som läsaren behöver ha i åtanke är att data saknas från Stockholms län från start. Kommunikation över vårdgivargränserna för samordning av insatserna för patienter från psykiatrin har skett med andra verktyg än via den IT-baserade plattform som använts för de patienter som vårdats i somatisk slutenvård. Det har gjort det alltför resurskrävande att samla in de aktuella mätetalen.

Resultaten i de fyra indikatorerna finns lagrade i SKR:s väntetidsdatabas och publicerade på Väntetider i vården med start 2017.

Resultaten 2017 - 2023

Motsvarande linjediagram med utfall i de tre mätetalen som visas i diagram 2 på sidan 29 för den somatiska vården får för psykiatrin ett liknande mönster. Antalet patienter som är aktuella för statistiken är i storleksordningen 150–220 per månad att jämföra med den somatiska vårdens 5 000 – 7 000 per månad. Enskilda patienters påverkan på månadsutfallen blir stor och gör linjen för vårdtid som utskrivningsklar mer varierad och med större amplituder i kurvans svängningar.

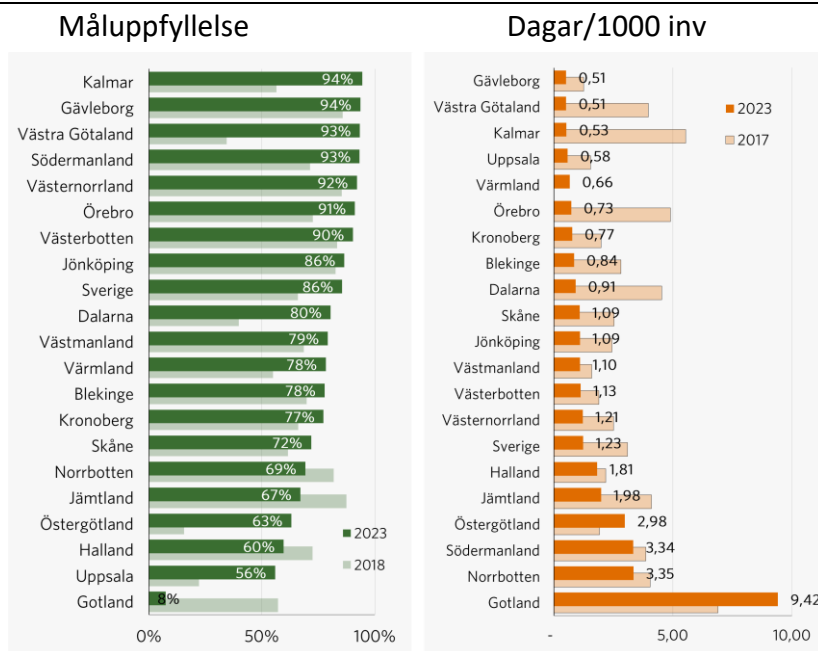
Diagram 21: Utfall i mätten över utskrivningsklara patienter jan 2017 – dec 2023, psykiatrisk slutenvård



Källa. SKR, Väntetidsdatabasen

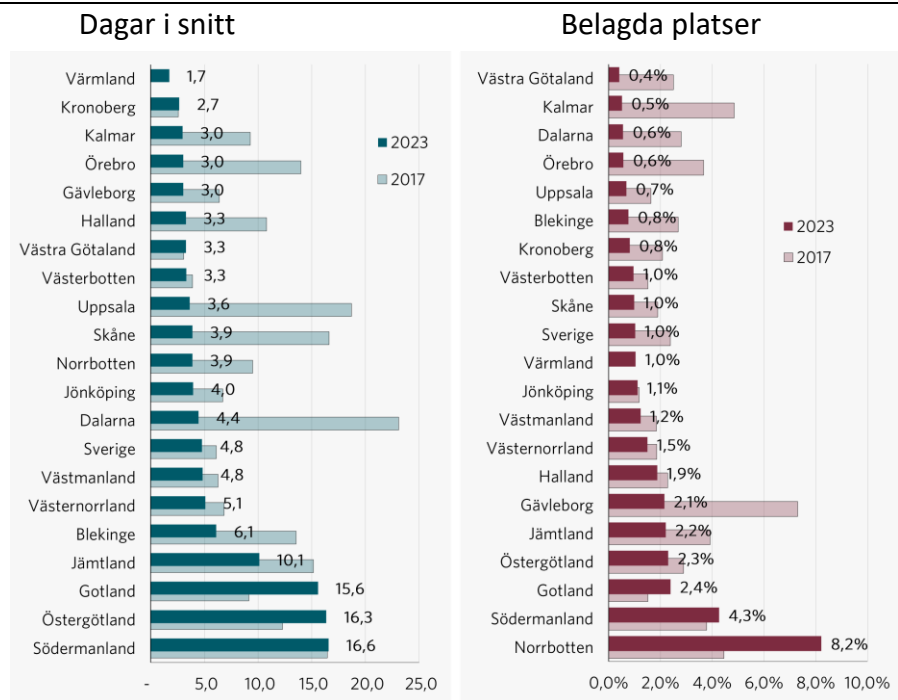
Datainsamlingen startade 2017 men det är först från 2018 som de är tillräckligt kompletta för att kunna användas för tillräckligt bra jämförelser över åren för alla indikatorer. Måluppfyllelse jämförs därför mot 2018 i stället för som för de övriga 2017.

Diagram 22a: Måluppfyllelse och Dagar/1000 inv psykiatri åren 2017/2018 och 2023



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

**Diagram 22b: Medelvårdtid som utskrivningsklar och andel belagda vårdplatser psykiatri
åren 2017 och 2023**



Källa: SKR, Väntetidsdatabasen

Nedslag i några län

Kalmars arbete med utskrivningsklara patienter

I Kalmar län finns en lång tradition av nära samarbete kring äldre mellan kommunerna och regionen. Den länsgemensamma ledningen har satt ett tydligt mål att åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst.

När nya lagen kom var grunden lagd med tillit och förtroende. Man har en tydlig överenskommelse med praktiska anvisningar för arbetet. Där finns följande gemensamma målbild för arbetet:

Genom ett tillitsfullt samarbete med den enskildes bästa i fokus bedriva en god och effektiv vård och omsorg där denne känner sig trygg och delaktig. Målet är att den enskilde så snart som möjligt ska kunna skrivas ut när sjukhusets resurser inte längre behövs. Målsättningen är noll utskrivningsklara dagar.

Den ekonomiska överenskommelsen är en genomsnittsmo­dell där debitering sker för de patienter som vårdats mer än tre dagar som utskrivningsklara om medelvårdtiden i kommunen överskrider 0,8 dagar. I den beräkningen av medelvårdtiden ingår patienter utskrivna dag 0 i nämnaren.

Samarbetet är välorganiserat med en tydlig struktur för gemensam uppföljning. Tre analysgrupper, en i varje länsdel, med representanter från slutenvården, öppenvården och alla kommuner träffas två gånger per termin. Förbättringsåtgärder sammanställs i en handlingsplan. Gruppen går även igenom avvikelser gällande samverkan mellan kommun och region. Analysgruppen återrapporterar handlingsplanerna till informationsöverföringsgruppen samt till länsdelsgrupper för chefer och ledare.

Underlag till analysgruppsmötena skickas ut månadsvis till respektive kommun och alla övriga deltagare. Underlagen innehåller utskrivningsklara dagar, antal SIP-planer, antal utskrivningsplaner och återinläggningar från somatisk och psykiatrisk vård.

Planerat utskrivningsdatum är ett förbättringsområde som tagits upp i analysgrupperna. Man har diskuterat vikten av att datumet är så träffsäkert som möjligt och justeras i god tid. Om datumet justeras ska man skriva en orsak. Olika förbättringsarbeten pågår, till exempel att sjuksköterskan på avdelningen ska fråga läkaren vid rondan om datumet stämmer eller behöver uppdateras.

