



## **ÄLDRES RESA TILL, GENOM OCH UT FRÅN SJUKHUS I STOCKHOLMS LÄN**

En lägesbeskrivning inför lagen om samverkan vid  
utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018:1 ISSN 1401-5129

# FÖRORD

Denna rapport är resultatet av ett egeninitierat arbete på Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Äldrecentrum såg ett behov av att ge huvudmännen ett underlag som stöd för att följa upp och utvärdera de förändringar som sker inom vården och omsorgen av äldre i Stockholms län, med särskilt fokus på den nya lagen, (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som trädde i kraft 2018-01-01.

Inför de förändringar som planeras inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting och länets kommuner tog Äldrecentrum under våren 2017, med stöd av medel från svårt sjuka äldre-satsningen, initiativet till en kartläggning av äldre personers vård och omsorgsutnyttjande, med fokus på sjukhusvård. Syftet med kartläggningen är att ge ett underlag som ska fungera som baseline för att avläsa konsekvenser av kommande års strukturella förändringar i vården och omsorgen om äldre.

Äldrecentrums kartläggning har belyst äldre personers resa genom vård- och omsorgssystemet. De äldre personernas syn på hur systemet fungerar har inte varit en del i detta arbete. För att belysa konsekvenserna av den nya lagen (2017:612) och det planerade övertagandet av hemsjukvården av kommunerna i Stockholms län, krävs ett systematiskt arbete för att fånga hur de äldre personerna påverkas och vad förändringarna innebär för dem. Med detta nödvändiga komplement kan resultaten av Äldrecentrums arbete förhoppningsvis fungera som ett underlag för att planera och avläsa konsekvenserna av pågående strukturella förändringar i vården och omsorgen om äldre i Stockholms län.

Projektledare Lars Sonde har lett arbetet tillsammans med forskningsledaren Lennarth Johansson. Flera av Äldrecentrums utredare har medverkat i arbetet; Jenny Österman, Bettina Meinow, Karin Gens, Ingrid Hjalmarson och Sven Erik Wånell.

Ett stort tack till Janne Agerholm, med dr, utredare och Anders Walander, statistiker, på Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES) som hjälpt till med sammanställning och analys av data från Landstingets VAL-databas. Tack också till Gunnar Ljunggren, med dr, läkare på Stockholms läns landsting som på samma sätt hjälpt Äldrecentrum med sammanställning och analys av data från WebCare.

Stockholm april 2018

Chatrin Engbo  
Direktör  
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
UTVECKLING INOM DEN ÖPPNA VÅRDEN OCH DEN KOMMUNALA OMSORGEN.....	4
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	6
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
PATIENTSTRÖMMAR IN OCH UT FRÅN SJUKHUS.....	7
PLANERING AV VÅRD OCH OMSORG EFTER SJUKHUSVISTELSE.....	7
KORTTIDSBOENDE.....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
BEFOLKNINGSSAMMANSÄTTNING, ÖPPENVÅRDS- OCH OMSORGSUTNYTTJANDE.....	9
<i>Vårdutnyttjande öppen hälso- och sjukvård</i> .....	9
<i>Omsorgsutnyttjande</i> .....	11
BESKRIVNING AV PATIENTSTRÖMMAR IN OCH UT FRÅN SJUKHUS.....	12
<i>Akutbesök</i> .....	13
<i>Akutbesök som inte ledde till inskrivning</i> .....	13
<i>Förnyat besök på akutmottagningen</i> .....	14
<i>Akutbesök som ledde till inskrivning</i> .....	14
<i>Direktinskrivna</i> .....	15
<i>Samtliga inskrivna i slutenvården</i> .....	16
PLANERING AV VÅRD OCH OMSORG EFTER SJUKHUSVISTELSE.....	19
<i>Vård dagar efter utskrivningsklar</i> .....	19
<i>Vårdtillfällen som utlöste betalningsansvar</i> .....	20
<i>Utskrivningsplaneringens olika steg</i> .....	20
<i>Omsorgsbehov vid utskrivning</i> .....	23
<i>Erfarenheter från utskrivningsplaneringar</i> .....	23
<i>Utskrivningsklar - men till vad?</i> .....	25
<i>Modeller för att underlätta övergången mellan slutenvård och hemmet</i> .....	28
KORTTIDSBOENDEN - ENDAGSINVENTERING.....	31
<i>Tid på korttidsboende</i> .....	32
<i>Utskrivning efter korttidsplats</i> .....	32
<i>Sjukvårdsinsatser på korttidsboendet</i> .....	33
<i>Omsorgsbehov</i> .....	33
<i>ADL-förmåga</i> .....	33
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>34</b>
<i>Täckningsgrad för vård och omsorg om äldre</i> .....	34
<i>Äldre personer som söker sjukhusvård</i> .....	35
<i>Äldre personer som blir inskrivna i slutenvård</i> .....	36
<i>Ut från sjukhus</i> .....	36
<i>Vård och omsorg efter sjukhusvistelsen</i> .....	38
<i>Norrtälje</i> .....	40
<i>Avslutande reflektioner</i> .....	41
<b>REFERENSER</b> .....	<b>43</b>

<b>BILAGA 1: VAL-DATA .....</b>	<b>45</b>
<b>BILAGA 2: WEBCARE-DATA.....</b>	<b>67</b>
<b>BILAGA 3: ENDAGSINVENTERING .....</b>	<b>76</b>

# SAMMANFATTNING

Vården och omsorgen om äldre förändras ständigt. Olika modeller har prövats för att förbättra samverkan mellan landstingens vårdgivare och kommunernas omsorgsbeställare och utförare. Trots detta har vi idag ett vård- och omsorgssystem i obalans. Sverige tillhör de länder med lägst antal vårdplatser vid sjukhus i relation till befolkningen. Färre platser har i sin tur lett till kortare vårdtider och en större omsättning av patienter på sjukhusen. Samtidigt har platserna på äldreboende successivt minskat, vilket påverkar flödet till och från sjukhusen.

Från 2018 gäller en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Syftet med lagen är dels att korta väntetiden för patienter som är utskrivningsklara inom den slutna sjukvården, dels att förbättra samverkan mellan huvudmännen i övergången mellan slutenvård, öppenvård och kommunal omsorg.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum tog våren 2017 initiativ till att ta fram ett underlag för att kunna beskriva effekter av den nya lagen. Syftet var att kartlägga äldre personers (65 år och äldre) vård och omsorgsutnyttjande, med fokus på sjukhusvård. Frågeställningarna har handlat om att beskriva befolkningsstrukturen, utnyttjande av slutenvård, öppensjukvård och kommunal omsorg samt beskriva befintliga strukturer och organisation för samverkan mellan huvudmännen vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Vägen in till sjukhusvård kan se olika ut. Vanligast är att en person söker vård på akutmottagningen och sedan återvänder hem. Alternativet är att patienten skrivs in i slutenvården efter akutbesöket. Vissa äldre kan också bli direktinskrivna från hemmet.

För personer 65 år och äldre ledde 15 procent av besöken på akutmottagningen till förnyat akutbesök inom tio dagar och 24 procent inom 30 dagar. Nästan hälften av alla äldre skrevs in i slutenvården efter akutbesöket. Vårdtiden var i genomsnitt tio dagar. Efter sjukhusvistelsen skrevs patienterna nästan alltid ut till eget boende. Ytterst få gick till korttidsboende. Fem procent skrevs ut till särskilt boende och fem procent avled på sjukhuset. Nio procent av patienterna som varit inskrivna på vårdavdelning blev återinskrivna inom 10 dagar. Efter 30 dagar var 19 procent återinskrivna.

Tretton procent av alla vårdtillfällen resulterade i en utskrivningsplanering. De allra flesta utskrivningsplaneringarna, drygt åtta av tio, gjordes på geriatriska kliniker, vilka också hade längre vårdtider jämfört med andra kliniker på akutsjukhusen.

Antalet vårddagar efter utskrivningsklar låg på i genomsnitt 3,8 dagar i Stockholms län. Här sågs skillnader mellan 2,7 dagar i Norrtälje och 5,1 dagar i Södertälje. För en knapp femtedel av patienterna blev kommunerna betalningsskyldiga då de låg kvar på sjukhuset mer än fem vardagar.

De äldre som idag skrivs ut från sjukhusen och blir aktuella för utskrivningsplanering är ofta i mycket dåligt skick, med stora kvarstående vård- och omsorgsbehov.

Men till vad skrivs de äldre ut? De allra flesta kommer hem och får hemtjänst. Försök pågår med så kallade trygg hemgångsteam, som är förstärkta hemtjänstinsatser den första tiden efter utskrivning. Försöken verkar lovande, men idag vet vi inte vilken betydelse insatserna har för den fortsatta vården och omsorgen i hemmet. Vi vet heller inte om trygg hemgång förhindrar återinskrivningar till sjukhus.

Äldrecentrums kartläggning bekräftar att äldre personer utgör en stor andel av dem som söker vård vid sjukhus och som också blir inskrivna i slutenvård. Frågan har varit vilka konsekvenser den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, som ersätter den gamla betalningsansvarslagen, kan få och arbetet har därför haft fokus på utskrivningsplanering och processen att tillförsäkra äldre nödvändig vård och omsorg efter sjukhusvistelsen.

Av kartläggningen framgår att andelen äldre som bedöms vara i behov av vård och omsorg efter sjukhusvistelsen och som blir föremål för en utskrivningsplanering är tämligen liten.

Samtidigt konstateras att det finns två andra grupper av äldre patienter som sökt sjukhusvård och som behöver uppmärksammas fortsättningsvis. Det gäller dels den grupp som söker vård vid akutmottagningen, men som inte blir inskrivna. För många i denna "återvändargrupp" är tillståndet skört. Det betyder att det efter besöket på akuten finns kvarstående vård- och omsorgsbehov som borde uppmärksammas systematiskt.

Den andra gruppen, som också utgör majoriteten av alla sjukhusvårdade äldre, är de som vid inskrivningen bedöms behöva eftervård, men som sedan inte blir föremål för utskrivningsplanering. Här finns troligtvis behov av eftervård. Kommer den nya lagen att innebära att äldre personer som har behov av eftervård alltid uppmärksammas och vad skulle det innebära för belastning för primärvården och kommunen?

Äldrecentrums kartläggning har belyst de äldres resa genom vård- och omsorgssystemet. Huvudmännen har nu ett underlag som hjälper att utvärdera och följa upp de förändringsarbeten som sker i länet inom vården och omsorgen av äldre. Men huvudpersonernas, dvs. de äldre personerna själva, syn på hur systemet fungerar behöver belysas genom ett systematiskt arbete. Hur påverkas de äldre personerna och vad betyder förändringarna för dem?

# BAKGRUND

Vården och omsorgen om äldre förändras ständigt. Den största organisatoriska förändringen i modern tid skedde när Ädelreformen genomfördes i Sverige 1992. Med Ädel fick kommunerna ansvar för all institutionsvård av äldre och betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade (klinikfärdiga) inom slutenvården. Skiftet beträffande institutionsvården innebar att kommunerna övertog ansvaret för drygt 20 000 sjukhemsplatser (framförallt lokala sjukhem). I propositionen inför Ädel framhölls: ”Flertalet resurser för långvarig vård och boende som mer kortvariga insatser, skall gå över till kommunerna. Kommunerna bör förfoga över samtliga resurser, långvarig vård som kortvarigt stöd. Genom att förfoga över resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning förbättras stödet i det egna boendet” (Reg. Prop. 1990/91:14. sid 54).

Betalningsansvarslagen, som infördes som en del av Ädel, tömde sjukhusen på ”långliggarna” som ofta flyttades till de av kommunen övertagna sjukhemmen. Begreppen ”korttidsboenden” och ”korttidsvård” uppstod i samband med Ädel. Tillgången till korttidsvård krävde biståndsbeslut på samma sätt som en plats på särskilt boende. För att undvika betalningsansvaret blev följden att korttidsvården på många ställen i landet ”blockerades” av äldre, i avvaktan på fortsatt vård och omsorg. I kombination med bristande rehabiliteringsinsatser (Rundgren, 2017) innebar det att korttidsvården ofta blev en ”kvalificeringsvistelse” för att få permanent plats i särskilt boende.

Tiden efter Ädelreformen har för landstingen inneburit en halvering av vårdplatser på sjukhus i riket mellan 1993 och 2016. Sverige tillhör de länder med lägst antal vårdplatser vid sjukhus i relation till befolkningen 2,4 platser per 1 000 innevånare, jämfört med OECD-genomsnittet 4,7 vårdplatser per 1 000 invånare (OECD, 2017). Färre platser har i sin tur lett till kortare vårdtider och en större omsättning av patienter på sjukhusen. Idag är situationen mycket ansträngd på landets sjukhus, inte minst i Stockholms län med överfyllda akutmottagningar, långa väntetider, och stor brist på vårdplatser (SKL, 2016; Socialstyrelsen, 2018).

När det gäller den kommunala äldreomsorgen avvecklades drygt 30 000 äldreboendeplatser mellan 2000 och 2016 i riket (Socialstyrelsen, 2016). Redan 2007 skrev Äldreboendedelegationen (SOU 2007:103) att antalet platser var för lågt för att möta upp behoven. I Boverkets Bostadsmarknadsenkät 2017 bedömde 127 av landets kommuner att de hade underskott av platser i särskilt boende. Det finns flera orsaker till det minskade antalet platser. En utbyggd hemtjänst, hemsjukvård, ASIH, har sammantaget ökat möjligheterna för äldre att bo kvar hemma även om man har stora vård- och omsorgsbehov. Huvudmotivet bakom det minskade platsantalet i särskilt boende är ekonomiskt; eftersom särskilt boende är betydligt mer kostsamt för kommunerna än hemtjänst.

För att försöka förbättra situationen vid sjukhusen tillsattes en parlamentarisk utredning, SOU 2015:20. Utredningen förslåg en ny lagstiftning för att förbättra övergången (utskrivningsprocessen) från sjukhus till hemmet, till den öppna hälso- och



sjukvården och den kommunala äldreomsorgen, en ofta skör länk i vård- och omsorgssystemet (Almborg, 2008; Rydeman, 2013; Socialstyrelsen, 2017). Från 2018 gäller nu en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612). Syftet med lagen är dels att korta väntetiden för patienter som är utskrivningsklara inom den slutna sjukvården, dels att förbättra samverkan mellan huvudmännen i övergången från slutna sjukvård till öppen vård och kommunal omsorg. Lagen ställer nya krav på en utvecklad samverkan mellan huvudmännen, inte minst när det gäller de äldre som behöver vård efter sjukhusvistelse.

Enligt den nya lagen ska verksamhetschefen i den landstingsfinansierade öppna vården utse en fast vårdkontakt för patienten innan patienten skrivs ut. När sedan patienten bedömts vara utskrivningsklar från sjukhuset ska den slutna vården underrätta berörda enheter om det. Om personen efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun, ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras av representanter för de enheter som svarar för insatserna. En kallelse till denna planering ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, senast tre dagar (om inget annat är överenskommit) efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

Införandet av den nya lagen och dess intentioner väcker ett antal frågor: Vad kommer den nya lagens riktlinjer att innebära för den äldre med behov av vård och omsorgsinsatser? Kommer flödena till och ifrån slutenvården att förändras? Vad kommer den kortade vårdtiden att innebära för primärvårdens möjlighet att möta upp patienterna? Kommer primärvårdens organisation att påverkas, till exempel öppettider och bemanning? Klarar kommunerna av att snabbare möta upp de patienter som skrivs ut och kan det göras sju dagar i veckan? Hur påverkas samverkan mellan huvudmännen?

I Stockholms län pågår också diskussioner om ett kommunalt övertagande av ansvaret för sjukvården i den enskildes hem. Från 1992 till idag har överenskommelser skett i hela landet utom i Stockholms län. I de förhandlingar som förs mellan Storsthlm (tidigare KSL) och landstingets hälso- och sjukvårdsförvaltning (HSF) sattes ett preliminärt år för övergången till 2020, men våren 2018 kom besked om att förhandlingarna avbrutits. Det fanns motstridiga uppfattningar mellan Stockholms läns landsting och några kommuner om vad en skatteväxling för hemsjukvården ska baseras på.

## Utveckling inom den öppna vården och den kommunala omsorgen

Det pågår olika initiativ inom Stockholms län för att minska trycket på sjukhusen och akutmottagningarna. Det handlar bland annat om hemtagningsteam (trygg hemgång eller tryggt mottagande i hemmet) inom kommunernas hemtjänst, och om Äldremottagningar, närakuter och husläkarjourer inom landstinget.

Syftet med kommunernas hemtagningssteam är att ge äldre med omfattande behov av hjälp och trygghet möjlighet att återvända hem efter sjukhusvistelsen. Försök pågår i flera kommuner i länet.

Sedan årsskiftet 2016 har Stockholms läns vårdcentraler och husläkarmottagningar (HLM) haft möjlighet att ansöka om att öppna en mottagning för äldre patienter. Syftet med dessa Äldremottagningar är att skapa trygghet, tillgänglighet och kontinuitet för äldre personer, 75 år eller äldre. Vårdcentralerna eller husläkarmottagningarna kan organisera sina Äldremottagningar på olika sätt. Landstinget ställer följande krav för en patient som är listad på en Äldremottagning: Patienten ska kunna ringa direkt, utan knappvals krav, kunna få en fast vårdkontakt om behov finns, erbjudas besök eller annan kontakt samma dag eller dagen efter. Krav finns också på att det finns en medicinskt ansvarig specialist i allmänmedicin eller geriatrik på Äldremottagningen. I slutet av 2017 hade 175 av länets 210 HLM (67 %) startat Äldremottagningar.

Det pågår också en uppbyggnad av så kallade närakuter. Sammanlagt kommer tio nya närakuter för barn och vuxna att öppna i Stockholms län. Tre startades under 2017 och övriga ska öppna under 2018 och 2019. Tanken är att närakuterna, tillsammans med husläkarmottagningarna, ska ta emot många av de patienter som idag vänder sig till länets akutmottagningar. Men det bör noteras att närakuterna saknar akutsjukhusens slutenvårdresurser, vilket troligtvis påverkar möjligheten att möta upp äldre med stora vårdbehov. Samtidigt har primärvården möjlighet till direktinläggning på geriatriken vid behov.

Husläkarjourerna erbjuder vård på kvällar och helger när husläkarmottagningarna är stängda. Tanken är att patienter med akuta besvär som till exempel infektioner i luftvägarna, öroninflammation, halsfluss, urinvägsinfektioner, sårskador eller allergiska reaktioner ska vända sig hit. Husläkarjouren har normalt inte tillgång till röntgen eller laboratorium, utan utför endast enklare provtagningar.