En annan utmaning handlar om att hälsocentralerna ska hitta sin nya roll i utskrivningsprocessen. För att fördjupa samarbetet mellan kommun och hälsocentral för att tillsammans hitta effektiva förebyggande arbets­ sätt behövs tid, stöd och resurser. Diskussioner som pågår handlar om ansvars­ fördelning i hemsjukvården och hur man ska gå vidare med ”tröskelprincipen”. Man jobbar också med att hitta vägar

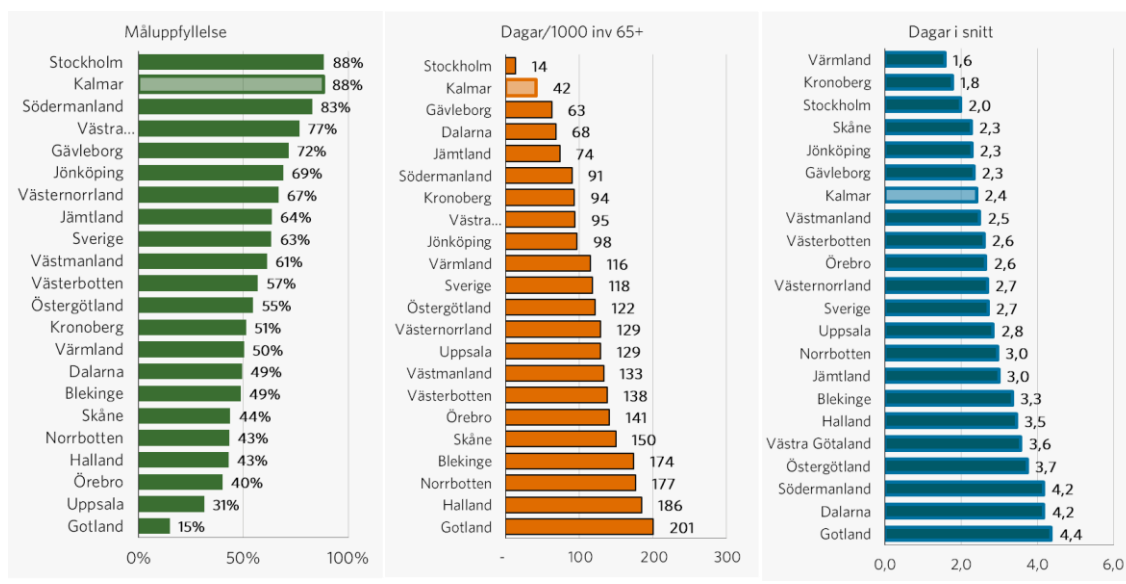
att koppla ihop arbetet med utskrivningsklara patienter med arbetet inom Nära vård. För att bli effektiv behöves en systemsyn där parallella arbeten undviks.

Framgångsfaktorer som identifierats handlar om en god samverkanskultur med tillit och förtroende som genomsyrar hela organisationen men också om en struktur för det gemensamma arbetet och följsamhet till rutiner. Alla arbetar mot det gemensamma målet att ingen patient ska vårdas på sjukhus i onödan. Kommunerna har tagit ett stort ansvar för att nå det gemensamma målet. Några kommuner har infört arbetssättet Trygg hemgång. Dagliga samverkansmöten mellan sjukhus och kommun samt veckovisa samverkansmöten mellan kommun och hälsocentraler har haft ett aktivt deltagande av alla aktörer. Planering för hemgång påbörjas redan vid inskrivning i slutenvården och kommunerna är redo att ta emot snabbt. 2018 valde regionen också att inom vårdvalet införa ett krav om vårdsamordnare på samtliga hälsocentraler. Extra resurser tillfördes till uppdraget.

Kalmars resultat har ända sedan start legat i topp vid jämförelser med andra län. 88 procent av patienterna skrivs ut samma dag och antalet vård dagar som utskrivningsklara för personer 65 år och äldre är näst lägst i landet. Man följer dessutom oplanerade återinskrivningar för åldersgruppen 65 år och äldre som ligger omkring 18 procent. Den nya utskrivningsprocessen har inte lett till fler återinskrivningar.

En erfarenhet man gjort är vikten av att fortsätta följa upp indikatorerna för att behålla det goda resultatet.

Diagram 23: Kalmars resultat i tre av indikatorerna över utskrivningsklara patienter



Källa. Väntetidsdatabasen

Region Kalmar är den enda av landets regioner som inte har fått kritik av Ivo för att man har för få vårdplatser. Nyckeln är bland annat samarbetet med kommunerna.

Uppföljning av patienternas upplevelser och erfarenheter

Redan 2016 genomförde landstinget och kommunerna i Kalmar län, med stöd av Linnéuniversitetet, en studie inom ramen för Nationella Patientenkäten avseende upplevelsen av vård och omsorg kopplat till återinskrivning på sjukhus bland äldre slutenvårdspatienter och deras anhöriga.

Riskgrupper för återinskrivning som identifierades var hög ålder (85+), stor sjukdomsburda, kognitiv svikt och många läkemedel. Dessutom såg man att återinskrivna patienter hade 40 procent ökad risk för undernäring mätt via riskbedömning i Senior alert.

Viktiga åtgärder för att minska risken för återinskrivning som identifierades var god information till såväl patient som närstående, möjlighet att vara delaktig och bli lyssnad på liksom samsyn kring lämplig dag för utskrivning. Att i tid identifiera äldre personer med risk för skörhet så att förebyggande och hälsofrämjande insatser kan erbjudas var också en slutsats.

Uppföljning har därefter skett 2019 av patientens upplevelser och erfarenheter i samverkan med Myndigheten för Vård och Omsorgsanalys och Nationell Patientenkät.¹⁸ Resultaten visade att en majoritet av patienterna upplevde att samordningen fungerade bra, att de kände sig trygga och hade möjlighet att vara involverade i planeringen.

2021 fortsatte man uppföljningen genom att en fråga lades till i Nationell Patientenkät. 83,4 procent upplevde att samordningen fungerar bra, vilket är 6 procent bättre än riket men kvinnor är mindre trygga än män.

Nära vård-säkrat förfrågningsunderlag i vårdvalet.

Region Kalmar har 1 juli 2023 infört ett nytt förfrågningsunderlag för Vårdvalet till Primärvård. Förfrågningsunderlaget består av två delar. Del ett innehåller skall-krav avseende grundläggande förutsättningar inom områdena kompetens och ansvar, tillgänglighet, administration och utrustning med mera. Tröskeln för att få bedriva primärvård ska vara hög. Denna del följs upp löpande. Del två är nytt och innehåller mjukare frågor inom områdena hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, personcentrerat förhållningssätt, kontinuitet, samordning och samverkan med mera. Fördjupad uppföljning sker i dialog med utföraren där man bland annat tar upp information från samverkanspartners och patientintervjuer.

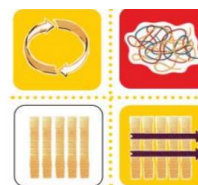
¹⁸ Vård- och omsorgsanalys, PM 2020:2 [Patienters upplevelser av samordningen av vård och omsorg efter slutenvård](https://www.vardanalys.se/rapporter/patienters-upplevelser-av-samordningen-av-varld-och-omsorg-efter-slutenvard/)
<https://www.vardanalys.se/rapporter/patienters-upplevelser-av-samordningen-av-varld-och-omsorg-efter-slutenvard/>

Modellen ger också stöd för prioritering av olika insatser:

- Rött = kritiskt
- Gult = bör utvärderas, används vid behov
- Vitt = ej centralt men kan vara relevant

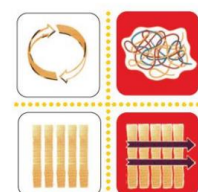
EXEMPEL: Vårdsamordnare

Samtliga vårdenheter ska ha minst en namngiven vårdsamordnare. Detta för att underlätta för patienter med komplexa behov och deras närstående.



EXEMPEL: Samordnad individuell plan

SIP ska användas som verktyg för de patienter där mer än en vårdaktör behöver kopplas in.



5 400 personer i Kalmar län bedöms tillhöra gruppen komplexa kroniska vårdbehov. De fördelar sig på 20 – 340 per hälsocentral. En förhoppning är att denna grupp bättre ska prioriteras för kontinuitet med den nya modellen.

Erfarenheter från Eskilstuna

Eskilstuna är den största av Södermanlands nio kommuner. Länet har sedan många år en väl etablerad samverkan mellan regionen och kommunerna. Bland annat finns en gemensam politisk nämnd. Länet var tidigt ute med att arbeta fram en ny länsövergripande överenskommelse kring samverkan vid utskrivning från sjukhus. Den ekonomiska modellen är en medelvärdesmodell där betalningsansvar inträder om det genomsnittliga antalet dagar i sluten vård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar under tre månader i följd. Denna situation har ännu inte inträffat.

Från nära kaos till succé

Eskilstuna Kommun har drygt 100 000 invånare. 250–300 patienter per månad hanteras genom utskrivningsprocessen vilket leder till cirka 160 biståndsplaneringar per månad.

Utgångsläget 2016 var 5–8 dagars väntetid för att få komma hem från sjukhuset. Som mest fanns 48 utskrivningsklara patienter på Mälarsjukhuset samtidigt. Tilliten mellan medarbetare från kommunen och regionen var låg. Kommunens personal tyckte att patienter blev utskrivningsklara för tidigt och regionens personal var irriterade över att kommunen utnyttjade möjligheten att vänta 5 dagar med att ta hem patienterna. Det fanns också konflikter kring betalningsansvar och fakturor.

I anslutning till införandet av samverkanslagen bestämde sig politiker och ansvariga chefer från båda huvudmännen för att tillsammans välja en annan väg. För att bygga tillit satsade man på information och dialog med bred representation från verksamheterna för att nå en gemensam bild av viktiga begrepp som utskrivningsklar och hemgångsklar. En gemensam styrgrupp tillsattes. Flödeskartläggningar av interna processer genomfördes liksom förändringar i struktur, roller och processer. Nya funktioner som tillsattes var koordinatörer på sjukhuset och i kommunen med mandat, utskrivningsledare på sjukhuset och utskrivningssamordnare på avdelningarna. Regelbundna avstämningar och löpande dialog prioriterades liksom chefsansvaret i kommunen. *Om en patient inte ska tas hem samma dag den bedöms som utskrivningsklar är det ett chefsbeslut.*

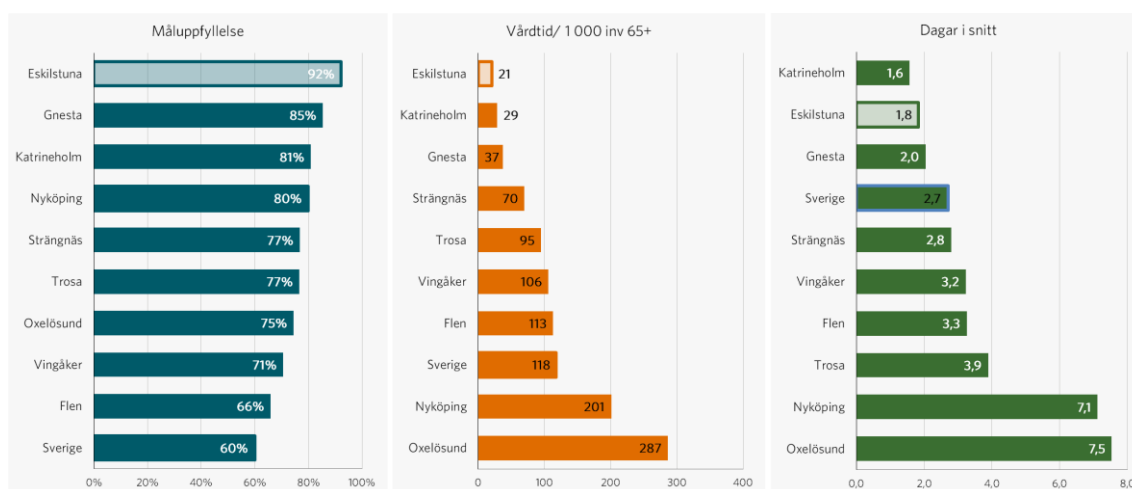
I januari 2018 började man tillsammans granska ärenden där patienten blivit kvar tio dagar eller mer. Ganska snabbt lämnade man detta eftersom det inte fanns några ärenden att granska. Man övergick till att granska 3 dagar eller mer för att i december samma år övergå till att diskutera de ärenden där patienten blivit kvar en dag eller mer. Från en initial retroaktiv uppföljning flyttades fokus till aktuella inneliggande patienter och hur de ska kunna komma hem. Alla som saknade en tydlig plan identifierades. Man kom överens om att var och en har ansvar för sin del i processen och skapade en samsyn kring tolkning av olika situationer samtidigt som man hjälptes åt.

Resultatet efter 2 års arbete blev att konflikterna försvann samtidigt som medelvårdtiden som utskrivningsklar minskade till 1,74 dagar. Det fanns tomma sängplatser på sjukhuset för patienter med behov av slutenvård och överbeläggningarna hade minskat.

På kommunsidan hade man initialt samma antal korttidsplatser och Säbo-platser som tidigare samtidigt som hemtjänst och hemsjukvård expanderade. Under långhelger gick kommunens biståndsbedömare in och planerade vissa dagar. Mellan år 2021 och 2022 minskade kommunen antalet korttidsplatser från 54 till 20. Under år 2021 tillkom cirka 40 permanenta boendeplatser och under 2022 och 2023 ytterligare 119 nya platser.

Antalet vårddagar på sjukhus för utskrivningsklara patienter från Eskilstuna kommun har efter detta förändringsarbete legat stabilt lågt. Kommunen och regionen har fortsatt fördjupa sitt samarbete på olika sätt. 2023 skrevs 92 procent av patienterna ut samma dag de bedömdes som utskrivningsklara. Medelvårdtiden som utskrivningsklar var 1,8 dagar och antalet vårddagar som utskrivningsklar per 1 000 invånare 65 år och äldre var mycket lågt. I december månad 2023 redovisades en total medelvårdtid som utskrivningsklar på 0,54 dagar där somatisk vård hade 0,18 dagar.

Diagram 24: Kommuner i Södermanland – utfall i indikatorer över utskrivningsklara



Källa: Vëntetidsdatabasen

Intensiv hemrehabilitering (IHR)

Eskilstuna kommun insåg tidigt behovet av att införa nya arbetssätt för att kunna möta utmaningen med fler äldre i samhället. 2015 startade man ett arbete med rehabilitering i hemmet, kallat intensiv hemrehabilitering (IHR) som ett forskningsprojekt i samarbete med Mälardalens universitet.

Med inspiration från Fredericia i Danmark erbjöds personer som fick hemtjänst för första gången eller som av hemtjänsten bedömdes ha rehabiliteringspotential insatsen IHR i hemmet med stöd av ett multiprofessionellt team. I teamet ingick initialt undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterska, beteendevetare och biståndsbedömare. Målsättningen var att hjälpa personer till ökad självständighet med minskat eller inget behov av hemtjänst eller flytt till särskilt boende.

Såväl kvalitativa som kvantitativa utvärderingar gjordes av insatsens effekter på brukare, medarbetare och verksamhet. Brukare som fått insatsen jämfördes med en kontrollgrupp som fick ordinarie hemtjänstinsatser.

Resultaten i utvärderingarna var mycket positiva. För brukare som fick del av IHR sågs redan efter tre månader en minskning av antalet hemtjänsttimmar jämfört med kontrollgruppen. Ett år efter avslutad insats hade personer 65–75 år som fått IHR i genomsnitt sex timmar hemtjänst per månad medan kontrollgruppen hade 45 timmar per månad. De som fick insatsen hade också 17 procent lägre behov av särskilt boende för äldre (Säbo) än kontrollgruppen. De observerade positiva effekterna sågs för alla åldersgrupper men minskade med stigande ålder.

IHR har således visat sig ge stor effekt vad gäller äldres möjlighet att stärka och bibehålla sin självständighet. Inom målgruppen 65–94 år har behovet av hemtjänst minskat med 89 procent.