# SYFTE

Inför de förändringar som planeras inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting och dess kommuner, tog Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2017 initiativet till en kartläggning av äldre personers vård och omsorgsutnyttjande, med fokus på sjukhusvård.

Syftet med kartläggningen är att ge ett underlag som ska fungera som baseline för att avläsa konsekvenser av kommande års strukturella förändringar i vården och omsorgen om äldre.

## Frågeställningar

Arbetet utgår från fyra huvudsakliga frågeställningar som handlar om att:

1. Beskriva befolkningsstrukturen i länet, utnyttjandet av öppen hälso- och sjukvård, samt omsorgsinsatser.
2. Beskriva äldre personers utnyttjande av sjukhusvård.
3. Beskriva strukturer och organisation för samverkan mellan huvudmännen vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.
4. Beskriva försök med förstärkta insatser efter sjukhusvistelsen.

## METOD

För att besvara frågeställningarna har uppgifter om äldres utnyttjande av sjukvård inhämtats och sammanställts. Fokus har legat på äldre personers in- och utskrivningar från sjukhus, särskilt den grupp äldre som blir föremål för utskrivningsplanering och som behöver vård och omsorg efter sjukhusvistelsen.

De registrerade uppgifterna som sammanställts gäller hela Stockholms län. Resultaten redovisas separat för kommunerna Sundbyberg, Södertälje och Norrtälje och fyra valda stadsdelar i Stockholm (Kungsholmen, Farsta, Rinkeby-Kista, Hägersten-Liljeholmen).

De valda områdena speglar varierande socioekonomiska förhållanden och innefattar såväl innerstad som mindre tätbefolkade delar av länet. Norrtälje kommun valdes för att man där sedan flera år tillbaka har en gemensam organisation och samfinansiering av hälso- och sjukvården och omsorgen (TioHundra), vilket innebär färre gränser mellan landsting och kommun. Arbetet delades upp i tre delprojekt:

- Patientströmmar in och ut från sjukhus
- Planering av vård och omsorg efter sjukhusvistelse
- Korttidsboende

## Patientströmmar in och ut från sjukhus

Syftet med delstudien var att beskriva patientflödet till akutsjukhusen med fokus på personer över 65 år som besökt akutmottagning på akutsjukhuset, varit inskriven inom slutenvård, samt personer som varit föremål för utskrivningsplanering. Även vårdutnyttjande i primärvården inklusive basal hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet har undersökts.

Uppgifter hämtades från Stockholms läns Landstings VAL-databas för uppföljning av vårdhändelser inom Stockholms läns landsting (SLL). Stockholms läns landstings VAL-databas omfattar ett tiotal olika databaser med vårdstatistik. VAL-databasen är ett personbaserat register över all vård som produceras inom Stockholms läns landsting (SLL) eller som konsumeras av landstingets medborgare. Uppgifterna i databasen används för att planera och följa upp behov, volymer, kvalitet och effektiviteten i vården.

I analyserna ingår de personer som var skrivna i Stockholms län vid undersökningsperioden. Så kallade utomlänspatienter exkluderades från analyserna. En avgränsning gjordes i antalet vård dagar där ett tak för antalet dagar inom slutenvården sattes till 365 dagar, det vill säga för de personer som hade en vårdtid mer än 365 dagar sattes vårdtiden till 365 dagar. Analyserna avser äldre personers vårdutnyttjande under 2015. Uppgifterna i VAL-databasen går att koppla på individnivå men analyserna i denna rapport syftar inte till att följa individer och presenteras således på gruppnivå.

## Planering av vård och omsorg efter sjukhusvistelse

Syftet här var att kartlägga strukturer och rutiner för utskrivningsplanering i samband med sjukhusvistelse, både hur det ska fungera utifrån regler och rutiner samt hur det fungerar i praktiken. Uppgifter om antalet utskrivningsplaneringar hämtades från WebCare (uppgiftsår 2015). Intervjuer genomfördes med aktörer som har en central roll i utskrivningsprocessen: slutenvård (akutsjukhus och geriatrik), biståndshandläggare, primärvård inklusive rehab, samt hemtjänstutförare.

WebCare är ett IT-stöd för informationsöverföring och samordnad vårdplanering mellan slutenvård, kommun och primärvård inom Stockholms län. Registret är ett hjälpmedel för informationsöverföring mellan olika parter kring patienten. Äldrecentrum har använt uppgifter från WebCare för att beskriva individer som blir aktuella för utskrivningsplaneringar.

Med hjälp av Kvalitetsportalen, Sveriges kommuner och landstings sammanställning av data från olika nationella kvalitetsregister, togs uppgifter fram om antal dagar inom slutenvården efter att patienten definierats som utskrivningsklar.

Intervjuer genomfördes med representanter från slutenvården, primärvård, hemrehab, myndighetsutövning samt inom hemtjänsten. Totalt genomfördes 40 intervjuer enligt följande:

Verksamhetsområde	Antal genomförda intervjuer
Slutenvården	10
Primärvården	7
Hemrehab	3
Myndighetsutövning	10
Hemtjänstutförare	10

Det var svårt att få kontakt med flertalet av vårdcentralerna i de utvalda områdena. Vissa svarade inte på mejl och det fanns sällan något direktnummer att ringa för andra än patienter som söker vård. Dessutom var det flera enheter som avböjde att delta i en intervju på cirka 45 minuter med motiveringen att man inte ansåg sig ha tid. Även flera hemtjänstenheter tackade nej med samma motivering. Kompletterande intervjuer genomfördes på Lidingö.

Utifrån de genomförda intervjuerna sågs inga systematiska skillnader vad gäller utskrivningsplaneringar mellan olika stadsdelar och kommuner. De intervjuades egna reflektioner och uppfattningar om hur processen fungerar varierade snarare mellan olika vårdgivare än mellan geografiska områden. Därför redovisas resultaten sammantaget för samtliga områden. Ett undantag är Norrtälje som redovisas separat.

## Korttidsboende

Med korttidsplats avses enligt Socialstyrelsens termbank ”bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt”. Korttidsplats är inget entydigt begrepp, tvärtom inbegriper det många olika verksamheter med stora variationer över tid och mellan olika kommuner. Vanligtvis används platserna antingen för vård och omsorg efter sjukhusvistelse, eller som avlösning eller växelvård för personer som bor i eget boende.

Korttidsboende är en vårdform som det saknas kunskap om, när det gäller dess omfattning och innehåll, hur platserna används samt vilka individer som beviljas korttidsvård. Äldrecentrum valde därför att genomföra en inventering av korttidsplatser i länet under en dag. Endast enheter som enbart erbjuder korttidsplatser ingick i inventeringen. Särskilda boenden med tillfälliga platser för korttidsvård räknades inte in.

En elektronisk enkät skickades till länets samtliga korttidsboenden med frågor om de personer som fanns på korttidsboendet en specifik dag, onsdagen den 29:e november 2017.

I enkäten, som skulle besvaras av ansvarig sjuksköterska på korttidsboendet, fanns frågor om respektive persons; ålder, kön, hemkommun, boende och tid på korttidsboendet. Det fanns också frågor om anledningen till vistelsen på korttidsboendet, personens vård- och omsorgsstatus, ADL-förmåga och om rehab och sjukvårdssatser utförts under vistelsen.

# RESULTAT

Resultatdelen är uppdelad i fyra delar. Först ges en översiktlig bild av befolkningsammansättningen i länet 2015 och hur öppenvårdens resurser; primärvård, basal hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), samt kommunernas omsorgsresurser utnyttjades samma år. Därefter redovisas resultaten från de tre delprojekten. I slutet av rapporten finns tre tabellbilagor som innehåller mer detaljerad redovisning av registerdata och enkätsvar. Här redovisas också data för de valda kommunerna och stadsdelarna.

## Befolkningssammansättning, öppenvårds- och omsorgsutnyttjande

I december 2015 fanns det drygt 2,2 miljoner personer i Stockholms län. Drygt 920 000 (41 %) bodde i Stockholms stad. Sexton procent av befolkningen (drygt 350 000) var 65 år eller äldre. Andelen äldre varierar i länet. I Norrtälje var andelen 65 år och äldre 26 procent medan Sundbyberg hade knappt 13 procent. Regionala skillnader sågs även i gruppen 80 år och äldre (Tabell 1).

Tabell 1. Befolkning i Stockholms län och i utvalda kommuner, relaterat till olika åldersgrupper, december 2015. Källa: SCB december 2015

	Total folkmängd	65+	%	80+	%
Stockholms län	2 231 439	352 363	15,8	85 575	3,8
Stockholms stad	923 516	134 081	14,5	35 707	3,9
Sundbyberg	46 110	5 930	12,9	1 448	3,1
Södertälje	93 202	15 062	16,2	3 619	3,9
Norrtälje	58 669	15 456	26,3	3 632	6,2

## Vårdutnyttjande öppen hälso- och sjukvård

### Primärvård

Primärvården är första linjens hälso- och sjukvård med planerad och oplanerad vård i form av hälso- och sjukvårdsrådgivning, utredning, diagnostik, behandling och uppföljning. Primärvårdsverksamheten har en samordnande funktion i den sammanhållna hälso- och sjukvården i Stockholms län. Husläkarverksamheterna ska enligt uppdragsbeskrivningen erbjuda; mottagningsverksamhet inklusive hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, rådgivning och hembesök, basal hemsjukvård, psykosociala insatser, närakut samt smittskydds-/traumaverksamhet.

Under 2015 besökte drygt 286 000 personer över 65 år en läkare inom primärvården i Stockholms län. Det betyder att cirka 80 procent av befolkningen i den åldersgruppen någon gång besökte primärvården. Totalt gjordes knappt 1,7 miljoner besök hos en läkare. I genomsnitt besökte personer över 65 år läkare 5,8 gånger under året men variationen var stor, mellan 1 – 198 besök. Störst spridning i antalet besök var det i Stockholms stad (Tabell A1 bilaga 1). Övriga områden hade en variation mellan ett besök och nästan 70 besök hos läkare.

### *Basal hemsjukvård*

Basal hemsjukvård är hälso- och sjukvård som ges i patientens hem och erbjuds personer som har behov av insatser från primärvården under två veckor eller längre, minst två gånger under en kalendermånad. En stor del av besöken inom den basala hemsjukvården gäller regelbundna medicinska insatser som blodtryckstagning, såromläggningar och läkemedelsdistribution. De flesta besöken görs av distriktssköterskan men vissa insatser kan delegeras till undersköterskan. Tre fjärdedelar av gruppen som har basal hemsjukvård har också insatser från hemtjänsten.

Under 2015 var cirka 24 000 personer inskrivna i basal hemsjukvård i Stockholms län. Av dessa var drygt 21 000 över 65 år, vilket motsvarar 90 procent av alla inskrivna. Två tredjedelar av samtliga inskrivna var 80 år eller äldre. I genomsnitt träffade en person som var inskriven i basala hemsjukvården en läkare sex gånger under ett år. Flest besök inom basal hemsjukvård gjordes av undersköterskor (Tabell A3 bilaga 1).

### *Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH)*

Avancerad sjukvård i hemmet är ett komplement eller alternativ till slutenvård när den basala hemsjukvården inte räcker till. ASIH har tre målgrupper:

- Patienter med behov av specialiserad medicinsk vård och omvårdnad som kräver specifik reell kompetens och hög tillgänglighet för att kunna vårdas utanför akutsjukhus.
- Patienter med allvarlig kronisk sjukdom och i behov av specialiserade medicinska och omvårdnadsmissiga insatser som kräver specifik reell kompetens eller hög tillgänglighet för att kunna vistas hemma.
- Patienter med komplex sjukdoms-/symptombild som inte svarar på sjukdomsmodifierande behandling och som på grund av sjukdomen har en begränsad återstående livstid och är i behov av komplexa symptomlindrande medicinska och omvårdnadsmissiga insatser dygnet runt.

Stockholms län är uppdelat i åtta geografiska områden för att vårdgivaren ska hinna nå patienten inom 30 minuter. För att få utföra avancerad sjukvård i hemmet ska vårdgivaren godkännas av beställaren. Vårdgivare inom ASIH får endast ta emot patienter inom det/de områden som vårdgivaren är godkänd i. I januari 2014 infördes vårdval inom ASIH, det innebär att patienten själv väljer vilken vårdgivare som ska utföra insatserna.

Under 2015 var 6 056 personer inskrivna i ASIH i Stockholms län (Tabell A5 bilaga 1). Av dessa var 73 procent över 65 år. Sju procent av alla inskrivna i ASIH var över 90 år. I genomsnitt var en patient över 65 år inskriven 135 dagar, för personer över 80 år var det 144 dagar (Tabell A6+A7 bilaga 1). I tabell A8 i bilaga 1 redovisas antal besök av läkare, distriktssköterska och undersköterska.

## Omsorgsutnyttjande

Nio procent av personer över 65 år hade hemtjänst i länet och fyra procent bodde på särskilt boende 2015 (Tabell 2). Andelen med omsorgsinsatser var betydligt högre i gruppen 80 år eller äldre, där 26 procent hade hemtjänst och 14 procent bodde på särskilt boende. Det var relativt stora skillnader mellan de undersökta områdena i båda åldersgrupperna. I Södertälje bodde 10 procent på särskilt boende, jämfört med Sundbyberg där sjutton procent bodde på särskilt boende. Det var också skillnader inom länet i fråga om andelen med hemtjänst. Lägst andel hade Norrtälje med sjutton procent, jämfört med Stockholms stad, där 28 procent hade hemtjänst. Endast en liten andel beviljades plats på korttidsboende i Stockholms län med vissa skillnader över länet.

Tabell 2. Andel (%) personer med hemtjänst, särskilt boende eller korttidsboende, relaterat till olika åldersgrupper, oktober 2015 i Stockholms län.

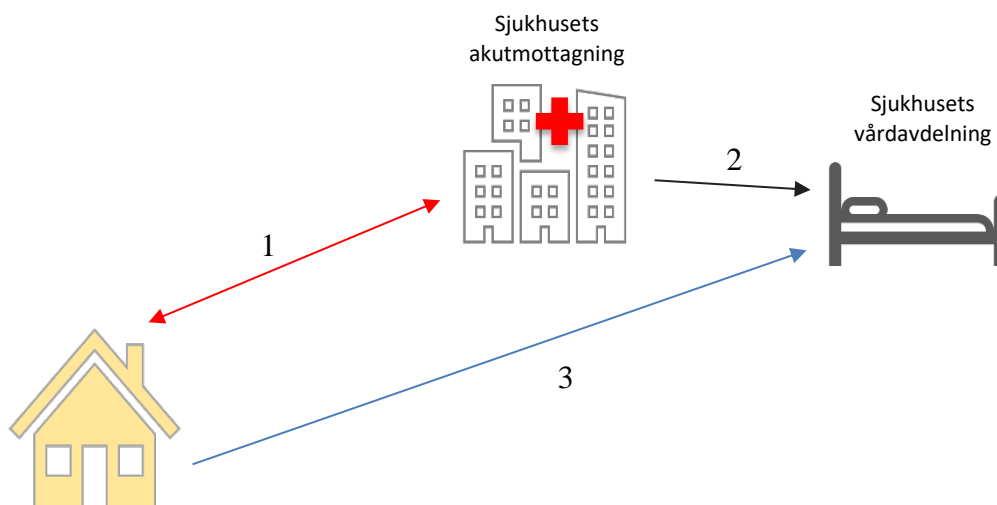
	65+			80+		
	Hem-tjänst	Särskilt boende	Korttids-boende	Hem-tjänst	Särskilt boende	Korttids-boende
Stockholms län	9	4	0,3	26	14	0,1
Stockholms stad	11	5	0,1	28	15	0,0
Sundbyberg	10	6	0,4	25	17	0,1
Södertälje	7	3	0,4	19	10	0,1
Norrtälje	6	5	0,3	17	15	0,1

Källa: Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.



## Beskrivning av patientströmmar in och ut från sjukhus

Vägen in till sjukhusvård kan se olika ut (Figur 1). Det vanligast scenariot är att en person söker vård på sjukhusets akutmottagning och sedan återvänder till hemmet (1.). Andra som söker vård på sjukhusets akutmottagning blir sedan inskrivna i slutenvården (2.). Det finns också möjlighet att skrivas in i slutenvården direkt från hemmet, så kallade direktinskrivning (3.). I gruppen direktinskrivna ingår även planerade operationer.



Figur 1. Patienters väg in i slutenvården.

Tjugofyra procent av alla som sökte vård på sjukhusets akutmottagning alternativt blev inskriven på sjukhus (sjukhusvård) under 2015 var 65 år eller äldre, totalt 110 235 personer, vilket motsvarar 31 procent av åldersgruppen. Andelen i respektive åldersgrupp ökar med åldern och i gruppen 90 år och äldre var det 56 procent som sökte sjukhusvård (Tabell A9 bilaga 1). Högst andel 65 år eller äldre av befolkningen som sökte vård på sjukhus hade Södertälje med 35 procent (Tabell A10-A13 bilaga 1).

En person som söker vård på sjukhus, söker ofta mer än en gång under året, i genomsnitt 1,9 gånger under 2015. Äldre sökte i genomsnitt vård på akutsjukhus fler gånger under året än yngre. Personer över 65 år som sökte sjukhusvård gjorde det i genomsnitt tre gånger. Personer 80 år eller äldre, 3,6 gånger och 90 år eller äldre 3,8 gånger.

## Akutbesök

Under 2015 gjordes totalt 642 526 besök på akutmottagning<sup>1</sup> av drygt 425 000 personer i Stockholms län. Mer än 180 000 av besöken gjordes av personer 65 år eller äldre, vilket utgjorde 28 procent av besöken. Personer över 80 år stod för elva procent av besöken på akutmottagning (Tabell 3).

Tabell 3. Antal och andel (%) personer och besök på akutmottagning, relaterat till olika åldersgrupper under 2015. Källa: VAL-data 2015.

	Personer på akutmottagning		Besök på akutmottagning	
	Antal	%	Antal	%
0 - 64	323 949	76	462 067	72
65+	101 071	24	180 459	28
80+	37 190	9	72 182	11
Totalt antal besök	425 020	100	642 526	100

## Akutbesök som inte ledde till inskrivning

En stor andel av besöken på akutmottagning leder inte till inskrivning i slutenvården utan personerna åker hem igen efter besöket. Under 2015 gjordes sammanlagt 480 923 besök som inte resulterade i en inskrivning i slutenvården. Nitton procent av dessa gjordes av personer över 65 år (Tabell 4).