Till följd av de goda resultaten permanentades verksamheten 2017 lagom till den nya samverkanslagen. Bemanningen har därefter förändrats. Det finns idag två team med totalt 32 medarbetare varav 25 undersköterskor, tre arbetsterapeuter, tre fysioterapeuter och en distriktssköterska på halvtid. Idag har man inga särskilda biståndshandläggare i teamet.

Det finns en tydlig uppgiftsfördelning och ett tydligt samarbete mellan professionerna i teamet. Undersköterskorna utgör en central del i rehabiliteringen då de kan identifiera vad som motiverar brukarna och lägger stort fokus på att hjälpa brukare att utföra uppgifter på egen hand. Arbets- och fysioterapeuter utformar själva rehabiliteringsplanen, är med under den aktiva träningen och bedömer vilka hjälpmedel brukaren behöver. Biståndshandläggaren identifierar brukare som kan gagnas av insatsen samt bedömer brukarens behov av omsorgsinsatser efter att rehabiliteringen avslutats. Distriktssköterskan är knutpunkten till övriga vård- och omsorgsinsatser som koordineras runt brukaren.

Medarbetarna har under arbetets gång kunnat tillgodogöra sig kunskap från andra professioner samtidigt som de har utvecklats i sin egen kompetens. Att teamets professioner är samlokaliserade, träffas ofta och har förtroende för varandra är framgångsfaktorer.

Brukarresan och projektet Självtändiga äldre

Eskilstuna kommun har valt att fortsätta arbeta utforskande med designmetodik för att utveckla ett mer proaktivt och hälsofrämjande arbetssätt. Det handlar om två olika arbeten, först Brukarresan 2021–2022 som genomfördes i Eskilstuna Kommun och sedan Självtändiga äldre 2023 i samarbete mellan kommunen och regionen.

Brukarresan syftade till att få mer kunskap om äldre, multisjuka personers upplevelser av resan från hemmet till vård på sjukhus och sedan hem igen med utökat stöd. En blandning av intervjuer och workshops genomfördes. Det blev en aha-upplevelse för vårdpersonalen att byta perspektiv. Man identifierade två olika behovsgrupper: Nybörjaren och Återvändaren. Återvändaren är bekant med systemet och för dem fungerar det bra och ”glappet” vid hemgång är litet. Annat är det för nybörjaren som inte har tidigare erfarenheter. För dem finns ett betydligt större behov av information för att utskrivningen ska fungera väl.

Brukarresan kan delas in i olika delprocesser:

Vägen in i vården – Inne på sjukhuset – På väg hem – Hemma igen – På väg till vården.

Väl inne i vården fungerar det bra såväl inne på sjukhus som hemma. Det är ”mellanrummen” som innehåller mycket oro. Väntan och brist på information upplevs negativt. Utvecklingsområden som identifierades var kost, rehabilitering, social samvaro och organisatoriska glapp.

Efter avslutad brukarresa tog kommunen tillsammans med regionen arbetet vidare i projektet Självtändiga äldre. Det syftade till att stödja äldre, multisjuka personer till ett större oberoende. Tillvägagångssättet var likartat med semistrukturerade intervjuer med personer som lever med stöd från vården och omsorgen och workshoppar där medarbetare från vården, omsorgen och pensionärsråd deltog. Alla intervjuade hade en fast läkarkontakt.

Fyra områden undersöktes utifrån perspektivet självständighet: mat och måltid, motion och motorik, meningsfull fritid och social samvaro samt mitt professionella möte.

Mat och måltid visade sig vara så mycket mer än näringsintag och ätande. Att själv välja mat och att kunna handla sin egen mat är viktiga byggstenar i ett självständigt liv.

Många ägnade sig åt vardagsmotion men såg det inte som träning utan oftare som något man gör för att må bra, för att komma ut, för att träffa människor eller för att handla. Rollatorn är ett frihetsverktyg.

Förändringar i förmåga leder till frågor om vad som är viktigt och meningsfullt. Vissa intervjuade ger upp och finner sig i att leva begränsat, andra accepterar sin situation och hittar sätt att fortsätta att leva och aktivera sig, även om kroppen och sinnet stretar emot. Hjälpmedel uppskattas och används, men det finns osäkerhet kring vilken hjälp som finns att få. Vårdpersonal ställer sällan frågor om meningsfullhet.

Många skulle bli hjälpta av en tydligare introduktion till sitt nya liv, vad de kan förvänta sig, vart de ska vända sig med frågor, hur uppföljning av insatserna ska gå till. Har man hjälp av anhöriga kan de också behöva en introduktion för att kunna hjälpa på bästa sätt. Kontinuerlig kontakt med samma vård- och omsorgsgivare verkar leda till ökad trygghet och en bättre möjlighet att hantera livsförändringar.

Insikter som gjorts under arbetet:

- För nybörjaren ändras hela livet. Även den vana är ibland nybörjare
- Att hitta rätt bland tjänsterna är svårt utan karta eller guide
- Konflikt mellan insatsutförande och relationsbyggande hindrar kunskaps- och informationsflöden
- Hemtjänsten - en outnyttjad kunskapsbärare
- Meningen med livet kräver mening i livet

SPOT i Västernorrland

Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam, SPOT, i Västernorrland är ett mobilt psykiatriskt team verksamt på tre platser inom Region Västernorrland. SPOT möjliggör för målgruppen att få stöd och hjälp hemma, i stället för att behöva vara på en vårdavdelning.

I Västernorrland finns slutenvård för psykiatri i Sundsvall som ligger i södra delen av länet. Dit är det långa avstånd från norra länsdelen, exempelvis 20 mil enkel väg från Örnsköldsvik.

SPOT startade i Kramfors/Sollefteå i september 2017 till följd av brist på sjuksköterskor inom specialistpsykiatrins slutenvård. I stället för slutna psykiatrisk vård skulle patienterna få psykiatrisk hemsjukvård med läkartillgång, hög kontinuitet och ett välfungerande team. Målet var att minska behovet av slutenvård och att förkorta vårdtiderna på sjukhus.

SPOT är ett mobilt team som består av personal som kan komma hem till patienten utifrån personens behov av psykiatrisk vård. Teamet tjänstgör alla dagar i veckan, även röda dagar 07:00-21.30 och helger 08:00 – 21:00. Teamet erbjuder kontaktpersoner för kontinuitet, en sammanhållen vårdkedja, snabba uppföljningar vid utskrivning från slutenvården och snabb uppföljning vid försämring från öppenvården. Personalen kan koppla upp läkare på distans och även erbjuda digital samtalsbehandling när det är lämpligt.

Målgruppen är patienter som bedöms ha behov av en tätare och mer intensiv kontakt med vården än vad ordinarie psykiatrisk öppenvård kan ge, utan att patienten bedöms vara i behov av slutenvård. Man jobbar med alla diagnoser och har möjlighet att bemanna teamen efter patienternas individuella behov.

Resultaten är goda. Den nya vårdformen har medfört att vården når ut till fler personer samtidigt som behovet av slutna psykiatrisk vård såväl i antal vårdtillfällen som i vårdtid har minskat. Det har även skett en minskning av psykiatrisk tvångsvård via LPT.

Teamen möter i dag 60–122 patienter vid varje ort. Positivt är närhet, hög tillgänglighet, bättre delaktighet, möjlighet till behovsanpassning, bättre anhörigkontakt och en bättre helhetsbild. Enkäter har visat att patienterna är nöjda.

Vinster för patienten är att kunna vara kvar i sin trygga hemmiljö med vardagssysslor och rutiner och samtidigt få behandling i sitt eget hem, eller i dagsjukvård, även vid en psykisk försämring. Anhöriga och närstående blir delaktiga i behandlingen och kan få stöd. Bemötandet blir medelpunkten för insatsen och personalen kan lättare få en uppfattning om patientens hela livssituation. Vårdplaneringen blir bättre när anhöriga och närstående kan vara delaktiga. Snabba behovsanpassade insatser och möjlighet att förstärka insatsen under en period är en annan fördel.