Tabell 4. Antal och andel (%) personer som besökte akutmottagningen under 2015 som inte resulterade i en inskrivning i slutenvården, relaterat till olika åldersgrupper i Stockholms län. Källa: VAL-data 2015.

	Antal personer		Antal besök		Andel i befolkningen
	Antal	%	Antal	%	
Samtliga åldrar	327 577		480 923		15
65+	62 388	19	95 236	20	18
80+	19 722	6	30 335	6	23
90+	4 265	1	6 355	1	24

Hur stor andel av besöken som gjordes av personer över 65 år varierade mellan de undersökta områdena. I Norrtälje stod de för 32 procent och i Sundbyberg för 17 procent (Tabell A15 - A18 bilaga 1).

Drygt hälften (53 %) av de drygt 180 000 besöken som gjordes av personer 65 år eller äldre ledde inte till inskrivning i slutenvården. Drygt 40 procent av personer 80 år eller äldre blev inte inskrivna i slutenvården efter ett besök på akutmottagningen på sjukhuset.

De äldre sökte i stor utsträckning akutsjukvård utifrån ospecifika åkommor. Enligt ICD-10's klassificering var de vanligaste orsakerna till att personer 65 år eller äldre

<sup>1</sup> I analyserna ingår patientbesök på följande akutmottagningar; Norrtälje sjukhus, Danderyds sjukhus, St Görans sjukhus, St Erik sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset Solna, Karolinska Huddinge sjukhus, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus. Besök på Näraakut räknas som besök inom primärvård.

besökte akutmottagningen; symtom, sjukdomstecken från andningsorganen, cirkulationsorganen eller matsmältningen, skador och förgiftning och övrigt (Tabell A21 bilaga 1).

## Förnyat besök på akutmottagningen

Det är inte ovanligt att äldre som varit på akutmottagningen gör ett nytt besök kort därefter. Förnyat besök på akutmottagning kan ses som en indikator på att en person kan ha fått en felaktig bedömning eller otillräcklig vård. Det kan också vara så att personen blivit hänvisad tillbaka till hemmet efter besök på akutmottagning, alternativt skrivits ut från slutenvården i ett för tidigt skede. I länet var det 15 procent av besöken på akutmottagningen som ledde till ett förnyat besök inom 10 dagar och 24 procent inom 30 dagar. Det sågs inga skillnader över länet (Tabell 5).

*Tabell 5. Andel (%) förnyade besök på akutmottagning inom 10 respektive 30 dagar efter besök på akutmottagning, av dem som inte blev inskrivna efter besök på akutmottagning, relaterat till olika åldersgrupper. Källa: VAL-data 2015.*

	10 dagar		30 dagar	
	65+	80+	65+	80+
Länet	15	15	24	26
Norrtälje	17	17	27	28
Södertälje	15	16	25	28
Stockholms stad	15	15	24	26
Sundbyberg	15	18	24	29

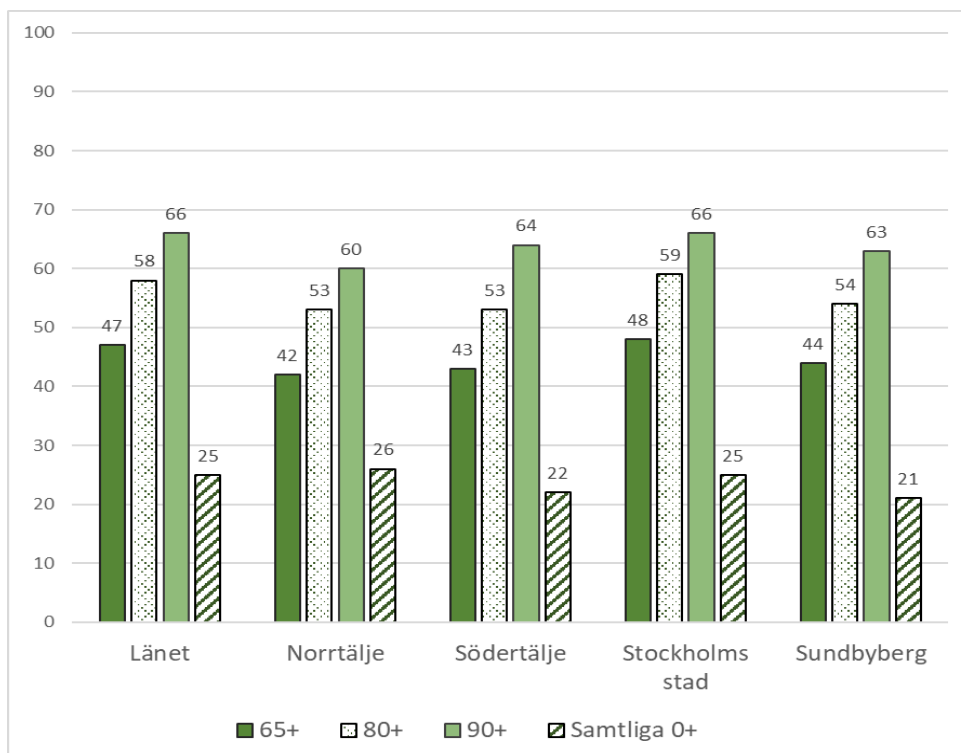
## Akutbesök som ledde till inskrivning

Ungefär var fjärde person som besökte akutmottagningen blev sedan inskriven i slutenvård<sup>2</sup>. Andelen ökade med stigande ålder. Närmare hälften (47 %) av besöken i gruppen 65 år och äldre och 58 procent av gruppen 80 år eller äldre resulterade i en slutenvårdsvistelse. Det fanns skillnader i länet. I Stockholms stad skrevs 66 procent av personer över 90 år in i slutenvården i samband med ett besök på en akutmottagning, i Norrtälje var det 60 procent (Diagram 1).

---

<sup>2</sup> Besök till akuten som medförde inskrivning i slutenvården samma dag eller dagen efter. Vissa akutbesök har samma vårdhändelsenummer (vhn) i slutenvården. Det betyder att samma person var på akuten exempelvis två gånger samma dag varav det sista besöket ledde till inläggning. Båda räknas med i detta antal.

Diagram 1. Andel (%) inskrivna i slutenvård efter besök på akutmottagning, relaterat till olika åldersgrupper, 2015. Källa: VAL-data 2015.



Även för gruppen äldre som kom till akutmottagningen och skrevs in, var den vanligaste anledningen till inskrivning symtom och sjukdomstecken från bland annat andningsorganen, cirkulationsorganen eller matsmältningen (Tabell A29 bilaga 1).

Majoriteten av dem som blev inskrivna på en vårdavdelning efter besök på akuten bodde i ordinärt boende. Bland personer över 65 år var det drygt 90 procent och bland personer 90 år eller äldre var det 80 procent som bodde i ordinärt boende (Tabell A30 bilaga 1).

## Direktinskrivna

I de fall patienten inte är i behov av ett akut omhändertagande finns möjligheten att remitteras direkt till en avdelning på akutsjukhuset eller till geriatrisk klinik. Direktinskrivning innefattar även öppen retur<sup>3</sup> och planerad vård på sjukhuset, till exempel planerad operation. Under 2015 blev drygt 103 000 personer inlagda på en vårdavdelning utan att gå via akutmottagningen. Totalt var det 138 000 direktinskrivningar i slutenvården i Stockholms län. Personer 65 år eller äldre stod för 28

<sup>3</sup> Öppen retur innebär att patienten ges möjlighet att inom en viss tid kan ringa till avdelningen och genom läkarbeslut bli återinlagd utan att behöva gå via akuten.

procent av direktinskrivningarna medan personer över 80 år stod för åtta procent (Tabell A32 - 36 bilaga 1).

Vårdeperiodernas längd var något kortare för personer som skrevs direkt till en vårdavdelning på sjukhuset än de som skrevs in efter ett besök på akuten. I genomsnitt var vårdeperiodens längd för direktinskrivna patienter över 65 år drygt sju dagar och tio dagar för personer 80 år eller äldre. Norrtälje hade de längsta vårdtiderna för personer över 65 år, drygt nio dagar (Tabell A39 bilaga 1).

Inskrivningsorsaken för personer som skrevs in direkt på en vårdavdelning skilde sig från dem som gick via akutmottagningen. Drygt 21 procent av de direkt inskrivna skrevs in på grund av tumörer, 15 procent på grund av sjukdomar i cirkulationsorganen och 14 procent hade sjukdomar i det muskulosketala systemet eller bindvävssjukdomar, till exempel ledsjukdomar och artros (Tabell A40 bilaga 1).

## Samtliga inskrivna i slutenvården

Under 2015 registrerades totalt 338 000 vårdtillfällen i Stockholms län, alla åldrar. Personer över 65 år stod för 45 procent av vårdtillfällen och personer 80 år eller äldre stod för 20 procent.

Drygt en tredjedel av alla personer 80 år eller äldre i befolkningen var någon gång inskrivna i slutenvård under 2015, via akuten eller direktinskrivning (Tabell 6). Data för respektive område redovisas i tabell A42 - A47 i bilaga 1.

Tabell 6. Antal och andel (%) personer som blev inskrivna i slutenvården, relaterat till olika åldersgrupper, 2015, Stockholms län. Källa: VAL-data 2015.

	Antal personer	Antal inskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel (%) av samtliga inskrivningar	Andel (%) av befolkningen som varit inskriven
Samtliga 0+	191 807	337 461	2 229 990		9
65+	72 096	152 750	351 330	45	21
80+	29 744	68 830	84 537	20	35
90+	8 112	19 390	17 689	6	46

Sjukdomar relaterade till cirkulationsorganen eller andningsorganen var de vanligaste inskrivningsorsakerna för patienter över 65 år (Tabell A48 bilaga 1).

## Vårdtid

I snitt var vårdeperiodernas<sup>4</sup> längd nio dagar för samtliga personer 65 år eller äldre och något längre (10 dagar) för samtliga personer över 80 år som skrevs in i slutenvården efter ett besök på akutmottagning. Det fanns stora skillnader inom länet, mellan drygt sju dagar i Norrtälje och drygt tio dagar i övriga områden som

<sup>4</sup> En vårdeperiod är en sammanhängande vårdperiod, utan att patienten skrivs hem, inom slutenvården och kan bestå av flera vårdtillfällen.

studerades. Det fanns också vissa könsskillnader, där kvinnor hade något längre vårdepisoder än män (Tabell A49 bilaga 1).

Vårdepisodens längd varierade beroende på om personen bodde i ordinärt boende eller särskilt boende. Vårdepisoden var ungefär två dagar kortare för personer som bodde i särskilt boende (inklusive korttidsboende) vid inskrivning på sjukhuset, se tabell 7 nedan.

Tabell 7. Genomsnittligt antal vårddagar per vårdepisod uppdelat på boendeform vid inskrivning 80 år eller äldre. Källa: VAL-data 2015.

	Antal dagar/vårdepisod	
	Ordinärt boende	Särskilt boende
Länet	10,4	7,9
Norrtälje	10,3	6,0
Södertälje	10,3	6,7
Stockholms stad	10,9	8,6
Sundbyberg	11,1	9,2

Hur länge en person vårdades på en vårdavdelning skilde sig beroende på medicinsk specialitet. Längsta vårdtiderna fanns på de geriatriska klinikerna. Norrtälje hade de längsta vårdtiderna på geriatrisk klinik, knappt 23 dagar, i övriga områden var vårdtiderna drygt 12 dagar. Inom den akutsomatiska vården återfanns de kortaste vårdtiderna, cirka fem dagar. Vårdtiden inom akutsomatisk vård skiljde sig också mellan de studerade områdena (Tabell 8).

Tabell 8. Genomsnittlig vårdtid per vårdtillfälle\*, uppdelat på medicinsk specialitet 2015 för samtliga 65 år eller äldre som vårdades inom slutenvården. Källa: VAL-data 2015.

	Akutsomatik	Psykiatri	Geriatrisk	Övrigt	Totalt
Länet	5,2	12,6	12,5	15,9	7,4
Norrtälje	4,9	12,3	22,9	13,4	8,6
Södertälje	5,2	11,5	12,2	13,5	7,2
Stockholms stad	5,3	12,3	12,3	16,2	7,5
Sundbyberg	6,3	14,8	11,4	12,2	8,1

\*Baseras på vårdtillfällen, 65 år eller äldre. Källa: VAL-databasen

### Utskriven från sjukhuset

De personer som vårdats på sjukhus skrevs i 90 procent av fallen ut till ordinärt boende. Fem procent skrevs ut till särskilt boende. Resterande avled i samband med sjukhusvistelsen. Personer som var inskrivna på en geriatrisk klinik skrevs i högre utsträckning ut till särskilt boende inklusive korttidsboende, och en högre andel avled på sjukhuset jämfört med samtliga som varit inskrivna inom slutna akutsjukvård under 2015 (Tabell 9).

Tabell 9. Andel (%) som blev utskrivna till ordinärt boende, särskilt boende alternativt avled på sjukhuset under 2015, 65 år eller äldre, och samtliga utskrivna respektive utskrivna från geriatrisk klinik\*.

Källa: VAL-data 2015.

	Samtliga utskrivna			Utskrivna från geriatrisk klinik		
	Ordinärt boende	Säbo	Avliden	Ordinärt boende	Säbo	Avliden
Länet	90,0	4,8	5,2	77,0	14,8	8,3
Norrtälje	88,4	5,9	5,7	65,6	22,2	12,2
Södertälje	90,5	3,9	5,5	74,6	13,6	11,7
Stockholms stad	91,0	3,8	5,2	82,1	10,8	7,1
Sundbyberg	87,3	6,8	5,9	74,4	18,0	7,6

\*Personer som ej blivit utskrivna under den studerade perioden har exkluderats från analyserna.

### Återinskrivna efter vård på sjukhus

Nio procent av patienterna som vårdades på sjukhus blev återinskrivna inom 10 dagar. Efter 30 dagar var 19 procent återinskrivna (Tabell 10). I åldersgruppen 80 år och äldre sågs samma andel återinskrivna (Tabell A50 - A51 bilaga 1).

Tabell 10. Andel (%) återinskrivna\* inom tio respektive 30 dagar efter utskrivning från slutenvården för samtliga som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus 2015, 65 år eller äldre. Källa: VAL-data 2015.

65+	Återinskriven inom 10 dagar		Återinskriven inom 30 dagar		Totalt antal vårdepisoder
	Samtliga	Akuta	Samtliga	Akuta	
Länet	8,6	7,3	19,0	15,6	117 492
Norrtälje	9,1	7,6	20,2	16,4	5 085
Södertälje	8,7	7,7	19,1	15,4	5 193
Stockholms stad	8,9	7,7	19,3	16,2	47 748
Sundbyberg	8,6	7,0	20,3	16,3	2 048

\* Återinskrivna samtliga är alla personer som skrevs in i slutenvården efter utskrivning från slutenvården inom 10 resp. 30 dagar, även planerade återinskrivningar finns med. Återinskrivna akuta inkluderar inte planerade återinskrivningar i slutenvården efter att en person skrivits ut, vårdgivare ska ha markerat akut = J.

# Planering av vård och omsorg efter sjukhusvistelse

## Vårddagar efter utskrivningsklar

I tabell 11 redovisas genomsnittligt antal dagar under 2015 som patienter från länets kommuner fick stanna kvar på sjukhuset efter att bedömts vara utskrivningsklara. Läns-genomsnittet låg på 3,8 dagar. Den genomsnittliga tiden i respektive kommun varierade mellan knappt tre dagar i Danderyd, Ekerö, Norrtälje och drygt fem dagar i Nacka, Södertälje och Tyresö.

Tabell 11. Genomsnittligt antal dagar som patienterna fick vänta på sjukhuset efter att ha bedömts som utskrivningsklara, län och kommunvis, 2015. Källa: Kvalitetsportalen 2015.

Kommun	Medeltal vardagar utskrivningsklar	Kommun	Medeltal vardagar utskrivningsklar
Botkyrka	4,0	Sollentuna	3,6
Danderyd	2,9	Solna	3,8
Ekerö	2,9	Stockholm	3,6
Haninge	4,5	Sundbyberg	3,3
Huddinge	4,1	Södertälje	5,1
Järfälla	3,4	Tyresö	5,3
Lidingö	3,5	Täby	3,3
Nacka	5,5	Upplands-Bro	3,1
Norrtälje	2,7	Upplands-Väsby	4,0
Nykvarn	5,0	Vallentuna	3,6
Nynäshamn	3,3	Vaxholm	4,1
Salem	4,0	Värmdö	4,3
Sigtuna	5,0	Österåker	4,0
		<b>Stockholms län</b>	<b>3,8</b>

De personer, 65 år och äldre, som blev aktuella för utskrivningsplaneringar, hade en medianvårdtid i de undersökta områdena på 10 eller 11 dagar. Södertälje sjukhus låg högre än de andra studerade områdena (medianvärde 14 dagar) (Tabell 12).



Tabell 12. Totalt antal vård dagar för personer som genomgått utskrivningsplanering, 65 år och äldre, 2015. Källa: WebCare.

	Genomsnittligt antal vård dagar		Median	
	65+	80+	65+	80+
Länet	11,9	11,6	10	10
Norrtälje	13,3	12,7	11	11
Södertälje	17,0	15,6	14	14
Sundbyberg	12,2	12,2	10	11
Stockholms stad	11,0	10,8	10	10

## Vårdtillfällena som utlöste betalningsansvar

En knapp femtedel av personerna som 2015 bedömdes vara utskrivningsklara och där en utskrivningsplanering genomfördes blev kvar på sjukhuset längre än fem vardagar. Det innebär att betalningsansvaret utlöstes och kommunen blev betalningsskyldig. Det fanns skillnader mellan de undersökta områdena: Lägst antal personer fanns i Norrtälje och Stockholms stad och högst i Södertälje. Där fick nästan varannan person stanna kvar på sjukhuset mer än fem dagar (Tabell 13).

Tabell 13. Andel (%) och antal vårdtillfällen som patienten fanns kvar fem dagar efter att ha bedömts utskrivningsklar, 2015 i relation till antal utskrivningsplaneringar. Källa WebCare.