Fördelar för personalen är att de får använda sin psykiatrikompetens och utvecklas i sin yrkesroll. Teamarbetet är omväxlande och självständigt samtidigt som man handleder varandra. Personalomsättningen är låg och sjukskrivningar har minskat samtidigt som det har blivit lätt att rekrytera till lediga tjänster. Personalenkäter visar ett gott resultat och arbetet upplevs som meningsfullt.

Till följd av de goda resultaten har breddinförande skett till Örnsköldsvik i februari 2021 och till Sundsvall årsskiftet 2022/2023. Slutenvårdsavdelningar med 10–14 vårdplatser har stängts.

Arbets sättet har uppmärksammats i andra delar av landet. Flera län har redan infört arbets sättet eller är på väg att starta.

Resultat av SPOT

Försök att i den ackumulerade statistiken hitta effekter av projekt av den här typen kommer ofta på skam. Om åren 2018 och 2023 jämförs är minskningen av vård dagar med utskrivningsklara patienter i Västernorrlands 65 procent jämfört mot 51 procent för resten av landet. Här är de för att vara tydliga räknade per 10 000 invånare.

Tabell 5: Antal vårdtillfällen och dagar med utskrivningsklara patienter för Västernorrland och alla övriga län 2018–2023, per 10 000 invånare

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Vårdtillfällen utklara alla	30	23	20	21	20	20
Dagar utklara alla	193	121	92	89	97	94
Vårdtillfällen utklara Västernorrland	44	37	28	27	23	24
Dagar utklara Västernorrland	637	268	220	166	158	222

Källa: Väntetidsdatabasen

Ett viktigt skäl till att statistiken här är svårtolkat är att det är nästan omöjligt att visa på effekter i form av minskningar av vårdkonsumtionen, alltså utebliven sluten vård. Frigjord kapacitet brukar snabbt bli använd till annat. Det som i vart fall kan sägas är att under perioden 2018 till 2023 har antalet disponibla vårdplatser i Västernorrlands psykiatri kunnat minskas från 91 till 54 eller med 40 procent. I Sverige totalt har antalet disponibla vårdplatserna inom sluten psykiatrisk vård minskat från 3 180 till 2 618 eller med 18 procent.¹⁹

¹⁹ Källa: SKR Väntetidsdatabasen

Uppföljning av patienternas upplevelser och erfarenheter

Den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från sjukhus har lett till att vårddagarna på sjukhus för personer med behov av fortsatt vård och omsorg efter utskrivning minskat kraftigt på kort tid. Att följa upp patienternas upplevelser och erfarenheter av den nya utskrivningsprocessen har därför varit en viktig uppgift.

Telefonuppföljning med stöd av Webbkollen

Att svara skriftligt på ett stort antal frågor passar inte alla. Sjuka och sköra personer orkar inte alltid fylla i enkäter med många frågor. Att bli uppringd från vården under första veckan efter utskrivning är ett alternativ som är mycket uppskattat av patienterna.

Webbkollen (numera Vård- och omsorgskollen)²⁰ är ett verktyg med intervjufrågor som ställs till patienterna vid telefonsamtal och som sedan sammanställs på automatisk väg. Möjlighet finns att följa upp resultaten på olika nivåer som verksamhet, kommunal, regional och nationell nivå.

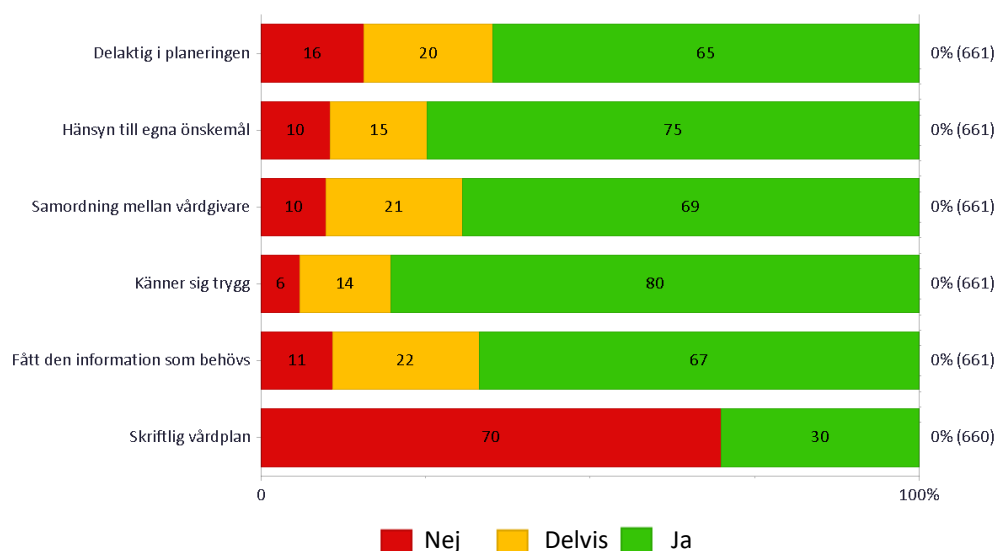
Länen genomförde en samordnad uppföljning utifrån 8 frågor vid två tillfällen i november 2020 och 2021. Totalt ringdes 783 patienter från 14 län upp. Dalarna, Södermanland och Kronoberg var mest aktiva.

Följande frågor ställdes:

- Känner du att du har varit delaktig i planeringen av din fortsatta vård och omsorg så mycket som du själv känner att du kan och vill?
 - Fungerar samordningen mellan dina olika vård och omsorgsgivare?
 - Känner du dig trygg med din vård och omsorg?
 - Tog personalen hänsyn till dina önskemål och hem/familjeförhållanden när din fortsatta vård och omsorg planerades?
 - Känner du att du fått den information du behöver för din fortsatta vård och omsorg?
 - Har du en skriftlig plan (SIP eller annan plan)?
- * = endast alternativen Ja & Nej

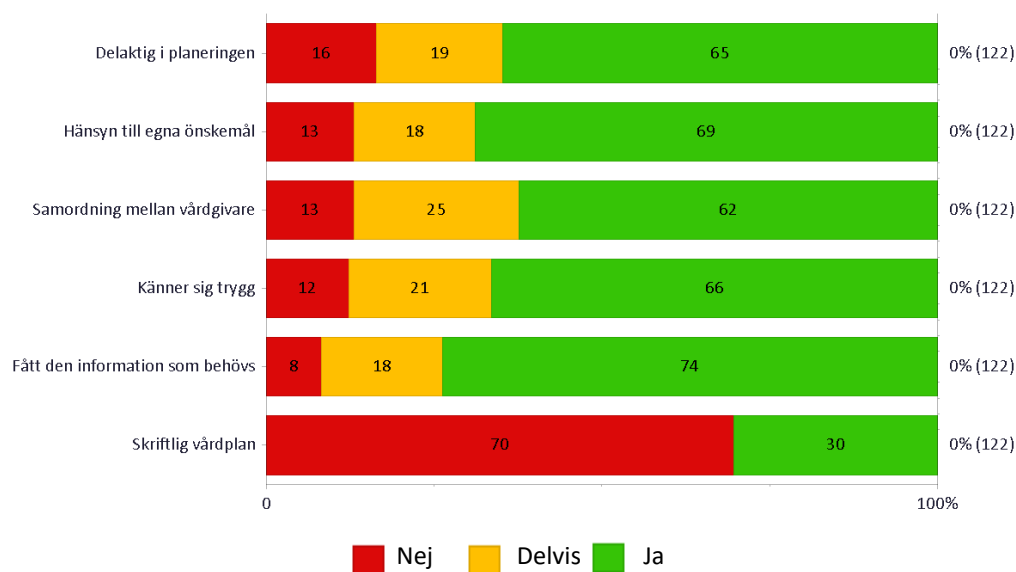
²⁰ SKR och Quicksearch, [Vård- och omsorgskollen](https://vardochomsorgskollen.se/index.html)
<https://vardochomsorgskollen.se/index.html>

Diagram 25: Resultat för somatisk vård 2021 och 2022



Källa: Vård och omsorgskollen

Diagram 26: Resultat för psykiatrisk vård



Källa. Vård- och omsorgskollen

70 procent av patienterna inom psykiatri och 48 procent inom somatiken hade en fast vårdkontakt. Skriftlig individuell plan fanns i 30 procent.