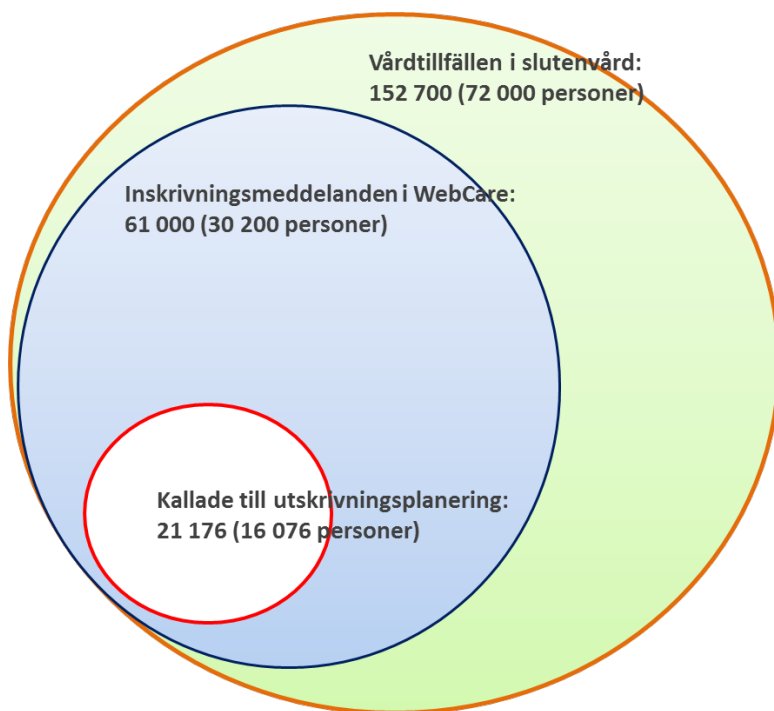
	Vårdtillfällen som omfattades av betalningsansvarslagen		
	65+ %	65+ Antal	Totalt antal utskrivningsplaneringar
Länet	18	3759	21 176
Norrtälje	9	69	790
Södertälje	43	267	618
Sundbyberg	13	45	356
Stockholms stad	11	1187	10 934

## Utskrivningsplaneringens olika steg

Sjukhuset har ansvaret för att utskrivningsplaneringar initieras. I figur 2 visas schematiskt gången från inskrivning i slutenvården, där behandlande läkare skickar ett inskrivningsmeddelande till kommun och primärvård om att det finns en patient som kan behöva fortsatt hjälp efter utskrivning, till ärenden som blir antingen förkortade (det vill säga ingen utskrivningsplanering genomförs) eller en kallelse till utskrivningsplanering.

Av samtliga vårdtillfällen 2015 för personer 65 år eller äldre resulterade 13,9 procent i en kallelse till utskrivningsplanering (figur 2). Nästan nio av tio utskrivningsplaneringar (86,5 %) gjordes vid de geriatriska klinikerna i länet. Resterande gjordes på andra kliniker på akutsjukhusen (se tabell 33 i bilaga 2).

Figur 2. Utskrivningsplaneringar i relation till antal vårdtillfällen i slutenvård för personer 65 och äldre, Stockholms län 2015. Källa: WebCare 2015



### *Inskrivningsmeddelande*

När en person skrivs in i den slutna hälso- och sjukvården och den behandlande läkaren gör bedömningen att det efter utskrivning kan behövas vård och omsorgsinsatser från kommunens socialtjänst och/eller den öppna hälso- och sjukvården, ska sjukhuset via WebCare skicka ett inskrivningsmeddelande till parterna. Oftast rör det sig om äldre personer som har behov av äldreomsorg och insatser från vårdcentralen, till exempel hemsjukvård. WebCare ger möjlighet till kommunikation med chatt-meddelanden mellan sjukhuset, kommunen och vårdcentralen under den tid personen vistas på sjukhuset.

Biståndshandläggaren i kommunen och sjuksköterskan på vårdcentralen informerar sjukhuset, via WebCare, om vilka insatser som redan beviljats samt eventuellt annat av vikt. I inskrivningsmeddelandet anges en preliminär bedömning av när personen kan komma att skrivas ut. År 2015 skickades ett inskrivningsmeddelande vid 40 procent av samtliga vårdtillfällen för personer 65 år och äldre (figur 2).

### *Kallelse till utskrivningsplanering*

När läkaren bedömer att personen inte längre behöver sjukhusvård och är utskrivningsklar, men att det därefter kan behövas mer eller andra vård- och omsorgs-

insatser än vad personen hade före sjukhusvistelsen, ska en kallelse till vårdplanering skickas till kommunen och den öppna hälso- och sjukvården, vanligtvis vårdcentralen. I praktiken varierar det i vilken utsträckning sjukhusen kallar vårdcentralerna till vårdplanering då det visat sig att dessa i regel inte anser sig ha möjlighet att åka till sjukhuset och delta. Vårdcentralerna kan via WebCare svara att de inte har för avsikt att närvara och istället be sjukhuset att kontakta dem per telefon och WebCare om personens sjukvårdsbehov efter utskrivning, samt att eventuellt skicka remisser. Även anhöriga bjuds in till mötet efter överenskommelse med patienten.

### *Förkortade ärenden*

Cirka en tredjedel av samtliga inskrivningsmeddelanden under 2015 resulterade i en kallelse till utskrivningsplanering (figur 2). Om det efter inskrivningsmeddelandet visar sig att en person inte har något behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser, eller om behovet är oförändrat inför hemgången, kallas inte till planering. I det senare fallet har sjukhuset endast telefonkontakt med vårdcentralen och/eller hemtjänsten för att meddela tidpunkt för hemgång. Två tredjedelar av alla inskrivningsmeddelanden blev sådana förkortade ärenden under 2015.

### *Utskrivningsplaneringen*

Mötet leds av någon från sjukhuset, vanligen en sjuksköterska, men det finns exempel på andra yrkeskategorier. De flesta planeringar sker genom ett fysiskt möte på sjukhuset där patient och eventuell anhörig, biståndshandläggare samt sjukhusets utskrivningsansvariga träffas. Sjukhusets rehabpersonal deltar vid behov, läkare deltar sällan och någon från vårdcentralen i stort sett aldrig. Det är också sällsynt att någon från primärvårdsrehab eller hemtjänstens personal som deltar. Vid små förändringar av behov görs ibland planeringar per telefon eller endast via WebCare. Videomöten förekommer i enstaka fall.

### *Efter utskrivningsplaneringen*

Efter mötet gör biståndshandläggaren sin utredning och fattar beslut om insatser, alternativt tar fram förslag till beslut inför ärendedragning med kolleger och chef. Handläggaren meddelar sjukhuset beslutet via WebCare och den äldre och anhöriga per telefon. Handläggaren skickar också beställning till den valda hemtjänstutföraren, alternativt till korttidsvårdsenhet eller särskilt boende.

Sjukhuset meddelar berörd vårdcentral, via WebCare och oftast också per telefon, beräknad tidpunkt för hemgång och vilka sjukvårdsinsatser personen behöver därefter. Ibland skickas även remisser, framförallt för läkarinsatser men även för insatser från hemrehab. Om rehabpersonal varit inkopplade på sjukhuset brukar de vanligen överrapportera per telefon till primärvårdsrehab.

Den vårdplan som enligt lagen ska upprättas skrivs i WebCare. Respektive part, sjukhuset, kommunen och vårdcentralen, skriver sin del i ett färdigt formulär. Informationen i vårdplanen, tillsammans med uppgifter om ansvarig läkare, läkemedelslista och annat, ingår i det trygghetskvitto som den enskilde får med sig vid utskrivningen. Trygghetskvittot innehåller information om anledningen till

sjukhusvistelsen, vad som gjorts på sjukhuset och hur en eventuell uppföljning sker. Det syftar också till att patienten ska veta vart och till vem hen kan vända sig om behov finns.

Vid utskrivning till ordinärt boende får hemtjänsten, via mejl eller telefon, veta från antingen biståndshandläggaren eller sjukhuset tidpunkten för hemkomst. Vid behov möter hemtjänsten upp och ser till att personen kommer in i bostaden och får nödvändig hjälp. I de fall vårdcentralen delegerar uppgifter till hemtjänsten, t.ex. överlämning av medicin eller hjälp med stödstrumpor, har hemtjänsten och vårdcentralen kontakt med varandra i samband med utskrivning och om något akut inträffar.

## Omsorgsbehov vid utskrivning

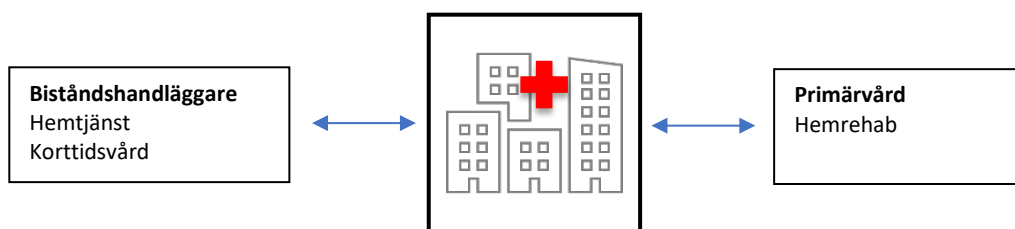
I WebCare registreras behov av hjälp med personliga aktiviteter i det dagliga livet (ADL) vid utskrivning från sjukhus. Vanligtvis har de äldre många samtidiga funktionsnedsättningar, vilket inte framgår av tabellen nedan. Registreringarna visar att många av de äldre som genomgått en utskrivningsplanering har stora kvarstående behov av omsorgsinsatser. En stor majoritet behövde hjälp med dusch eller bad och på- och avklädning. Hälften behövde hjälp med toalettbesök, med inkontinenshjälpmedel och vid förflyttningar. Mellan 15 och 25 procent behövde hjälp med matintag (Tabell 14). I bilaga 2 finns ADL-behov redovisade för respektive områden.

Tabell 14. Andel (%) med behov av hjälp med primär ADL vid utskrivning för personer, 65 år och äldre som genomgått utskrivningsplanering 2015. Källa: WebCare.

	Dusch/ bad	På/ avkläd	Toa	Förflyttning	Inkontinens	Matintag
<b>Länet</b>	82	64	52	47	47	19
<b>Norrtälje</b>	73	58	42	39	44	21
<b>Södertälje</b>	76	61	54	56	55	15
<b>Sundbyberg</b>	82	64	53	51	54	25
<b>Stockholms stad</b>	83	65	53	47	47	16

## Erfarenheter från utskrivningsplaneringar

För att beskriva berörda aktörers erfarenheter genomfördes intervjuer med representanter för de parter som vanligtvis blir involverade i samband med att en äldre person ska skrivas ut från slutenvården: sjukhuset, kommunens biståndshandläggare, vårdcentraler, rehabenheter och hemtjänsten. Kommunikationen dem emellan illustreras i figur 3 nedan. Sjukhuset initierar utskrivningsplaneringen och kommunicerar separat med vårdcentralen och kommunen. Hemrehab och hemtjänsten tar vid först när den äldre kommit hem utifrån remiss respektive beställning.



Figur 3: Kommunikation mellan berörda aktörer vid utskrivning från sjukhus

### *Utskrivningsplaneringens förutsättningar*

I stort följer utskrivningsplaneringen de ovan beskrivna stegen. Hur man arbetar och organiserar sig i detalj varierar dock. På många sjukhus, men inte alla, organiseras arbetet så att en eller flera personer ansvarar för samtliga utskrivningsplaneringar. De är för det mesta sjuksköterskor, men de kan även ha en annan profession. Vissa kommuner/stadsdelar har specifika biståndshandläggare som ansvarar för samtliga utskrivningsplaneringar, andra har ett rullande schema där några handläggare i taget frikopplas från annat arbete under en viss period för att enbart ägna sig åt utskrivningsplaneringar.

### *De flesta utskrivningsplaneringar sker på geriatriska avdelningar*

De allra flesta utskrivningsplaneringarna sker på geriatriska avdelningar. Enligt flertalet av de intervjuade biståndshandläggarna tycks geriatriken i allmänhet vara bättre rustad för att ansvara för utskrivningsplaneringar än andra avdelningar på akutsjukhusen. En sådan grundförutsättning, som att det finns ett lämpligt avdelat rum för vårdplaneringsmötet, skiljer stort mellan geriatriska och andra avdelningar. På geriatriska avdelningar har man ofta särskilt avdelad personal, oftast sjuksköterskor, för att ansvara för all samordning kring samtliga utskrivningar. I och med det har man mer erfarenhet, bättre kunskap om hela vårdplaneringsprocessen och om WebCare. Tydliga och fungerande rutiner har utarbetats, t.ex. för hur själva vårdplaneringsmötet ska gå till. Några geriatriska kliniker har möjlighet till utskrivningsplanering via videomöten.

### *WebCare - ett bra kommunikationsverktyg*

De flesta aktörer som har tillgång till WebCare upplever det som ett bra kommunikationsverktyg, särskilt kommentarsfälten och chatt-funktionen uppskattas av många och upplevs som smidiga. Alla intervjuade ser det som en fördel att det blivit allt vanligare med särskilt ansvarig personal för utskrivningsplaneringar och hanteringen av WebCare, vilket gör att informationsöverföringen fungerar mer tillförlitligt. Layouten i WebCare kan dock upplevas som något föråldrad vilket ställer krav på användaren.

### *Inskrivningsmeddelandena kan vara sena*

Biståndshandläggare och vårdcentraler nämner att sjukhusen ibland missar att skicka ett inskrivningsmeddelande, men samtidigt anses det fungera mycket mer tillförlitligt än för några år sedan. Sena inskrivningsmeddelanden, som kan komma nästan samtidigt med kallelsen till vårdplanering, kan försvåra biståndshandläggarnas och vårdcentralernas framförhållning och planering. Dock är det en vanlig bedömning att det är för tidigt att påbörja en planering redan vid inskrivningen, eftersom det då kan vara svårt att bedöma vilka behov som finns när det är dags för utskrivning.

### *Vårdcentraler deltar inte i vårdplaneringsmöten*

Genomgående ansåg sig vårdcentralernas distriktssköterskor inte ha tid att medverka vid vårdplaneringar, särskilt som kallelsena kommer så sent att de redan är fullbokade. Vanligen bedömer distriktssköterskorna att de istället kan få nödvändig information om patientens fortsatta medicinska behov via WebCare, TakeCare eller telefon. De såg vårdplaneringsmöten i huvudsak som ett tillfälle där de kommunala insatserna planeras. Några distriktssköterskor har dock uttryckt att de i vissa fall skulle vilja delta men att den korta tiden mellan kallelse och möte med nuvarande organisation och resurser gör det omöjligt att planera in tid för möten på sjukhuset. Även utskrivningssjuksköterskor på vissa geriatriska avdelningar anser att vårdcentraler oftare borde delta i vårdplaneringar.

### *Svårt att nå vårdcentralerna per telefon*

En vanlig synpunkt från sjukhusens sida är att det är svårt att komma i telefonkontakt med vårdcentralerna. Tjänstenummer i WebCare är inte alltid uppdaterade och utskrivningsansvariga tillbringar på vissa håll mycket tid med att ringa upprepade gånger till vårdcentralen för samma ärende.

Hemtjänsten kan också ha svårt att kvällar, nätter och helger komma i kontakt med husläkarjouren när medicinska frågor eller behov, exempelvis gällande läkemedel eller smärta, uppstår i samband med utskrivning. Hemtjänsten behöver ringa vårdguiden för att kunna komma i kontakt med hemsjukvårdsjouren.

## **Utskrivningsklar - men till vad?**

Generellt betonar många av de intervjuade att äldre personer som idag skrivs ut till hemmet är i mycket dåligt skick och har stora kvarstående vård- och omsorgsbehov. Ett citat från en utskrivningssjuksköterska kan illustrera komplexiteten i samband med utskrivning:

*”Det är ofta väldigt mycket jobb kring varje utskrivningsplanering. Många patienter är väldigt gamla, över 85 eller 90 år, och multisjuka. Det blir ofta som små sjukhus hemma. Missbruksproblem, andra problematiska hemförhållanden, samt psykisk ohälsa gör också vårdplaneringen mer krävande.”*

Samtidigt håller de intervjuade med om att de allra flesta som skrivs ut inte längre har behov av sådan sjukvård som ges på sjukhus (slutenvårdens resurser). Frågan

är dock vad patienterna skrivs ut till? Sjukhuspersonalens uppfattning är att korttidsvård och särskilt boende beviljas alltför sällan. Biståndshandläggarna säger att personerna generellt återhämtar sig bäst i det egna hemmet, där också eventuell träning kan anpassas till de individuella förhållandena. Korttidsvård beviljas restriktivt vid utskrivning från sjukhus. När så sker kan det vara personer som inte kan klara sig i sitt hem och en bedömning kan behöva göras om personen måste flytta till särskilt boende, eller om det är farligt för den äldre att vistas där ensam.

Biståndshandläggarna berättade att sjukhusets personal kan ha åsikter om vilka insatser en person behöver efter utskrivning och att de även diskuterar det med den enskilde och dennes anhöriga. De menade att det kan ge orealistiska förväntningar om att få komma till korttidsvård eller särskilt boende. Den enskildes oro för att inte klara sig hemma med hemtjänst kan då förstärkas och biståndshandläggaren får svårt att vända dessa farhågor.

### *Mottagande i hemmet*

Utskrivningsplaneringen på sjukhuset syftar till att trygga en säker och kontinuerlig vård och omsorg efter utskrivning från sjukhuset, genom att överföra ansvaret till berörda parter. Enligt de intervjuade fungerar det i stort sett, men det har också framkommit synpunkter som visar på svaga länkar i övergången mellan slutenvård och öppenvård samt kommunens äldreomsorg. När exempel ska ges på fall där en person riskerat att inte få sin hjälp, har det främst handlat om att en äldre person sänts hem från akuten utan att ha blivit inlagd.

### *Hemtjänstens roll*

Först efter utskrivningen, när den enskilde kommer hem från sjukhuset, blir hemtjänsten involverad och är den aktör som ser resultatet av utskrivningsprocessen. Flera av de intervjuade hemtjänstrepresentanterna är dock osäkra på hur utskrivningsplaneringen som helhet är tänkt att fungera. De upplever att det varierar vem som hör av sig inför en utskrivning, när och hur man blir kontaktad. De undrar ibland varför vissa har hjälpmedel med sig från sjukhuset och andra inte?

Trots att hemtjänsten är van vid snabb och flexibel planering var en vanlig synpunkt att utskrivningar ofta sker med alltför kort varsel. I de fall där det blivit en förkortad utskrivningsplanering kan sjukhuset ringa samma dag och meddela att personen kommer hem med behov av samma insatser som tidigare.