87 procent av patienterna inom psykiatri och 94 procent inom somatiken kände sig trygga eller delvis trygga med sin vård och omsorg.

Den lilla grupp som kände sig otrygga saknade i 87 procent en vårdplan och var mer missnöjda med information, delaktighet, samordning och hänsyn till personliga önskemål än den majoritet som upplevde sig trygga.

Kommentar från en uppringande personal:

Jag har ringt alla samtal och det har varit ett sant nöje. Det har tagits emot väl att bli uppringd. En sak som jag slagits av är att många känner sig trygga med sin vård och omsorg trots avsaknad av planer, fast vårdkontakt och ibland delaktighet. Anhöriga är mycket viktiga liksom hemtjänsten. Så har jag också fått många positiva omdömen om vården. Det är relativt många som uttrycker sin nöjdhet med vården. Det har vi ju inte frågat om direkt men det kommer spontant. Det finns många änglar i vår verksamhet.

Uppföljning av utskrivning från sjukhus via Vård-och omsorgskollen i Halland

Halland har 6 kommuner. Efter 5 år med Trygg och effektiv utskrivning från sjukhus ville man följa upp om arbetssättet var tryggt för patienten. Under mars och april 2023 genomfördes en uppföljning med Vård- och omsorgskollen som en telefonintervju tre till sju dagar efter utskrivning från slutet somatisk vård i länet. De intervjuade var patienter som deltagit i en utskrivningsplanering eller en SIP under vårdtiden och som återgick till ordinärt boende. Patienter som erhöll en korttidsplats eller ett särskilt boende exkluderades. Totalt 79 patienter deltog i mätningen (26 tackade nej).

Resultat:

- 8 av 10 fick den hjälp de behövde när de kom hem
- 9 av 10 vet vart de ska vända sig med eventuella frågor
- 8 av 10 har en fast vård och omsorgskontakt
- 9 av 10 känner sig trygga med sina vård och omsorgskontakter
- 5 av 10 uppger att de får träffa samma person i hemmet
- 6 av 10 har en överenskommelse eller planering av sin vård och omsorg
- För 5 av 10 framgår det i överenskommelsen/planen vad man själv kan göra för sin hälsa
- 8 av 10 upplever att det som är viktigt för hen tas tillvara i mötet med vård och omsorgskontakten

Slutsatsen från uppföljningen är att patienterna är övervägande positiva till upplevelsen kring utskrivning från slutenvården, men det finns också förbättringsområden. Utifrån resultatet ses ett behov av att stärka invånarens delaktighet - att veta nästa steg. Andra förbättringsområden som identifierades var att roller och ansvar behöver förtydligas och att planer behöver bli bättre och visualiseras. Fast vård- och omsorgskontakt och ett telefonnummer som man kan ringa till efter utskrivning är också viktigt för dessa patienter.

Lärdomar från genomförd uppföljning gör att Halland som en del i uppföljningen av utskrivningsprocessen våren 2024 inför kontinuerlig mätning i samband med utskrivning. Detta för att säkerställa att patientens upplevelser fångas och beaktas över tid.

Telefonuppföljning efter utskrivning från sjukhus i Örebro län

I Örebro län har regionen och kommunerna enats om en struktur där patienter som skrivs ut i processen för sammanhållen vård och omsorg ringer upp 3–7 dagar efter utskrivning med stöd av Vård- och omsorgskollen. Det är vårdsamordnaren på vårdcentralen som ringer. Patienterna uppskattar samtalet vilket gör uppgiften lätt för personalen.

Syftet är i första hand att skapa trygghet, men också att fånga upp och åtgärda problem samt identifiera samordningsbehov. Dessutom fås ett underlag för förbättringsarbete.

Fyra frågor har valts ut för uppföljning:

- Känner du dig trygg med dina vård -och omsorgskontakter?
- Upplever du att det som är viktigt för dig tas tillvara i möte med vård och omsorgen?
- Har du en överenskommelse eller en plan av din vård och omsorg?
- Vet du till vem du ska vända dig med eventuella frågor efter din utskrivning?

Resultat finns från 542 samtal. I 185 fall (34 procent) fick samordnaren hjälpa patienten med någon form av kontakt, i 294 fall (54 procent) blev patienten hänvisad vidare exempelvis till biståndshandläggare eller hemsjukvård. I 63 fall behövdes ingen åtgärd (12 procent).

Fritextkommentarer är särskilt värdefulla. Några exempel:

- *Jag vill nog klara mig mer självständigt än vad ni vill i vården att jag ska göra. Men det är väl för att ni bryr er...*
- *Är mycket positiv till att man ringer upp, är glad för det.*
- *Känns bra att bli kontaktad så här efter att jag kommit hem och att jag nu har en kontakt att vända mig till när jag behöver hjälp och stöd.*

Patientens egen berättelse i samband med utskrivning från sjukhus

En magisteruppsats från Mittuniversitet 2020 utforskar patientens egen berättelse vid utskrivning från sjukhus. 9 patienter gav sin berättelse, 8 kvinnor och 1 man i ålder 36–95 år.

Man fann 5 viktiga indikatorer:

- Ett gott bemötande
- Att bli lyssnad på
- Att vara informerad
- Att vården ”klaffar”
- Att få vara delaktig

Detta är generellt viktigt. Ålder, sjukdom eller fortsatta vårdbehov spelar ingen roll. Alla har samma behov.

Myndigheternas uppföljning av utvecklingsarbetet

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har följt upp utvecklingsarbetet med införandet av den nya lagstiftningen i tre rapporter:

På väg, 2018. Delrapport om genomförandet av lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården <https://www.vardanalys.se/rapporter/pa-vag/>

Laga efter läge, 2020. Uppföljning av lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården <https://www.vardanalys.se/rapporter/laga-efter-lage/>

Patienters upplevelser av samordningen av vård och omsorg efter slutenvård, 2020

Ett metodförslag för uppföljning samt resultat från en pilotstudie.

<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2020/10/PM-2020-2-Patienters-upplevelser-av-samordningen-av-v%C3%A5rd-och-omsorg-efter-slutenv%C3%A5rd.pdf>

Diskussion

Var ödmjuk vid tolkning

Denna rapport innehåller rikligt med data som medger jämförelser mellan kommuner och regioner. Tolkning behöver ske med stor ödmjukhet beroende på de skilda förutsättningar som råder på lokal nivå. Förhoppningsvis kan skillnader i resultat leda till bra dialoger kring regionernas och kommunernas fortsatta gemensamma arbete och vara en hjälp för att förstå vad som behöver göras lokalt för att resultaten ska förbättras.

Samarbete är A och O

Den viktigaste framgångsfaktorn för en effektiv utskrivningsprocess är en god samverkan och ett välfungerande samarbete i vardagen mellan huvudmän, vårdgivare, verksamheter och vårdens olika personalgrupper. Kunskap om hur samverkan byggs och förvaltas behöver finnas.

Samverkan underlättas av förtroende, vilket i sin tur byggs upp gradvis i sociala relationer. Mötesplatser med bred representation från verksamheterna behövs för att bygga tillit och få en gemensam bild av det gemensamma målet och vägen dit.

Implementering ”top-down” är sällan framgångsrikt. Förändringsarbetet behöver i stor utsträckning ske ”bottom-up”. Att arbeta fram överenskommelser och riktlinjer är viktigt men inte tillräckligt för att samverkan ska uppstå. Detta kan ske först när medarbetare nära verksamheten involverats. Avtal och överenskommelser på övergripande nivå har begränsad effekt om de som berörs inte själva är överens och övertygade om att samverkan är nödvändig för att lösa den gemensamma uppgiften. Om vårdpersonal som berörs redan är överens och övertygade kan det tvärtom räcka med att avtal och överenskommelse ger stöd och tar bort hinder, snarare än att man behöver detaljreglera hur samverkan ska ske.