När det gäller ändrade insatser eller nya ärenden måste hemtjänsten ibland påbörja arbetet innan en beställning hunnit komma från biståndshandläggaren, som arbetar kontorstid. Hemtjänstpersonalen får då improvisera, vilket medför stress och onödig administration.

Hemtjänsten, och även flera vårdcentraler, lyfter hur svårt det är att ta emot framförallt nya kunder/patienter fredag eftermiddag eftersom det då, före helgen, inte hinns med att installera larm, få nycklar m.m. Det kan också bli svårare att ordna med att mat finns hemma, eller att ordna med nya mediciner som skrivits ut på sjukhuset.

Vårdcentralen arbetar inte på helgen och jourhavande hemsjukvård kan vara svårt att nå och har mindre kunskap om den enskilde, samt kan ha svårt att ens komma in i bostaden. I hemtjänsten arbetar ofta timanställda på helgerna och dessa är inte alltid så insatta i personens förhållanden.

En annan allmän reflektion är att det kan dröja alltför länge innan viktiga hjälpmedel, såsom lift och vårdsäng, är på plats. Det kan dröja någon vecka eller mer efter hemkomsten - något som försvårar för såväl den enskilde som för hemtjänstens personal i en redan känslig situation.

### *Hemrehab roll*

Sjukhuset har ansvaret för att lämpliga hjälpmedel finns som täcker behovet 24 timmar från utskrivning. Vissa hjälpmedel kan patienten få med sig direkt från sjukhusens förråd, till exempel fristående toalett, rollator, eller rullstol. Om behov av fortsatt rehabilitering och hjälpmedel finns skickar sjukhuset en remiss till hemrehab som inom 24 timmar efter hemkomsten ska ta kontakt med personen. I regel görs sedan ett hembesök inom några dagar, i akuta fall snabbare, för att bedöma mer i detalj vilka hjälpmedel som behövs och hur det fungerar i hemmet. Därefter görs beställningen, vilket innebär att det kan ta upp till två veckor innan alla hjälpmedel är på plats.

Flera intervjuade representanter för hemrehab uppgav att de inte alltid hinner ge alla insatser som skulle behövas, men att de i det stora hela kan ge nödvändigt stöd till äldre som kommer hem från sjukhuset. Enligt några av de intervjuade får äldre personer som skrivs ut från sjukhus dock för lite rehabilitering. Ofta innebär rehab på sjukhusen snarare en bedömning än faktisk träning. Inom den somatiska akut-sjukvården är det inte givet att rehabpersonal alls blivit involverade. Då sker inte heller någon överrapportering till primärvårdsrehab.

Inte heller i hemmet blir det alltid tillräcklig träning. En fysioterapeut kan komma hem några gånger under 2 - 3 veckor för att hjälpa till med träning. Ofta får personen ett träningsprogram och förväntas fortsätta träna själv. Det innebär att det ställs höga krav på individens motivation, att veta hur man ska träna, att komma ihåg och att ta initiativ. Hemrehab kan också instruera hemtjänstpersonal i hur de bäst hjälper till vid förflyttningar. Hemtjänsten beviljas dock sällan extra tid för regelrätt träning eftersom det bedöms som en HSL-insats som inte ligger på kommunen.



## Modeller för att underlätta övergången mellan slutenvård och hemmet

### *Tryggt mottagande i hemmet*

I tre stadsdelar i Stockholms stad har det under 2017 pågått ett pilotprojekt inom hemtjänsten för att prova en modell för tryggt mottagande i hemmet för äldre som skrivs ut från slutenvård. Pilotprojekten är nu permanentade och stadens målsättning är att i någon form implementera verksamheten i Stockholms alla fjorton stadsdelar. I Södertälje, Järfälla och Vallentuna finns så kallade hemtagningsteam som arbetar på liknande sätt.

I Stockholmsförsöket bestod personalen av särskilt utvalda, erfarna undersköterskor, organisatoriskt knutna till beställarenheten i respektive stadsdel, som har haft uppdraget att ta emot och under cirka två veckor, måndag till fredag dagtid, ge utökad stöd till särskilt sårbara personer. Kvällar, nätter och helger har ordinarie vald hemtjänstutförare gett beviljad hjälp.

Syftet med arbetssättet är att göra det möjligt för äldre med omfattande behov av hjälp och trygghet att kunna återvända hem efter en sjukhusvistelse, samt att undvika återinskrivning på sjukhus. De stora skillnaderna jämfört med ordinarie hemtjänst har varit personalkontinuiteten, att betydligt mer tid har kunnat ägnas åt den äldre samt att undersköterskorna haft en hög kompetens och stor erfarenhet.

I intervjuer med representanter för ”Tryggt mottagande” i Stockholm konstateras att det inte finns entydiga kriterier för vilka som erbjuds insatsen. Det har handlat om behov av trygghet, äldre där hjälpen tidigare inte fungerat tillfredsställande, äldre som fått avslag på ansökan om korttidsvård, stora omvårdnadsbehov med dubbelbemanning eller där det behövts pushning på grund av exempelvis depression. Tillgång till personal i teamen har också styrts vilka som kunnat få insatsen vid en viss tidpunkt.

Efter att biståndshandläggarna gemensamt kommit fram till när det varit lämpligt att ge Tryggt mottagande-gruppen ett uppdrag har det i allmänhet påbörjats genom att ansvarig undersköterska besökt personen redan på sjukhuset för att presentera sig och berätta om vad som kommer att ske efter hemkomsten. Undersköterskan har sedan tagit emot personen i hemmet och gemensamt med denne kommit överens om hur de beställda insatserna ska utföras och när. I upp till två veckor har sedan samma undersköterska utfört dessa insatser, haft nära samverkan med anhöriga samt på övrig arbetstid tagit kontakt med och haft möten med andra vårdaktörer, till exempel vårdcentral och rehab. Ofta har personalen tillsammans kunnat göra en första bedömning av vad som behöver anpassas i hemmet och vilka hjälpmedel som behövs, något som kunnat påskynda processen vid besök från rehab.

Varje undersköterska har i stort sett haft ansvaret för ett ärende under dessa två veckor, ibland har ett nytt ärende kunnat påbörjas mot slutet av tiden. Det betyder inte att man är hos den äldre hela dagarna, men däremot gör personalen flera besök under dagen. Undersköterskan har också haft ett tätt samarbete med den ordinarie hemtjänsten, inte minst inför överlämnandet dit efter de två veckorna. Mot slutet av perioden hålls ett uppföljningsmöte i form av en SIP, samordnad individuell planering, hemma hos den äldre. Då är även representanter från vårdcentral och, vid behov, rehab med.

Intervjuade hemtjänstutförare har sagt att det kan vara svårt att ta över ett ärende från Tryggt mottagande eftersom övertagandet kan upplevas som en stor försämring. Hemtjänsten är exempelvis inte organiserad för att kunna ge samma höga kontinuitet och har heller inte lika mycket tid till förfogande för varje enskild person. Samtidigt säger en del av de intervjuade i hemtjänsten att det skulle vara möjligt även för dem att organisera "Tryggt mottagande" om förutsättningar ges i form av samma möjlighet till tid hos den äldre, mertid.

### *Utskrivningsteam - Södertälje sjukhus*

I syfte att frigöra sjukskötersketid pågår på Södertälje sjukhus sedan oktober 2017 ett projekt kallat utskrivningsteam. I teamet finns olika professioner som alla kan ansvara för utskrivningsplaneringarna på sjukhuset. Tanken är att det inte behöver vara en sjuksköterska som informerar biståndshandläggaren om den medicinska bedömningen och den äldres funktionsförmåga. Vårdplanerna träffar vårdpersonalen, patient och anhöriga och läser på före mötet. Information om medicinska behov efter utskrivningen ges via WebCare samt genom att ansvarig sjuksköterska på avdelningen ringer till vårdcentralen.

### *Öppen retur - Jakobsbergsgeriatriken*

På geriatriken på Jakobsbergs sjukhus har man infört så kallad "öppen retur" vid utskrivning. Detta innebär att patienten ges möjlighet att inom en vecka ringa till avdelningen och genom läkarbeslut bli återinlagd utan att behöva gå via akuten. Det handlar framför allt om patienter som vill åka hem, men där det finns en osäkerhet om hur personen kommer att klara sig i hemmet. Det händer dock ganska sällan att patienten behöver utnyttja öppen retur. Det sker mindre än en gång per månad enligt de intervjuade.

### *Samordning av hälso- och sjukvård och äldreomsorg i Norrtälje*

Tiohundra projektet i Norrtälje startade 2006 med syfte att nå en samordning av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Projektet permanentades 2016, och blev då ett kommunalförbund, Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, ledd av en direktion och en egen förvaltning, som fungerar som beställare och där bl.a. myndighetsutövningen finns. Kommunalförbundet äger Vårdbolaget Tiohundra. Vårdbolaget driver bl.a. Norrtälje sjukhus, vårdcentraler och inom kundvalet äldreomsorg, där hemsjukvård och hemrehabilitering är integrerad (Schön, m.fl., 2012).

Enligt sjukhuset är det få utskrivningsklara patienter som legat kvar mer än fem dagar de senaste åren. Flera faktorer har samverkat till detta. Sjukhuset och

vårdbolagets vårdcentraler har en gemensam ledningsgrupp, vilket ökat kunskapen om varandra och samarbetet mellan öppen och slutenvård. Ledningsgruppen arbetar med de gemensamma processerna och omhändertagandet av olika patientgrupper för att alla ska vara klara över sin roll och sitt ansvar. Till skillnad mot en samverkansgrupp kan ledningsgruppen fatta gemensamma beslut.

Det finns ett nära samarbete mellan sjukhuset och biståndsenheten, med regelbundna gemensamma möten, vilket har skapat en samsyn. Det går smidigt att ordna med vårdplanering. Om sjukhuset är överbelastat kan boendena med biståndsenhetens stöd ordna tillfälliga platser. Vid snabba utskrivningar, t.ex. från akuten, finns en trygghetsjour som ser till att insatser i hemmet kommer på plats och att de som behöver få information blir kontaktade. Trygghetsjouren fungerar också som biståndsbedömare och har rätt att fatta vissa beslut på obekvämtid om något krisar i hemmet. Biståndshandläggarna som svarar för vårdplaneringen på sjukhuset bedömer att samarbetet fungerar bra, men att tiden för att planera för hemgång kan vara väl knapp.

Genom att kundvalet i Norrtälje är organiserat så att alla utförare ska kunna erbjuda en samlad hemtjänst, hemsjukvård och hemrehab finns det ett team som tar hand om den äldre personen när denne kommer hem. Har personen valt egen regi, alltså vårdbolaget Tiohundra, finns även en geriatriker med i teamet. Behovet av SIP bedöms till stor del kunna tillgodoses genom det teamarbete som redan finns i organisationen.

Att utförarna i kundvalet har ansvar för både hemtjänst och hemsjukvård och hemrehab innebär att det är lättare att samordna insatserna och arbeta teambaserat, vilket samtliga intervjuade ser som en stor styrka och som omsorgstagarna ser som en trygghet (Gillingsjö, & Fagerheim, 2017).

En sammanfattning av de redovisade resultaten gällande Norrtälje visar att andelen äldre är högre än resten av länet (26 %) jämfört med 16 procent. En mycket lägre andel har hemtjänst medan andelen med särskilt boende är något högre än länsgenomsnittet. Andelen som gjorde återbesök på akutmottagning inom 10 respektive 30 dagar var något högre i Norrtälje. Vårdtiden på geriatrisk klinik var betydligt längre och fler skrevs ut till särskilt boende från geriatrisk klinik. Men vårdtiden som utskrivningsklar var lägst i länet liksom andelen personer där betalningsansvaret trädde i kraft enligt betalningsansvarslagen. Andelen återinskrivna i slutenvård inom 10 respektive 30 dagar efter tidigare sjukhusvistelse, var i nivå med länet i övrigt.

## Korttidsboenden - endagsinventering

Under hösten 2017 fanns det i länet totalt 59 korttidsboenden med tillsammans 736 platser.

För att få en bild av korttidsvårdens omfattning och innehåll genomfördes en endagsinventering med hjälp av en elektronisk enkät. I enkäten efterfrågades uppgifter om de personer som fanns på korttidsboende onsdagen den 29 november 2017. Enkäten besvarades av 52 enheter (svarsfrekvens 88 %) och gällde för 591 av de 736 platserna (80 %). Inget av korttidsboendena i Norrtälje och Södertälje besvarade enkäten, vilket gör att redovisningen sker på länsnivå (Tabell 15).

Den aktuella dagen användes 469 platser, vilket ger en nyttjandegrad på 79 procent.

Tabell 15. Antal enheter, och platser korttidsboende i Stockholms län, 2017.

	Totalt	Enkät svar	(%)
<b>Antal enheter</b>	59	52	88,1
<b>Antal kommuner</b>	26	22	91,7
<b>Antal platser</b>	736	591	80,1
<b>Använda platser</b>		469	79,4

Enkät svaren gällde för totalt 455 personer av de rapporterade 469 använda platserna. Tre enheter, med totalt 40 personer, besvarade enbart en förkortad enkät med frågor om ålder, kön och anledning till vistelsen på korttidsboendet. Från övriga 415 personer finns fullständiga enkät svar (Tabell C7 - C9 Bilaga 3). De allra flesta platserna användes av personer som bodde i samma kommun som korttidsboendet. Sex procent av platserna användes av personer från annan kommun.

Orsaken till vistelsen på korttidsboendet kunde besvaras med tre alternativ: Vård efter sjukhusvistelse eller vård av personer som kommer från eget boende, uppdelat på växelvård/avlösning eller vård av annan orsak. Drygt hälften (51 %) beviljades plats på korttidsboendet efter sjukhusvistelse (Tabell 16). Orsaken var i fallande grad återhämtning, fortsatt utredning, väntan på plats på vård- och omsorgsboende och/eller rehabilitering. Andra anledningar var läkemedelsinställning och bostadsanpassning. Ett fåtal (3 %) var där för palliativ vård (Tabell C4 Bilaga 3).

Övriga personer på korttidsboendena kom från hemmet (Tabell 16). Drygt var tredje person (37 %) var där för växelvård/avlösning och 12 procent var där av annan anledning. Det handlade oftast om otrygghet i hemmet eller att hemsituationen var ohållbar av olika anledningar. Anledningen till att växelvård eller avlösning beviljats var antingen avlösning på grund av demenssjukdom (47 %) eller avlösning p.g.a. annan sjukdom (47 %) (Tabell C5 + C6 Bilaga 3).

Tabell 16. Demografi gällande de äldre som vistades vid länets korttidsboenden 29:e november, 2017.

Variabel	Antal	%	Från sjukhus		Från bostaden			
			Antal	%	Växel- vård/ avlösning	%	Annan orsak	%
Personer	455		232	51,0	170	37,4	53	11,6
Män	249	54,7	99	42,7	130	76,5	20	37,7
Kvinnor	206	45,3	133	57,3	40	23,5	33	62,3
<b>Ålder: medel: 82,1 median: 83</b>			82,6		81,2		82,2	
Män medel: 81,0 median: 81			84,2		81,3		81,0	
Kvinnor medel: 83,3 median: 84			80,6		81,0		82,9	
<b>Full registrering</b>	<b>415</b>		<b>205</b>		<b>159</b>		<b>51</b>	
Ensamboende	194	46,7	144	70,2	16	10,1	34	66,7
<b>Anledning till plats</b>								
Vård efter sjukhus	232	51,0						
Växel/avlösning	170	37,4						
Annan orsak	53	11,6						
<b>Beräknat antal dagar på korttidsboendet, median</b>			35 dagar		14 dagar		15 dagar	

## Tid på korttidsboende

De personer som fanns på korttidsboende på grund av avlastning eller växelvård alternativt annan anledning stannade i genomsnitt två veckor. De som var där efter sjukhusvistelse stannade fem veckor. Men variationen var stor, från två dagar till 418. Medianvärdet var 35 dagar.

## Utskrivning efter korttidsplats

Hälften av de personer som fanns på korttidsboendet efter sjukhusvistelse beräknades gå till särskilt boende. I gruppen som var på korttidsboende och kom hemifrån av annan anledning än växelvård/avlösning beräknades drygt 60 procent gå till särskilt boende. För en knapp femtedel av personerna fanns inget beslut om utskrivningsplats (Tabell 17).

Tabell 17. Utskrivningsplats efter vistelse på korttidsboende.

Efter korttid:	Antal	%	Från sjukhus	%	Växelvård/ avlösning	%	Annan orsak	%
Hem	198	47,7	57	27,8	137	86,2	5	9,8
Säbo	150	36,1	102	49,8	16	10,1	31	60,8
Ej bestämt	35	8,4	24	11,7	2	1,3	9	17,6
Vet ej	32	7,7	22	10,7	2	1,3	6	11,8
Saknas uppgift					2	1,3		

## Sjukvårdsinsatser på korttidsboendet

Sjukvårdsinsatserna på korttidsboendena gavs framför allt till de personer som kom från sjukhus. Det gällde både medicinska insatser och rehabilitering. Nästan alla (97 %) hade läkemedelsbehandling. Drygt hälften (56 %) erhöll rehabinsatser från sjukgymnast och eller arbetsterapeut. Avancerade medicinska insatser (som intravenös näring, dialys, transfusioner) förekom i begränsad omfattning. För varannan person hade läkare förändrat insatserna under tiden på boendet. Remiss till slutenvården skrevs för 15 procent av personerna som kom från sjukhus. I Tabell C8 i Bilaga 3 redovisas utöver gruppen från sjukhus även medicinska insatser för dem som kom hemifrån.

## Omsorgsbehov

En fjärdedel av personerna på korttidsboendet hade synnedsättning respektive hörselnedsättning. Hälften hade urininkontinens. Drygt hälften bedömdes lida av oro och ängslan. Mer än två tredjedelar (68 %) hade en kognitiv nedsättning. Var femte uppvisade svårhanterliga beteenden. Det fanns inga stora skillnader mellan de tre grupperingarna förutom vid medicinska symtom som hjärtsvikt, smärta, yrsel, andningssvårigheter och trycksår som var överrepresenterade i gruppen som kom från sjukhuset (Tabell C9 i bilaga 3).

## ADL-förmåga

Det fanns ett stort behov av hjälp med ADL oavsett orsaken till vistelsen på korttidsboendet. Nästan alla (97 %) var beroende eller delvis beroende av hjälp med bad och dusch. Nästan lika många (85 %) behövde hjälp med av- och påklädning. Var tredje person (75 %) behövde hjälp vid toabesök och 64 procent vid förflyttning. Hälften behövde hjälp vid födointag. (Tabell C10 i bilaga 3).

# DISKUSSION

Vårdplatserna på sjukhus har halverats under de senaste 25 åren och vårdtiderna har kortats, vilket innebär en större omsättning av patienter. Länets kommuner har också under de senaste femton åren avvecklat drygt en fjärdedel av platserna i särskilt boende. Denna utveckling har medfört ett ökat tryck på primärvården, hemtjänsten, familj och anhöriga.

För dem som blir inskrivna på sjukhuset och bedöms behöva hjälp efter utskrivningen ska sjukhusen förvarna primärvården och kommunens äldreomsorg. När patienten bedöms vara utskrivningsklar, ska sjukhuset kalla berörda parter för att planera eftervården. Kommunens betalningsansvar, som tidigare reglerades i lag från 1992, utlöses efter fem vardagars respittid. Från 2018 har en ny lag ersatt den gamla, som innebär en reducerad tid, tre dagar, innan betalningsansvaret träder i kraft. Frågan är vilka konsekvenser den nya lagen får och hur den kommer att påverka vården och omsorgen för de äldre, på sjukhus och i hemmet.

Detta var bakgrunden till att Äldrecentrum våren 2017 initierade en kartläggning av äldres utnyttjande av sjukhusvård i Stockholms län, med fokus på utskrivningsplanering av nödvändig eftervård. Med tanke på aktuella strukturella förändringar i sjukhusvården, primärvården och den kommunala äldreomsorgen, var ambitionen att försöka beskriva situationen innan förändringarna skedde, som en baseline för fortsatta uppföljningar.

Äldrecentrums rapport bygger på data från olika register, framförallt uppgifter från sluten- och öppen hälso- och sjukvård för 2015. Dessutom har uppgifter från WebCare, som är ett system för informationsöverföring i samband med utskrivningsplanering sammanställts för 2015. Förutom registerbearbetningar har Äldrecentrum genomfört intervjuer med nyckelpersoner på sjukhus, i primärvården och kommunens äldreomsorg som är involverade i utskrivningsprocessen från sjukhus. Därtill genomfördes en studie av länets korttidsboenden.

## Täckningsgrad för vård och omsorg om äldre

En åldrande befolkning innebär ökade behov av vård och omsorg. Därför är befolkningsstrukturen många gånger avgörande för efterfrågan på vård och omsorg. Stockholms län har en relativt ung befolkning, jämfört med övriga landet. Knappt sexton procent är 65 år eller äldre och ungefär fyra procent 80 år eller äldre. Det kan jämföras med riket 19,8 procent 65 år och äldre respektive 5,5 procent 80 år och äldre. Jämför man länet och de fyra fördjupningsområdena ser man att Norrtälje har en betydligt äldre befolkning än de övriga studerade kommunerna.

En annan viktig förutsättning för äldres välfärd är tillgången på vård och omsorg. I Stockholms län har primärvården ansvar för sjukvården i det ordinära boendet. I övriga landet har hemsjukvårdsansvaret övertagits av kommunerna. Om man jämför täckningsgraden, det vill säga andelen 65 år och äldre som är inskrivna i hemsjukvården, så är den 6,8 procent i Stockholm län. Det kan jämföras med 11,5 procent i riket i övrigt. Med reservation för skillnader i definitionen av att ”vara

inskriven i hemsjukvård” i olika delar av landet, är således täckningsgraden betydligt lägre i Stockholms län än i övriga landet. Det är intressant med tanke på samverkan som en följd av den nya lagen och den tänkta men avbrutna (2018) kommunaliseringen av hemsjukvården i Stockholms län.

Täckningsgraden i äldreomsorgen, i det här fallet hur stor andel av befolkningen 80 år och äldre som får hemtjänst, ligger i länet något över (26 %) nivån för riket (24 %). Norrtälje har betydligt lägre täckningsgrad (17 %) liksom Södertälje (19 %) än länet i övrigt. Beträffande särskilt boende var täckningsgraden i samma åldersgrupp, 80 och äldre, i länet (14 %) i nivå med riket (13 %) utom Södertälje som har en lägre täckningsgrad än de övriga områdena.

## Äldre personer som söker sjukhusvård

Äldre personer utgör en mycket stor andel av dem som söker vård vid länets sjukhus. Som kartläggningen visar gjordes totalt 640 000 besök på akutmottagningarna vid länets sjukhus 2015. Äldre svarade för närmare en fjärdedel (24 %) av alla besök. Elva procent av alla besök, gjordes av personer 80 och äldre. Skillnaderna är små mellan fördjupningsområdena och länet i övrigt.

Det saknas relevanta jämförelsemöjligheter med andra delar av landet, men i en kartläggning som Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) genomfört beträffande omhändertagandet av sköra äldre, fann man att äldre personer svarade för cirka 30 procent av alla besök vid landets akutmottagningar (SBU, 2013). Andelen äldre personer som söker vård vid akutmottagningarna är alltså något lägre i Stockholm, jämfört med vad som framkom i SBU:s kartläggning, vilket delvis kan förklaras av att andelen äldre personer är lägre i Stockholms län än riksnittet.

Kartläggningen visar att äldre i högre grad än yngre sökte vård på akutmottagningen av ospecifika orsaker. Det kan vara en delförklaring till de allt längre väntetiderna för patienter på landets akutvårdsenheter. Det tar helt enkelt längre tid att diagnosticera äldre och bedöma om det är nödvändigt att skriva in patienten i slutenvård. Samtidigt bidrar bristen på vårdplatser till att väntetiderna (på akuten) blir allt längre för att få en vårdplats som inskriven i slutenvård (Socialstyrelsen, 2018). Närmare hälften av de äldre som sökte vård vid akutmottagningen blev inskrivna. Bland personer 80 år eller äldre resulterade 6 av 10 besök i en slutenvårdsvistelse.

Samtidigt är det en stor andel av besöken på akutmottagning som inte leder till inskrivning i slutenvård. Under 2015 var det nästan var femte äldre person som besökte akutvårdsmottagningen som återvände hem igen. Andelen besök som gjordes av äldre och som inte ledde till inskrivning varierade mellan de undersökta områdena. I Norrtälje var andelen som inte blev inskrivna bland de akutsökande äldre 32 procent och i Sundbyberg 17 procent.

Den ansträngda situationen på akuten återspeglas också av ett inte obetydligt antal nya besök på akuten bland de äldre som återvände hem igen utan att bli



inskrivna vid det tidigare besöket. Ungefär 15 procent av besöken på akutmottagningen renderade ett nytt besök inom 10 dagar och 24 procent inom 30 dagar. De nya besöken på akutmottagningen inom 10 dagar kan vara en indikation på att akutmottagningarna inte är organiserade så att de på ett adekvat sätt kan svara upp mot äldre multisjuka personers behov av hjälp.

## Äldre personer som blir inskrivna i slutenvård

Det finns två huvudsakliga sätt eller vägar att bli inskriven för vård vid sjukhus. Det stora flertalet blir inskrivna efter att ha sökt hjälp på akuten. Under 2015 skrevs var femte person, 65 år och äldre i länet, in i slutenvård vid minst ett tillfälle under året. Många av dessa var inskrivna ett flertal gånger under året.

Denna femtedel av den äldre befolkningen svarade för cirka 153 000 vårdtillfällen under året i slutenvård. Uttryckt på annat sätt, svarar personer 65 år och äldre för 45 procent och personer 80 år och äldre för 20 procent av alla vårdtillfällen. Med tanke på att 65-åringarna utgör 16 procent och 80-åringarna 4 procent av länets befolkning, är de äldre klart överrepresenterade bland dem som söker och blir inskrivna för vård på sjukhus. Precis som gruppen äldre som kom till akutmottagningen var den vanligaste anledningen till inskrivning på sjukhus orsaker av ospecifik karaktär. Sjukdomar i cirkulationsorganen var den vanligaste diagnosen bland äldre inskrivna i slutenvård.

Den andra möjligheten att bli inskriven i slutenvård är så kallad direktinskrivning. Det gäller situationer när patienten inte är i behov av ett akut omhändertagande, men ändå behöver slutenvård. Det kan handla om en förnyad vårdperiod för personer som tidigare varit inskrivna exempelvis vid geriatrisk klinik eller personer som blir inskrivna för operationer eller annan behandling. Äldre personer utgjorde närmare en tredjedel av alla som blev direktinskrivna i länet, och personer över 80 år stod för åtta procent av direktinskrivningarna.

## Ut från sjukhus

Av samtliga äldre som vårdats inom slutenvården 2015, blev 90 procent utskrivna till det egna hemmet. Knappt fem procent av patienterna flyttade från sjukhuset till särskilt boende, inklusive korttidsboende, och ungefär lika stor andel, fem procent avled under sjukhusvistelsen. I den grupp äldre som vårdas inom den slutna vården på geriatrisk klinik, skrevs tre fjärdedelar ut till det egna hemmet. Därutöver gick närmare 15 procent till särskilt boende och 8 procent avled. Det vanligaste är således att en äldre person återvänder till sitt hem. Det understryker vikten av att det finns en bra struktur för att ta hand om personer med omfattande vård- och omsorgsbehov efter utskrivningen från sjukhuset.

En del personer som vårdats på sjukhus, kommer tillbaka till sjukhuset en kort tid efter det att de blivit utskrivna. I länet var det cirka nio procent av samtliga 65 år och äldre som blev återinskrivna inom 10 dagar i slutenvård. Ungefär 19 procent av alla äldre återinskrivs inom 30 dagar. Här fanns inga större skillnader mellan de fyra fördjupningsområdena.

Om en äldre person bedöms behöva vård och omsorg efter sjukhusvistelsen, ska sjukhuset redan vid inskrivningen förvarna kommunen och primärvården om detta enligt lagen om kommunalt betalningsansvar. Av de äldre som blev inskrivna i slutenvård vid länets sjukhus under 2015, bedömdes det vid cirka 40 procent av vårdtillfällena finnas behov av eftervård.

Av dessa föll i sin tur cirka 65 procent bort av olika skäl under tiden på sjukhuset. Det kan vara så att den äldre inte behövde till exempel hemtjänst eller klarade sig med den hemtjänst hen redan hade, efter sjukhusvistelsen. Det innebar att endast en mindre andel, cirka 13 procent av det totala antalet vårdtillfällen som äldre svarade för, ledde till utskrivningsplanering.

Att antalet tillfällen när utskrivningsplanering kom till stånd är betydligt färre än vad man kunde tro med tanke på antalet fall som aktualiserades vid inskrivningen på sjukhus, väcker frågor inför implementeringen av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård som ersätter den gamla betalningsansvarslagen. Är det för många äldre som vid inskrivningen rapporteras ha behov av eftervård, dvs. att man rapporterar "för säkerhets skull"? I en del fall kan prognosen vid inskrivning vara osäker, och när en mer säker bedömning kan göras kan sjukhuset konstatera att patienten kan klara sig själv, eller klara sig med samma insatser som före sjukhusvistelsen. Flera av de intervjuade i personalen bedömer att det är för tidigt att starta en planering redan när inskrivningsmeddelandet kommer, det är då för osäkert att bedöma behoven. I en del fall kan orsaken sannolikt också vara att trycket är så hårt på att skriva ut patienter att äldre som redan har hemtjänst skrivs ut utan någon utskrivningsplanering.

I sammanhanget är det också intressant att notera att av samtliga slutenvårdstillfällen som resulterade i utskrivningsplanering, skedde den till övervägande del (86 %) vid geriatrisk klinik. Det kan vara en av förklaringarna varför personal i primärvård och kommuner beskriver att akutsjukhusen sällan har bra rutiner för att genomföra en vårdplanering.

När patienten är utskrivningsklar och utskrivningsplaneringen är genomförd, har kommunen med den lagstiftning som gällt fram till 2018, och som landstinget och kommunerna i Storsthlm enats om ska gälla under en övergångsperiod, fem dagars respittid att ordna för att patienten kan skrivas ut innan betalningsansvaret utlöses. Som framgått av kartläggningen var den genomsnittliga tiden som utskrivningsklar i länet 3,8 dagar 2015. Det innebär att målet med högst tre dagar nästan var uppnått redan 2015. Det är dock relativt stora skillnader mellan olika kommuner, från som lägst 2,7 till som högst 5,3 dagar.

Det vanliga är att det inte inträder något betalningsansvar överhuvudtaget. Dock var det i länet 2015 vid närmare var femte vårdtillfälle där patienten bedömdes vara utskrivningsklar som betalningsansvaret utlöstes. Jämfört med situationen i Stockholms län 2014, har andelen sjunkit några procent från 2014 till 2015 (SOU 2015:20).

I intervjuerna med personal som var involverade i utskrivningsplaneringar framkom en bild av att organisationen och rutinerna i stort fungerade bra. Självklart fanns det saker som kan och bör förbättras när det gäller informationsöverföring och samverkan med olika parter. Intervjuerna bekräftar att primärvården sällan är med vid utskrivningsmötena. Frågan är om de borde vara med. Den dominerande insatsen efter sjukhusvistelsen är trots allt hemtjänst, något som måste fungera från samma dag den äldre skrivs ut. Primärvårdens insatser, vare sig det handlar om besök hos läkare eller hemsjukvårdskontakt är något som ofta kan anstå en dag eller två. De intervjuade distriktssköterskorna bedömde att de normalt sett fick den information de behövde via TakeCare, kompletterat med informationen i WebCare och ofta också via telefonsamtal från en sjuksköterska på sjukhuset. Hemtjänsten får vanligen den information de behöver från biståndshandläggaren, och det är inte ovanligt att sjuksköterskan på sjukhuset också ringer upp för att förvissa sig om att hemtjänsten är informerad. Det är dock en kvarstående brist att varken hemtjänst eller primärvårdsrehab har tillgång till WebCare. De är också sällan med på utskrivningsplaneringen.

Alla inblandade i utskrivningen har en kluven inställning till begreppet ”utskrivningsklar”. Patienten anses i de flesta fall vara utskrivningsklar men oron ligger i vad man skrivs hem till? Sjukhuspersonalen anser vanligtvis att patienten kan skrivas ut och att fortsatt sjukhusvård inte behövs. Informanterna i primärvården bekräftar att det är den vanliga bilden. Kommunens handläggare försöker i sin tur att ordna så att själva hemkomsten från sjukhuset fungerar. Gemensamt för alla som är delaktiga i utskrivningsplaneringen är att de känner en oro för hur det ska gå för de äldre, när de kommer hem igen.

## Vård och omsorg efter sjukhusvistelsen

I intervjuerna bekräftades bilden av att personer som skrivs ut till hemmet har stora kvarstående vård- och omsorgsbehov. Att en person bedöms som utskrivningsklar innebär inte alltid att personen känner sig redo att återvända hem. Det är naturligt att efter en sjukhusvistelse känna oro för hur det ska gå när man kommer hem igen. Den viktigaste funktionen för utskrivningsplaneringen är att stödja äldre att återvända hem igen under trygga former. Huruvida detta sker beror på vilket stöd och hjälp som finns att tillgå efter utskrivningen. Den vanligaste insatsen efter sjukhusvistelsen är hemtjänst. Utskrivningsplaneringen handlar i de flesta fallen om att sätta in hemtjänst eller att öka på en tidigare hemtjänstinsats. Ytterst sällan beviljas äldre plats i särskilt boende direkt efter sjukhusvistelsen. Även om så sker händer det att personen får flytta till ett korttidsboende i väntan på plats på ett särskilt boende.

### *Korttidsboende*

Med Ädel fick kommunerna ansvaret för både långvarig vård och kortvariga insatser. Korttidsboendet blev ett alternativ för dem som av olika skäl inte kunde återvända hem igen från sjukhus i stället för en längre tid på geriatrisk klinik som varit en möjlighet före Ädel-reformen.

I kartläggningen av länets korttidsboenden går det att urskilja två olika grupper av äldre som vistas på korttidsboendet. Den ena gruppen, ungefär hälften av samtliga som beviljas korttidsplats, kommer från sjukhuset för eftervård. Den andra gruppen kommer från eget boende, varav merparten på grund av behov av växelvård eller avlösning. I gruppen som kommer från det egna hemmet finns också en mindre grupp som kom till korttidsboendet på grund av otrygghet i hemmet, eller att hemsituationen var ohållbar av olika skäl.

Den grupp som är intressant i detta sammanhang är den som finns på korttidsboende efter sjukhusvistelse. Motiven till att flytta den äldre till korttidsboende var enligt enkätsvaren behov av återhämtning, fortsatt utredning, rehabilitering eller väntan på plats i särskilt boende.

Det som kännetecknar de äldre i denna grupp är att merparten är kognitivt nedsatta, har omfattande funktionsnedsättningar och stora omvårdnadsbehov. En sjättedel av alla återremitteras till sjukhuset för medicinsk vård. Vistelsetiderna är betydande, i genomsnitt 35 dagar, och i drygt hälften av fallen går den äldre från korttidsboendet till särskilt boende. Knappt en tredjedel återvänder hem igen från korttidsboendet.

Korttidsboendets roll och funktion som vårdalternativ efter sjukhusvistelse har under senare år kommit att bli alltmer ifrågasatt. Den kommunala korttidsvården har sedan Ädel haft svårt att kunna erbjuda en rehabiliteringsinriktad eftervård för sköra äldre (Rundgren, 2018). Korttidsvården tenderar snarare att hospitalisera de äldre än att förbereda dem för hemgång, vilket ofta biståndshandläggarna pekar på. Det förstärks av att äldre som kommer till korttidsvården ofta är medicinskt instabila och har en begränsad rehabiliteringspotential. För många av dessa äldre blir således korttidsvistelsen en väntan på en plats i särskilt boende. För kommunen är korttidsboendet en ”nödlösning”, i väntan på att en plats i särskilt boende blir ledig. I den meningen är korttidsboendet en sluss till kommunens särskilda boende. För att möjliggöra att en större andel kan återvända hem igen från korttidsboendet, krävs en satsning på rehabilitering. Men hittills har de flesta kommunerna valt att betona att rehabilitering är landstingets ansvar och något som därför inte ska erbjudas på korttidsboenden.

### *Tryggt mottagande*

Under de senaste 15 åren har nya alternativ till korttidsvården prövats inom den kommunala äldreomsorgen. Kommunerna har utvecklat nya rutiner för omhändertagande av äldre personer, i samband med återgång till hemmet efter sjukhusvistelse (SKL, 2017).