Samverkan och samarbete fördjupas ofta genom olika faser. Efter en initial period av optimism hamnar samverkan inte sällan i en kritisk period då konflikter uppstår och åsiktsskillnader bryts som man måste ta sig förbi. Omtag behövs ibland då man får gå tillbaka och påminna om grunderna och syftet med samarbetet. Med stöd av moget ledarskap kan det sedan ske en vidareutveckling och fördjupning av samarbetet så att de nya arbetssätten blir det ”nya normala”.

Samverkan blir aldrig färdig utan måste hela tiden underhållas.

Vilja, beslutsamhet och struktur för systemledning

Gemensamt för Kalmar län och Eskilstuna kommun är den nollvision som högsta ledningen använt i sin kommunikation. ”Målsättningen är noll utskrivningsklara

dagar” i Kalmar respektive ”Om en patient inte ska tas hem samma dag hen bedöms som utskrivningsklar är det ett chefsbeslut” i Eskilstuna.

Såväl i Kalmar som i Södermanland finns sedan många år en struktur för samverkan mellan regionen och kommunerna. Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård är gemensam för Region Sörmland och länets nio kommuner. Nämnden följer bland annat upp och föreslår utveckling av samverkansmöjligheter till huvudmännen inom de gemensamma målgrupperna, barn och unga som behöver särskilt stöd, riskbruk, missbruks- och beroendevård, äldre, personer med funktionsnedsättning och personer med psykisk ohälsa och sjukdom. I Kalmar län finns också en struktur för samverkan; Läns-gemensam ledning i samverkan inom socialtjänst och angränsande område hälso- och sjukvård samt skola. Som ett led i utvecklingen av Nära vård har respektive fullmäktige i Kalmar läns kommuner och region under hösten 2023 tagit beslut om ”Läns-gemensam målbild och strategi för Nära vård för Region Kalmar län och länets 12 kommuner” samt ”Gemensam arbetsprocess för omställning till nära vård”.

Uppföljning är centralt för ett långsiktigt gott resultat

Det har skett en stor avinstitutionalisering av vård och omsorg för äldre de senaste 40 åren. Långvård och ålderdomshem har ersatts av särskilda boenden, Säbo. Nästan två tredjedelar av de somatiska korttidsplatserna på sjukhus har försvunnit. Socialtjänst till äldre har minskat samtidigt som hälso- och sjukvård i hemmet ökat kraftigt. Denna utveckling har i grunden varit bra och gått hand i hand med en kraftigt förbättrad folkhälsa bland äldre i befolkningen. ”70 har blivit det nya 50”.

Det finns god kunskap om verksamheten på sjukhus. Diagnoser, besök och vårddagar liksom belastning i form av överbeläggningar och utlokaliseringar följs upp på ett likartat sätt i hela landet. När det gäller vården i hemmet har det saknats en enhetlig nationell uppföljning. Kunskap om utvecklingen inom vården i hemmet har därmed varit mer fragmentarisk. Två huvudmän delar på ansvaret vilket ytterligare försvårar analyser på systemnivå.

De senaste åren har Socialstyrelsen börjat samla in uppgifter om kommunernas hälso- och sjukvård på individnivå. I Lägesrapporten för 2024 Vård och omsorg för äldre presenteras en stor mängd data kring såväl socialtjänst som kommunernas hälso- och sjukvård för äldre. Tyvärr saknas ett systemperspektiv då dessa oftast äldre, sköra och sjuka personer samtidigt konsumerar mycket vård på sjukhus. För att bedöma om de nya arbetssätt som introduceras inom ramen för utvecklingen av Nära vård leder till en effektivare vård skulle data kring vårdkonsumtionen på sjukhus bland personer som bor i Säbo eller har hemsjukvård vara viktig information. Socialstyrelsen har idag ensamrätt på att göra de samkörningar av data som skulle behövas. Den uppgift som redovisas är dödsplatsen för personer inom den kommunala äldre-vården. Patienter

med hemsjukvård avlider i cirka 40 procent på sjukhus medan personer i Säbo endast i cirka 15 procent dör på sjukhus.

Avsaknaden av nationell uppföljning har bidragit till den stora variation som idag finns i landet kring arbetssätt, resurser och innehåll i vården som ges till sjuka och sköra personer i hemmet. Många exempel finns på att det är möjligt att på ett effektivt sätt ge äldre personer en god och säker vård i hemmet.

Proaktiva arbetssätt behöver få en bredare spridning

Ett viktigt perspektiv i utvecklingen av Nära vård är ett proaktiv förhållningssätt. Möjligheterna att ge patienter stöd och hjälp i hemmet har ökat. Mobila team som det akutpsykiatriska teamet SPOT i Västernorrland blir ett komplement till den ordinarie öppna vården. Trygg hemgång och intensiv hemrehabilitering, IHR, i Eskilstuna är andra exempel på hur tidiga och kraftfulla insatser kan bidra till självständighet och livskvalitet samtidigt som ett långvarigt vårdberoende förebyggs.

Dessa exempel behöver få en bred spridning i hela landet för att äldre ska kunna leva ett tryggt och självständigt liv utan att i onödan behöva vistas på sjukhus.

Framgångsfaktorer

En ny tydlig lagstiftning som var välförankrad och efterfrågad samtidigt som det fanns en enighet mellan kommuner och regioner om vikten av förändring var en bra början. SKR sökte och fick statliga stimulansmedel för införandeprocessen och skapade snabbt mötesplatser för erfarenhetsutbyte på nationell nivå för kommuner och regioner. Huvuddelen av de statliga stimulansmedlen riktades till länsnivån som gemensamma stimulansmedel. Medlen har använts i samverkan och bidragit till regional och lokal samverkan. Den önskade förändringen var mätbar och indikatorer fanns. Data som kunnat visualiserats på Väntetider i vården har följts upp nationellt månadsvis, något som givit möjligheter till jämförelse över tid med sig själv och med andra.

På regional och lokal nivå har vilja och beslutsamhet från den gemensamma styrningen och ledningen i länet skickat viktiga signaler till vårdens medarbetare. En bra struktur för samarbete över huvudmannagränser har hållit ihop arbetet regionalt och särskilt underlättat arbetet på lokal nivå. Att arbeta ”top-down” med vad som ska åstadkommas, exempelvis gemensamma riktlinjer och ”bottom-up” med hur de lokala lösningarna formas har varit framgångsrikt.

Ett personcentrerat förhållningssätt och att utgå från patientens hela behov i utskrivningsprocessen är det synsätt som leder till de bästa och effektivaste lösningarna för den gemensamma patienten/brukaren. Tillsammans med proaktiva, strukturerade arbetssätt har goda resultat kunnat uppnås.

A och O är en god samverkanskultur på alla nivåer från högsta politiska ledning till de olika yrkesgrupper som bidrar i teamet. Där ingår ofta även personen själv och dennes närstående. Goda relationer och en struktur för samarbetet underlättar men uppstår inte utan arbete. Ju mer kunskap man har om varandra desto bättre blir dialogen.

Nya yrkesroller har tillkommit framför allt olika typer av samordnare och koordinatörer. Dessa finns regionalt men också på lokal nivå på sjukhusen, på vårdcentraler och inom äldreomsorgen.

Det är viktigt att ha koll på helheten för att inte tappa fart. Uppföljning på regional och lokal nivå runt varje sjukhus har skett kontinuerligt varje månad och vid behov oftare. Analyser som gjorts i samverkan kring frågeställningar om varför patienten blev kvar på sjukhus har lett till bra dialoger. Detta har bidragit till fortsatt arbete med kvalitet och inte enbart med siffror.

Utmaningar

Utmaningar som uppmärksammas är spänningsfältet mellan att samarbeta för patientens och vårdsystemets bästa samtidigt som det finns behov av att tydliggöra gränser och dela upp vem som gör vad. Linjeorganisationerna är starka och bidrar till revirtänkande och stuprörsekonomi. Denna problematik är inte ny utan finns inom alla former av samverkan.

Specifikt för samverkanslagen har varit svårigheten att bedöma utskrivningsdag i förväg för sjuka och sårbara personer med små marginaler. För kommunernas del har ändrade datum för när patienten blir utskrivningsklar medfört stora olägenheter. Någon enkel lösning finns inte utan det handlar om att ha goda rutiner för kommunikation mellan parterna.

Bedömningen av när en patient är utskrivningsklar ska enligt lagstiftningen vara ett medicinskt beslut som fattas av läkare. I praktiken finns inte sällan olika uppfattningar i teamet kring var patienten får den bästa vården. Tillgång till kompetens i den öppna vården liksom brist på vårdplatser på sjukhuset är faktorer som spelar roll för hur beslut fattas.

Dokumentation och IT-stöd är viktigt att ha på plats. Att använda samma journalsystem underlättar samarbetet. När en ny lag kommer är det mycket hjälpsamt om de nya arbetssätten har IT-stöd och är digitala.

Förbättringsförslag från patienter handlar om behov av enkla kontaktvägar, bättre information och önskan att få vara delaktig i beslut. Några patienter hade velat stanna längre på sjukhuset. Ibland går allt för fort. Äldre människor kan behöva mer tid.

Forskning behövs

Kalmar län och Eskilstuna kommun har som gemensam nämnare att forskning är en viktig del av utvecklingsarbetet. Vetenskapligt arbete kring vårdssamverkan och

systemeffektivitet är svårt men angeläget. Det kräves planering, stöd och mod att pröva nya vägar.

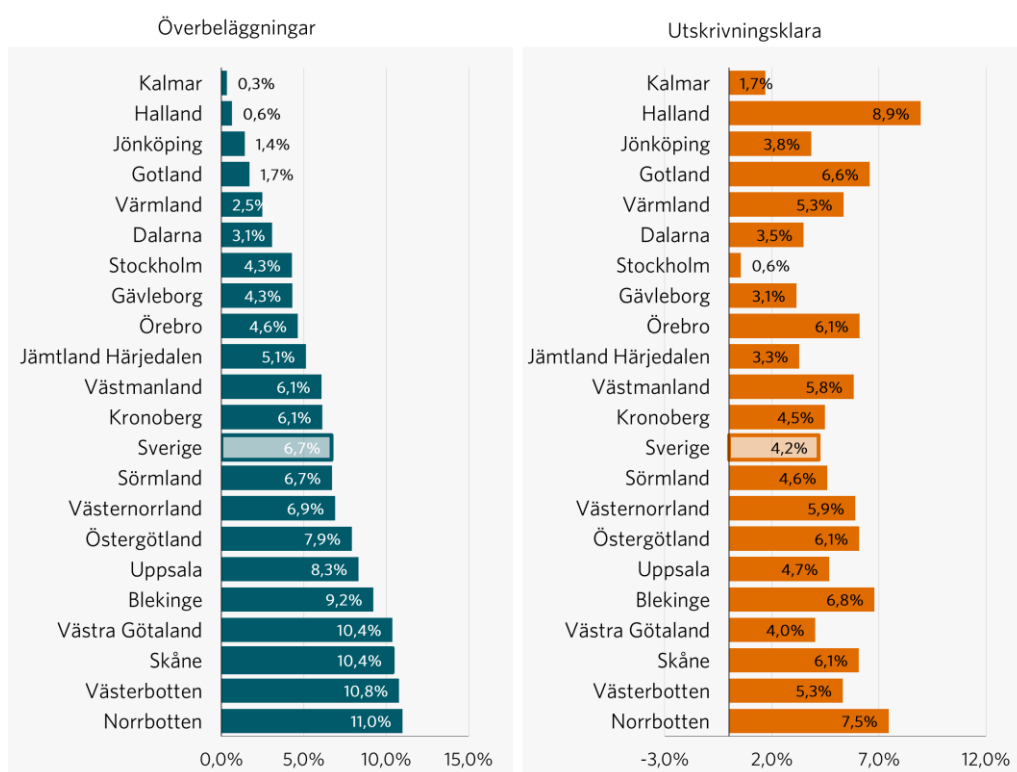
Alla kan bli vinnare

Syftet med samverkanslagen är att patienter som behöver fortsatt vård och omsorg efter utskrivning från sjukhus ska få en smidig resa genom vården och inte behöva vistas på sjukhus i onödan. Med rätt fortsatt stöd efter utskrivning finns många exempel på att patienterna återhämtar sig snabbare, äter bättre, sover bättre, faller mindre och blir mindre förvirrade när de vårdas hemma.

Regionerna blev omedelbart stora vinnare när lagen infördes i och med att vårdplatser frigjordes på sjukhusen som kunnat användas till patienter med behov av sjukhusets specifika kompetens och resurser.

Av den här rapporten framgår att det fortfarande finns möjligheter att minska överbeläggningar och utlokaliserade patienter genom utvecklad samverkan i utskrivningsprocesserna. Hur stor denna potential är för varje region framgår av diagram 26.

Diagram 26: Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser och andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter 2023



Källa. SKR, Väntetidsdatabasen

Samverkanslagen upplevs ha medfört ökade kostnader i en del kommuner, något som riskerar att minska motivationen i utvecklingsarbetet. I sådana situationer sätts viljan till samarbete på prov. Då behövs en gemensam analys och dialog för att hitta vägar för kommunerna att få del av vinsterna. För att kommunerna ska uppleva sig som vinnare behöver den nya lagen ses i ett större sammanhang. Den stora kostnaden inom äldreomsorg är fortfarande Säbo och hemtjänst även om hemsjukvården i kommunerna ökat i omfattning. Andelen personer 80 år och äldre i befolkningen som klarar sitt vardagsliv utan stöd från äldreomsorgen är idag är hela 74 procent. Proaktiv vård till sköra äldre på vårdcentralerna har visat sig minska behovet av äldreomsorg. Många regioner har också byggt ut möjligheterna till läkarstöd jourtid och erbjuder handledning till kommunens personal.

Håll i och håll ut

Kulturförändring tar tid. Förändringsarbetet blir seriöst när det kopplas till den ordinarie linjeorganisationen som en utvecklingsprocess och inte lever ett eget liv i ett projekt som riskerar att slockna som ett tomtebluss när stimulansmedel upphör. Utsedda förbättringsmotorer på systemnivå som arbetar agilt utifrån aktuella behov kan behövas liksom nätverk och samverkansgrupper.

Det blir sällan som man tänkt. Covid, ekonomisk kris, krig och inflation har påverkat förändringsarbetet såväl positivt som negativt. En lärande organisation i ständig dialog med beredskap för förändring klarar att lita på processen och har beredskap att göra justeringar under vägen.

Att en flexibel organisation med god samverkan inte är lika beroende av finansieringsmodell är något som denna rapport har funnit stöd för.

Fakta om utskrivningsklara patienter - från betalningsansvar till sammanhållen vård

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård infördes 2018 i syfte att ge patienter en trygg och effektiv utskrivning från sjukhus. Antalet vård dagar för utskrivningsklara patienter har därefter minskat kraftigt i hela landet. Men det finns en variation i resultat mellan olika kommuner och regioner. Analyser visar att kommungrupp, modell för betalningsansvar och tillgång till platser på sjukhus och i äldreomsorgen inte är avgörande för resultatet. Framgångsfaktorer handlar snarare om en välfungerande samverkan mellan de olika huvudmännen och deras medarbetare.

Rapporten sammanfattar och jämför utfallet över tid i landet och kan förhoppningsvis ge inspiration till regionernas och kommunernas fortsatta gemensamma arbete. Den riktar sig till politiker och tjänstepersoner på regional och nationell nivå samt till andra som är intresserade av att förstå frågans komplexitet.

Upplysningar om innehållet Annika Brodin-Blomberg. annika.brodin-blomberg@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2024

ISBN: 978-91-8047-259-3

Text: Maj Rom och Jan Olov Strandell