I tre stadsdelar i Stockholm har man bedrivit en försöksverksamhet med hemtagningsteam eller Trygg hemgång inom hemtjänsten. De syftar till att trygga den äldres övergång från sluten vård till hemmet. Tanken är att extra stöd ska göra det lättare att finna sig tillrätta i en ny livssituation och att hemgången ska bli tryggare.

Erfarna undersköterskor, knutna till beställarenheten i respektive stadsdel, har svarat för att ta emot och under cirka två veckor, måndag till fredag dagtid, ge

utökat stöd till äldre efter sjukhusvistelsen. Under övrig tid svarar ordinarie vald hemtjänstutförare för beviljad hjälp. Trygg hemgång erbjuder högre personalkontinuitet och att betydligt mer tid ägnas åt den äldre och personal med hög kompetens och stor erfarenhet, jämfört med ordinarie hemtjänst.

Försöken med utökad hemtjänst i form av Tryggt mottagande kan ses som en alternativ lösning för äldre som skrivs ut från slutenvården och där sedvanlig hemtjänst inte är tillräcklig. Samtidigt väcker Tryggt mottagande många frågor som inte har något svar i dagsläget. För det första är det oklart vilka kriterier som avgör vem som får tillgång till Tryggt mottagande. En annan fråga är vad Tryggt mottagande resulterar i på längre sikt, efter det att den extra insatsen avslutats? Vidare kan det diskuteras om Tryggt mottagande ersätter korttidsboendet som i så fall kan avvecklas, eller om det är ett alternativ till korttidsboendet och den ordinarie hemtjänsten för vissa äldre? Kan erfarenheterna från Tryggt mottagande fungera som en stimulans att utveckla den ordinarie hemtjänsten till att få samma kvaliteter? Det saknas ännu bra utvärderingar från de kommuner som under en längre tid haft en organisation för tryggt mottagande.

## Norrtälje

Tiohundraprojektet syftade till att åstadkomma en samordning av hälso- och sjukvård och socialtjänst i Norrtälje. I det perspektivet är det intressant att studera hur de äldres resa till, igenom och ut från sjukhus ter sig i Norrtälje.

I intervjuer med sjukhuspersonal, primärvårdsföreträdare, biståndshandläggare och hemtjänst/hemsjukvård sägs att man knappt haft några utskrivningsklara patienter som legat kvar på sjukhuset på senare år. De pekar på flera faktorer som samverkat till detta. Sjukhuset och primärvården har en gemensam ledningsgrupp, vilket ökat kunskapen om varandra och samarbetet mellan öppen och slutenvård. Till skillnad mot en samverkansgrupp kan ledningsgruppen fatta gemensamma beslut. Genom ett nära samarbete mellan geriatrik och minnesmottagningen kan inskrivna patienter med kognitiv svikt få en demensutredning, vilket innebär ett bättre stöd för biståndsbeslut om lämpligt boende efter sjukhusvistelsen.

Det finns ett nära samarbete mellan sjukhuset och biståndsenheten, vilket innebär att det går smidigt att ordna med vårdplanering. Om sjukhuset är överbelastat kan boendena med biståndsenhetens stöd ordna tillfälliga platser.

Något som man också framhöll i intervjuerna var att vid snabba utskrivningar, till exempel från akuten, finns en trygghetsjour som ser till att insatser i hemmet kommer på plats och att de som behöver få information blir kontaktade. Trygghetsjouren har också möjligheter att fatta beslut om insatser på obekvämtid om något krisar ute i hemmet.

Genom att kundvalet i Norrtälje är organiserat så att alla utförare ska kunna erbjuda en samlad hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering finns det ett team som tar hand om den äldre personen när denne kommer hem. I Norrtälje stad är

också geriatriken samlokaliserad med hemtjänsten inom vårdbolaget Tiohundras kundval, vilket förenklar planeringen.

Vad Norrtäljemodellen betyder för utslussning av äldre patienter från sjukhus och eftervård är svårt att belysa med registerdata. Givet en betydligt äldre befolkning än länet i övrigt och en likaledes betydligt lägre täckningsgrad i hemtjänsten, finns några förhållanden där Norrtälje skiljer sig från länet i övrigt. I Norrtälje är det betydligt längre vårdtider på geriatriken. Samtidigt väntade utskrivningsklara patienter i genomsnitt 2,7 dagar, vilket är betydligt kortare tid än i nästan alla kommuner i länet. Betalningsansvaret utlöstes mycket mer sällan i Norrtälje än i länet i övrigt. Men återinskrivningarna av sjukhusvårdade äldre var lika frekventa i Norrtälje som i länet i övrigt.

## Avslutande reflektioner

Äldrecentrums kartläggning bekräftar att äldre personer utgör en stor andel av dem som söker vård vid sjukhus och som också blir inskrivna i sluten vård. Det ställer självklart krav på att sjukhusvården anpassas efter denna stora patientgrupp. Frågan har varit vilka konsekvenser den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, som ersätter den gamla betalningsansvarslagen, kan få och kartläggningen har därför haft fokus på utskrivningsplanering och processen att tillförsäkra äldre nödvändig vård och omsorg efter sjukhusvistelsen. Andelen äldre som är i behov av vård och omsorg efter sjukhusvistelsen och som blir föremål för en utskrivningsplanering är tämligen liten. För dem som behöver insatser efter sjukhusvistelsen verkar organisationen och rutinerna beträffande utskrivningsplanering enligt den gamla betalningsansvarslagen fungera ändamålsenligt. Utskrivning av sköra äldre från sjukhus är en svag punkt i vård- och omsorgssystemet. Utskrivningen är det tillfälle då man riskerar att skapa ”returer”, orsakade av sjukvårdens och kommunens oförmåga att hjälpa patienten. Det kan vara en kombinerad effekt av att äldre patienter skrivs ut i ett för tidigt skede och att eftervården är bristfällig (Landstinget Kalmar, 2017).

Återinskrivning kort tid efter en tidigare sjukhusvistelse används ofta som mått på hur omhändertagandet av äldre efter sjukhusvård fungerar. Förklaringsvärdet kan diskuteras, eftersom man inte vet vad som orsakade återinläggningen. Är det ett tecken på att vårdtiden var för kort eller att något gick fel i eftervården? Eller är det, som Larsen (2015) uttrycker det, en oundviklig fas i äldre och sköra människors vård- och omsorgskarriär? Eftersom var femte person 65 år och äldre som vårdats på sjukhus återinskrivs inom 30 dagar finns det anledning att uppmärksamma denna grupp för att kartlägga vad som orsakar återinläggningarna och hur de kan minimeras. Det är ett patientsäkerhetsproblem ur ett sjukvårdsperspektiv men också ett kvalitetsproblem ur kommunens perspektiv, eftersom den äldre personen riskerar att fara illa.

Resonemanget kan illustreras med Norrtälje som exempel, där utskrivningsklara patienter fanns kvar på sjukhuset betydligt kortare tid än i nästan alla kommuner i länet. Betalningsansvaret utlöstes mycket mer sällan i Norrtälje än i länet i övrigt.

Med andra ord tycks man kommit långt med att snabbt och smidigt lotsa ut äldre från sjukhus. Men samtidigt har inte detta påverkat återinskrivningarna av sjukhusvårdade äldre, som är lika frekventa i Norrtälje som i länet i övrigt.

Äldrecentrums arbete belyser att det finns grupper av äldre patienter som sökt sjukhusvård och som behöver uppmärksammas fortsättningsvis. Ett exempel är vad som händer med den grupp som söker vård vid akutmottagningen, men som inte blir inskrivna. Den här gruppen är dåligt beskriven och vi vet inte vad som händer, när de lämnar akuten. För många i "återvändargruppen" är tillståndet skört. Det betyder att det efter besöket på akuten finns kvarstående vård- och omsorgsbehov, varför många äldre borde få extra insatser i samband med att de återvänder hem igen. I intervjuerna framhölls att det finns en risk när en äldre person sänds hem från akuten, eftersom det då på flertalet sjukhus och i flertalet kommuner inte finns någon fastställd rutin för att säkerställa att den äldre personen tas om hand i hemmet.

Den andra gruppen äldre handlar om dem som vid inskrivningen bedömdes behöva eftervård, men som av olika skäl inte kom att bli föremål för utskrivningsplanering. På samma sätt som återvändarna från akuten, kan man ifrågasätta om det inte finns äldre som borde ha fångats upp och som har behov av eftervård? Kommer den nya lagen att innebära att äldre personer alltid anmäls ha behov av eftervård och vad skulle det innebära för belastning för primärvården och kommunen?

Den tredje gruppen i detta sammanhang är förstås de äldre som blivit föremål för utskrivningsplanering. Frågan är vad utskrivningsplaneringen har för funktion och vad som krävs mer när det gäller patientsäkerhet och trygg hemgång.

Äldrecentrums kartläggning har belyst äldres resa genom vård och omsorgssystemet. Huvudpersonernas, dvs. de äldre personerna själva, syn på hur systemet fungerar har inte varit en del i detta arbete. För att belysa konsekvenserna av den nya lagen om samverkan vid utskrivning och kommunernas övertagande av hemsjukvården, krävs ett systematiskt arbete för att fånga hur de äldre personerna påverkas och vad förändringarna betyder för dem. Med detta nödvändiga komplement kan resultaten av Äldrecentrums arbete förhoppningsvis fungera som ett underlag för att planera och avläsa konsekvenserna av pågående strukturella förändringar i vården och omsorgen om äldre i Stockholms län.

# REFERENSER

- Almborg, A.-H. (2008). Perceived Participation in Discharge Planning and Health Related Quality of Life after Stroke. Hälsohögskolan, Jönköping.
- Gillingsjö R, Fagerhem D. (2017). Kundvalet i Norrtälje. Rapport beställd av Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
- Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Svensk författningssamling 2017:612.
- Landstinget Kalmar (2017). Vårdkedjeanalys. Äldre och anhöriga. Nationell Patientenkät Kalmar län 2016.
- Larsen, T. (2015). Förförande jämförelser. – samband mellan vårdcentralers kvalitet och nivåerna av undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 1 till 30 dagar bland patienter 65 år eller äldre i Västar Götalands län. FoU i Väst, Rapport 4: 2015
- OECD (2017). Hospital beds. Health at a glance. OECD indicators.
- Schön P, Hagman L, Wånell S E (2012). Kan två bli en? TioHundra projektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:1 ISSN 1401–5129
- Regeringens proposition 1990/91: 14. Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.
- Rundgren, Å. (2017). Geriatrisk rehabilitering – vart tog den vägen? Svensk Geriatrik, nr 4, 30 -33.
- Rydeman, I. (2013). Discharged from hospital and in need of home care nursing. Experiences of older persons, their relatives and care professionals. Stockholm, Karolinska institutet, (Avhandling).
- Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering SBU (2013). Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus. – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt.
- SKL. (2016). Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa?
- SKL (2017). Trygg Hemgång. För effektivare och säkrare utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen (2016). Statistik om särskilt boende.
- Socialstyrelsen (2017). Om övergångar mellan slutna vård och öppen vård och omsorg.
- Socialstyrelsen (2018). Tillgänglighet inom hälso- och sjukvård. Februari 2018.



SOU 2007:103. Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder.

SOU 2015:20. Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Betänkande av utredningen om betalningsansvarslagen. Stockholm 2015.

STORSTHLM och Stockholms läns landsting (2018). Gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Ledningsgruppen för samverkan inom vård- och omsorgsområdet i Stockholms län (VIS).

Svensk författningssamling (1990). Om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. 1990:1404.

# BILAGA 1: VAL-DATA

## Primärvård, 2015

Tabell A1. Läkarbesök inom primärvården 2015 bland personer 65 år eller äldre.

	Läkarbesök inom primärvården				
	Totalt antal besök	Totalt antal personer som besökte läkare i PV	Medel	Median	Min - Max
Länet	1 666 061	286 183	5,82	4	1-198
Norrtälje	67 102	12 541	5,33	4	1-63
Södertälje	70 859	12 649	5,60	4	1-67
Stockholms stad	612 173	105 377	5,81	4	1-198
Sundbyberg	27 177	4 625	5,87	4	1-62

\* Uppdragstyp 133, 134, 146, 190, 221, 300 och 308 i VAL-databasen.

## Basal hemsjukvård, 2015

Tabell A2. Antal kvinnor och män, 65 år eller äldre inskrivna i basal hemsjukvård, uppdelat på ålder och område, 2015.

		Samtliga	65+	80+	90+
Länet	Kvinnor	14 934	13 709	10 418	4 046
	Män	8 912	7 433	4 622	1 572
	Totalt	23 846	21 142	15 040	5 618
Norrtälje	Totalt	420	397	275	96
Södertälje	Totalt	1 157	1 010	664	237
Stockholms stad	Totalt	11 442	10 277	7 635	3 080
Sundbyberg	Totalt	398	372	260	104
Övriga kommuner	Totalt	10 429	9 086	66 206	2 101

\*område efter vart de bodde enligt OVR 2015 samt ålder 2015

Tabell A3. Genomsnittligt antal besök\* inom basal hemsjukvård uppdelat på profession och område, 2015. Källa VAL-databasen.

	Läkare		Distriktssköterska		Undersköterska	
	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median
Länet	6,3	3,0	40,1	24,0	66,6	12,0
Norrtälje	6,4	4,0	-	-	-	-
Södertälje	5,5	3,0	42,4	25,0	60,4	14,0
Stockholms stad	6,3	3,0	38,9	24,0	52,6	11,0
Sundbyberg	6,3	3,0	34,7	20,0	52,6	11,0

\* Inkluderar uppdragstyp 302, 129, 137

Tabell A4. Antal inskrivna 65, 80 alt 90 år eller äldre i basal hemsjukvård uppdelat på kommun, 2015.

Kommun	Antal inskrivna i basal hemsjukvård		
	65+	80+	90+
Botkyrka	603	379	112
Danderyd	331	280	126
Ekerö	222	142	46
Haninge	745	444	131
Huddinge	746	462	146
Järfälla	635	454	138
Lidingö	593	459	206
Nacka	845	607	237
Norrtälje	397	275	96
Nykvarn	96	44	14
Nynäshamn	276	174	68
Salem	113	71	20
Sigtuna	317	190	52
Sollentuna	603	437	148
Solna	673	502	183
Stockholm stad	10 277	7 635	3 080
Sundbyberg	372	260	104
Södertälje	1 010	664	237
Tyresö	417	304	95
Täby	485	360	124
Upplands-Bro	127	89	29
Upplands Väsby	482	299	91
Vallentuna	126	81	22
Vaxholm	8	5	2
Värmdö	381	247	64
Österåker	261	176	47
Okänt var	1	-	-
Totalt	21 142	15 040	5 618

## Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), 2015

Tabell A5. Antal kvinnor och män inskrivna i Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), uppdelat på ålder och område, 2015.

		0+	65+	80+	90+
Länet	Kvinnor	3 095	2 249	918	243
	Män	2 961	2 193	835	185
	Totalt	6 056	4 442	1 753	428
Norrtälje	Kvinnor	208	161	87	32
	Män	177	132	63	16
	Totalt	385	293	150	48
Södertälje	Kvinnor	107	73	26	6
	Män	83	63	22	3
	Totalt	190	136	48	9
Stockholms stad	Kvinnor	904	658	304	78
	Män	770	525	203	55
	Totalt	1 674	1 183	507	133
Sundbyberg	Kvinnor	51	37	18	6
	Män	31	18	7	-
	Totalt	82	55	25	6
Övriga kommuner	Kvinnor	1 825	1 320	483	121
	Män	1 900	1 455	540	111
	Totalt	3 725	2 775	1 023	232

Tabell A6. Inskrivna i avancerad sjukvård i hemmet, genomsnittligt antal dagar, 2015. 65 år eller äldre.

65+	Antal dagar		
	Medel	Max-min	Median
Länet	135	0 - 4 220	51
Norrtälje	127	0 - 4 220	3
Södertälje	166	1 - 1 301	77
Stockholms stad	135	1 - 1 720	69
Sundbyberg	135	1 - 949	81
Övriga kommuner	1361	0 - 3 327	52

Tabell A7. Inskrivna i avancerad sjukvård i hemmet, genomsnittligt antal dagar, 2015. 80 år eller äldre.

80+	Antal dagar		
	Medel	Max-min	Median
Länet	144	0 - 3 028	50
Norrtälje	135	0 - 2 248	2
Södertälje	178	1 - 1 301	75
Stockholms stad	138	0 - 1 157	66
Sundbyberg	151	2 - 949	77

Tabell A8. Medel och median besök inom Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) uppdelat på profession och område, 2015.

	Läkare		Distriktsköterska		Undersköterska		Totalt	
	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median	Medel	Median
Länet	6	3	34	19	59	10	32	7
Norrtälje	8	5	6	6	-	-	3	1
Södertälje	3	1	22	8	12	4	4	1
Stockholms stad	5	3	23	12	26	7	7	1
Sundbyberg	7	4	27	13	77	33	17	1
Övriga kommuner	5	2	24	9	30	7	7	1

## Samtliga 65+, som erhöll sjukhusvård, 2015

Samtliga 65+, som erhöll sjukhusvård 2015 (akutmottagningsbesök, inskrivna via akuten och direktinskrivna).

Antal akutbesök beräknas utifrån samtliga registrerade besök till akutmottagning (avdtyp=43) till de 7 sjukhus i SLL (Norrtälje, Danderyd, Karolinska, Södertälje, Södersjukhuset, S:t Göran, S:t Erik). I 2015 var det 683 576 besök som registrerades som akutbesök. I 2015 fanns det 355 005 vårdtillfällen registrerade i slutenvården. Totalt 1 038 581 besök och vårdtillfällen registrerade som sjukhusvård. Av dessa var 55 530 inte registrerade i Stockholms län och de har exkluderats. Tillbaka 983 051 besök och vårdtillfällen som underlag för tabeller under punkt A (Tabell 1 - 5). OBS: I dessa tabeller har inte vårdtillfällen med utskrivningskod='A' sorterats bort (37 vårdtillfällen).

Tabell A9. Sökt sjukhusvård 2015 i Stockholms län (inkl. de som skrevs in under 2014, som fortfarande var inskrivna 2015).

	Antal personer	Besök/ vårdtillfällen	Antal personer i befolkningen	Andel som sökt vård
Samtliga 0+	454 125	983 051	2 229 990	0,204
65+	110 235	334 037	351 330	0,314
80+	39 466	141 079	84 537	0,467
65-79 år	70 769	192 958	266 793	0,265
80-84 år	16 399	54 358	39 923	0,411
85-89 år	13 177	48 748	26 925	0,489
90+	9 890	37 973	17 689	0,559

Tabell A10. Sökt sjukhusvård 2015 i Norrtälje.

	Antal personer	Besök/ vårdtillfällen	Antal personer i befolkningen	Andel som sökt vård
Samtliga 0+	15 270	35 439	58 654	0,260
65+	5 245	16 302	15 517	0,338
80+	1761	6 330	3 629	0,485
65-79 år	3 484	9 972	11 888	0,293
80-84 år	794	2 757	1 773	0,448
85-89 år	590	2 120	1 214	0,486
90+	377	1 453	642	0,587

Tabell A11. Sökt sjukhusvård 2015 i Södertälje.

	Antal personer	Besök/ vårdtillfällen	Antal personer i befolkningen	Andel som sökt vård
Samtliga 0+	22 604	49 090	93 010	0,243
65+	5 165	15 602	14 951	0,345
80+	1653	5 816	3 539	0,467
65-79 år	3 512	9 786	11 412	0,308
80-84 år	787	2 543	1 815	0,434
85-89 år	540	2 068	1 099	0,491
90+	326	1 205	625	0,522

Tabell A12. Sökt sjukhusvård 2015 i Stockholms stad.

	Antal personer	Besök/ vårdtillfällen	Antal personer i befolkningen	Andel som sökt vård
Samtliga 0+	188 444	411 629	922 867	0,204
65+	43 677	137 092	133 801	0,326
80+	17 270	63 817	35 398	0,488
65-79 år	26 407	73 275	98 403	0,268
80-84 år	6 448	21 996	15 190	0,424
85-89 år	5 872	22 370	11 644	0,504
90+	4 950	19 451	8 564	0,578

Tabell A13. Sökt sjukhusvård 2015 i Sundbyberg.

	Antal personer	Besök/ vårdtillfällen	Antal personer i befolkningen	Andel som sökt vård
Samtliga 0+	9 980	20 976	46 008	0,217
65+	1 959	6 240	5 851	0,335
80+	716	2 790	1 364	0,525
65-79 år	1 243	3 450	4 487	0,277
80-84 år	295	1 105	640	0,461
85-89 år	218	806	413	0,528
90+	203	879	311	0,653

### Patienter som inte blev inskrivna efter akutbesök, 2015

Beskrivning av gruppen 65+ som inte blev inskrivna efter ett besök på akutmottagningen under 2015.

Tabell A14. Antal och andel (%) personer som besökte akutmottagning på sjukhus under 2015 som inte resulterade i en inskrivning i slutenvården, uppdelat på ålder i Stockholms län

	Länet			
	Antal personer (%)	Antal besök (%)	Antal personer i befolkningen	Andel som besökte akutmottagningen
Samtliga 0+	327 577	480 923	2 229 990	0,15
65+	62 388 (19)	95 236 (20)	351 330	0,18
80+	19 722 (6)	30 335 (6)	84 537	0,23
65-79 år	42 666 (13)	64 901 (14)	266 793	0,16
80-84 år	8 875 (3)	13 729 (3)	39 923	0,22
85-89 år	6 582 (2)	10 251 (2)	26 925	0,24
90+	4 265 (1)	6 355 (1)	17 689	0,24

Tabell A15. Antal och andel (%) personer som besökte akutmottagningen på sjukhus under 2015 som inte resulterade i en inskrivning i slutenvården, uppdelat på ålder i Norrtälje.

	Norrtälje			
	Antal personer (%)	Antal besök (%)	Antal personer i befolkningen	Andel som besökte akutmottagningen
Samtliga 0+	11 701	17 856	58 654	0,20
65+	3 431 (29)	5 624 (32)	15 517	0,22
80+	1 039 (9)	1 702 (10)	3 629	0,29
65-79 år	2 392 (20)	3 922 (22)	11 888	0,20
80-84 år	471 (4)	812 (5)	1 773	0,27
85-89 år	358 (3)	566 (3)	1 214	0,29
90+	210 (2)	324 (2)	642	0,33

Tabell A16. Antal och andel (%) personer som besökte akutmottagningen på sjukhus under 2015 som *inte* resulterade i en inskrivning i slutenvården, uppdelat på ålder i Södertälje.

	<b>Södertälje</b>			
	Antal personer (%)	Antal besök (%)	Antal personer i befolkningen	Andel av bef. som besökte akutmottagningen
Samtliga 0+	17 249	26 742	93 010	0,19
65+	3 202 (19)	5 135 (19)	14 951	0,21
80+	927 (5)	1 494 (6)	3 539	0,26
65-79 år	2 275 (13)	3 641 (14)	11 412	0,20
80-84 år	467 (3)	754 (3)	1 815	0,26
85-89 år	308 (2)	512 (2)	1 099	0,28
90+	152 (1)	228 (1)	625	0,24

Tabell A17. Antal och andel (%) personer som besökte akutmottagningen på sjukhus under 2015 som *inte* resulterade i en inskrivning i slutenvården, uppdelat på ålder i Stockholms stad.

	<b>Stockholms stad</b>			
	Antal personer (%)	Antal besök (%)	Antal personer i befolkningen	Andel av bef. som besökte akutmottagningen
Samtliga 0+	134 949	198 056	922 867	0,15
65+	24 561 (18)	37 725 (19)	133 801	0,18
80+	8 517 (6)	13 150 (7)	35 398	0,24
65-79 år	16 044 (12)	24 575 (12)	98 403	0,16
80-84 år	3 484 (3)	5 441 (3)	15 190	0,23
85-89 år	2 896 (2)	4 553 (2)	11 644	0,25
90+	2 137 (2)	3 156 (2)	8 564	0,25

Tabell A18. Antal och andel (%) personer som besökte akutmottagningen på sjukhus under 2015 som *inte* resulterade i en inskrivning i slutenvården, uppdelat på ålder i Sundbyberg.

	<b>Sundbyberg</b>			
	Antal personer (%)	Antal besök (%)	Antal personer i befolkningen	Andel av bef. som besökte akutmottagningen
samtliga 0+	7 587	11 223	46 008	0,16
65+	1 245 (16)	1 955 (17)	5 851	0,21
80+	433 (6)	677 (6)	1 364	0,32
65-79 år	812 (11)	1 278 (11)	4 487	0,18
80-84 år	200 (3)	310 (3)	640	0,31
85-89 år	129 (2)	201 (2)	413	0,31
90+	104 (1)	166 (1)	311	0,33



Tabell A19. Antal **besök** på akutmottagning på sjukhus under 2015 som **inte** resulterade i en inskrivning i slutenvården, uppdelat på ålder och kön.

	65+		80+		90+	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Länet	53 540	41 696	18 736	11 599	4 286	2 069
Norrtälje	2 872	2 752	974	728	194	130
Södertälje	2 919	2 216	911	583	155	73
Stockholms stad	21 798	15 927	8 476	4 674	2 189	967
Sundbyberg	1 118	837	437	240	116	50

Tabell A20. Andel (%) inskrivningar där patienten bodde o ordinärt resp. särskilt boende (ink. Servicehus) när de besökte akutmottagning på sjukhus men som **inte** resulterade i en inskrivning på vårdavdelning på akutsjukhus 2015 i Stockholms län, uppdelat på ålder.

	65+		80+		90+	
	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo
Länet	95,42	4,58	89,15	10,85	78,28	21,72
Norrtälje	96,30	3,70	91,48	8,52	81,79	18,21
Södertälje	97,94	2,06	94,85	5,15	85,53	14,47
Stockholms stad	94,74	5,26	88,59	11,41	78,26	21,74
Sundbyberg	94,02	5,98	87,44	12,56	77,11	22,89

Tabell A21. Besöksorsak per vårdtillfälle bland patienter 65 år eller äldre som besökte akutmottagning på sjukhus men som *inte* resulterade i en inskrivning i slutenvården, Stockholms län 2015. Källa: VAL-databasen.

ICD-10	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Infektionssjukdomar (A00-B99)	972	0,023	1 240	0,023	2 212	0,0232
2. Tumörer (C00-D48)	211	0,005	210	0,004	421	0,0044
3. Blod- och immunologiska sjukdomar (D50-D89)	143	0,003	162	0,003	305	0,0032
4. Endokrina sjukdomar, nutritionssjukdomar och ämnesomsättningsjukdomar (E00-E90)	273	0,007	277	0,005	550	0,0058
5. Psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)	320	0,008	467	0,009	787	0,0083
6. Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)	439	0,011	629	0,012	1 068	0,0112
7. Sjukdomar i öga och närliggande organ (H00-H59)	3 230	0,077	4 815	0,090	8 045	0,0845
8. Sjukdomar i örat och mastoidutskott (H60-H95)	337	0,008	554	0,010	891	0,0094
9. Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)	3 088	0,074	3 626	0,068	6 714	0,0705
10. Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)	1 360	0,033	1 720	0,032	3 080	0,0323
11. Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93)	1 686	0,040	2 055	0,038	3 741	0,0393
12. Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99)	688	0,017	713	0,013	1 401	0,0147
13. Sjukdomar i muskulosketala systemet och bindväven (M00-M99)	4 733	0,114	6 732	0,126	11 465	0,1204
14. Sjukdomar i urin- och könsorganen (N00-N99)	1 692	0,041	1 864	0,035	3 556	0,0373
18. Symtom, sjukdomstecken, onormala kliniska fynd (R00-R99)	11 718	0,281	14 013	0,262	25 731	0,2702
19. Skador och förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (S00-T98)	6 418	0,154	9 687	0,181	16 105	0,1691
Övrigt	2 037	0,049	2 675	0,050	4 712	0,0495
Orsak ej angivet	2 351	0,056	2 101	0,039	4 452	0,0467
<b>Totalt</b>	<b>41 696</b>	<b>1,000</b>	<b>53 540</b>	<b>1,000</b>	<b>95 236</b>	<b>1,0000</b>

## Förnyat besök på akutmottagningen, 2015

För att identifiera om en patient har haft ett förnyat besök på akuten efter 10 respektive 30 dagar efter ett akutbesök behöver akutvårdsbesökets besöksdatum (bdat) jämföras med besöksdatum efter första efterföljande akutbesök. Eftersom ett återbesök kan ske också i 2016 läggs öppenvårdsdata från 2015 och 2016 ihop för att söka efter återbesök till akutmottagningen (akut2015\_2016, totalt 1 365 801 akutvårdsbesök).

Tabell A22. Antal och andel återbesök på akuten inom tio respektive 30 dagar efter besök på akutmot-  
tagning på sjukhus, 2015 (av dem som besökte akutmottagning men som inte blev inskrivna. 65 år eller  
äldre.

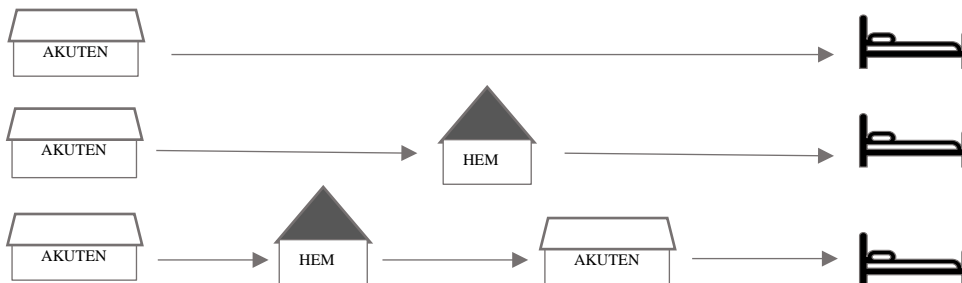
65+	Återbesök inom 10 dagar		Återbesök inom 30 dagar		Totalt antal be- sök på akutmot- tagning, som ej blev inskrivna
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Länet	14 527	0,15	22 778	0,24	95 235
Norrtälje	974	0,17	1 493	0,27	5 624
Södertälje	792	0,15	1 292	0,25	5 135
Stockholms stad	5 704	0,15	9 072	0,24	37 725
Sundbyberg	301	0,15	477	0,24	1 955

Tabell A23. Antal och andel med efterföljande besök inom tio respektive 30 dagar efter besök på akut-  
mottagning på sjukhus, 2015 (av dem som besökte akutmottagning men som inte blev inskrivna. 80 år  
eller äldre.

80+	Återbesök inom 10 dagar		Återbesök inom 30 dagar		Totalt antal be- sök på akutmot- tagning, som ej blev inskrivna
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Länet	4 646	0,15	7 850	0,26	30 335
Norrtälje	296	0,17	482	0,28	1 702
Södertälje	244	0,16	415	0,28	1 494
Stockholms stad	1 965	0,15	3 389	0,26	13 150
Sundbyberg	121	0,18	194	0,29	677

## Akutbesök som ledde till inskrivning, 2015

Beskrivning av 65+ som besökte akutmottagningen och blev inskrivna på sjukhu-  
set 2015. Patienter som definieras som inskrivna efter ett besök på akuten är pati-  
enter som besöker akuten och skrivs in i slutenvården samma dag alternativt da-  
gen efter besöket på akuten. Det innebär att det kan finnas patienter som varit på  
akuten, åkt hem och sedan återvänt blivit direktinskriven på sjukhuset. Det kan  
också finnas patienter som besöker akuten, åker hem, besöker akuten igen och blir  
inskrivna i slutenvården (7 792 personer i totalbefolkningen).



Inskrivning i slutenvården ska ske samma dag som besöket på akuten alternativt dagen efter

Tabell A24. Antal och andel personer inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akut-mottagning under 2015, uppdelat på ålder. Stockholms län.

	Länet			
	Antal personer	Antal inskrivningar <sup>5</sup>	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	109 607	161 612	2 229 990	0,05
65+	53 674	85 223	351 330	0,15
80+	25 190	41 847	84 537	0,30
65-79 år	28 484	43 376	266 793	0,11
80-84 år	9 311	15 033	39 923	0,23
85-89 år	8 585	14 594	26 925	0,32
90+	7 294	12 220	17 689	0,41

<sup>5</sup> Antal besök till akuten som medförde inskrivning i slutenvården samma dag eller dagen efter. Vissa akutbesök har samma vårdhändelsenummer (vnr) i slutenvården. Det betyder att samma person var på akuten exempelvis två gånger samma dag varav det sista ledde till inläggning. De räknas dock båda med i detta antal.

Tabell A25. Antal och andel personer inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akut-mottagning under 2015, uppdelat på ålder. Norrtälje.

Norrtälje				
	Antal personer	Antal inskrivna	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	3 947	6 329	58 654	0,07
65+	2 431	4 063	15 517	0,16
80+	1 105	1 916	3 629	0,30
65-79 år	1 326	2 147	11 888	0,11
80-84 år	446	788	1 773	0,25
85-89 år	375	650	1 214	0,31
90+	284	488	642	0,44

Tabell A26. Antal och andel personer inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akut-mottagning under 2015, uppdelat på ålder. Södertälje.

Södertälje				
	Antal personer	Antal inskrivna	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	4 988	7 477	93 010	0,05
65+	2 427	3 831	14 951	0,16
80+	1 035	1 698	3 539	0,29
65-79 år	1 392	2 133	11 412	0,12
80-84 år	446	679	1 815	0,25
85-89 år	334	612	1 099	0,30
90+	255	407	625	0,41

Tabell A27. Antal och andel personer inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akut-mottagning under 2015, uppdelat på ålder. Stockholms stad.

Stockholms stad				
	Antal personer	Antal inskrivna	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	45 247	67 430	922 867	0,05
65+	21 851	35 253	133 801	0,16
80+	11 213	18 824	35 398	0,32
65-79 år	10 638	16 429	98 403	0,11
80-84 år	3 688	6 069	15 190	0,24
85-89 år	3 892	6 620	11 644	0,33
90+	3 633	6 135	8 564	0,42

Tabell A28. Antal och andel personer inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akut-mottagning under 2015, uppdelat på ålder. Sundbyberg.

	Sundbyberg			
	Antal personer	Antal inskrivna	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	2 020	3 006	46 008	0,04
65+	910	1 538	5 851	0,16
80+	448	808	1 364	0,33
65-79 år	462	730	4 487	0,10
80-84 år	163	300	640	0,25
85-89 år	133	229	413	0,32
90+	152	279	311	0,49

Tabell A29. Inskrivningsorsak per vårdtillfälle bland patienter 65 år eller äldre som blev inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter besök på akutmottagning i Stockholms län 2015. Källa: VAL-databasen. Besöksorsak baseras på variabeln diag1.

ICD-10	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Infektionssjukdomar (A00-B99)	1 130	0,029	1 021	0,022	2 151	0,025
2. Tumörer (C00-D48)	263	0,007	274	0,006	537	0,006
3. Blod- och immunologiska sjukdomar (D50-D89)	424	0,011	515	0,011	939	0,011
4. Endokrina sjukdomar, nutritionsjukdomar och ämnesomsättningssjukdomar (E00-E90)	598	0,015	702	0,015	1300	0,015
5. Psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)	286	0,007	321	0,007	607	0,007
6. Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)	579	0,015	580	0,013	1 159	0,014
7. Sjukdomar i öga och närliggande organ (H00-H59)	368	0,009	354	0,008	722	0,008
8. Sjukdomar i örat och mastoidutskott (H60-H95)	73	0,002	114	0,002	190	0,002
9. Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)	3 827	0,097	4 031	0,088	7 858	0,092
10. Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)	2 045	0,052	2 461	0,054	4 506	0,053
11. Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93)	1 814	0,046	1 990	0,043	3 804	0,045
12. Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99)	255	0,006	274	0,006	529	0,006
13. Sjukdomar i muskulosketala systemet och bindväven (M00-M99)	1 286	0,033	2 193	0,048	3 479	0,041
14. Sjukdomar i urin- och könsorganen (N00-N99)	1 341	0,034	1 053	0,023	2 394	0,028
18. Symtom, sjukdomstecken, onormala kliniska fynd (R00-R99)	15 445	0,392	17 048	0,372	32 493	0,381
19. Skador och förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (S00-T98)	3 226	0,082	5 914	0,129	9 140	0,107
Övrigt	1 848	0,047	1 882	0,041	3 730	0,044
Orsak ej angivet	4 582	0,116	5 103	0,111	9 685	0,114
<b>Totalt</b>	<b>39 393</b>	<b>1,000</b>	<b>45 830</b>	<b>1,000</b>	<b>85 223</b>	<b>1,000</b>

Tabell A30. Typ av boende\* för dem som blev inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akutmottagning under 2015, uppdelat på ålder och ordinärt boende respektive särskilt boende (Säbo). Andel (%).

	65+		80+		90+	
	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo
Länet	91,99	8,01	87,68	12,32	81,89	18,11
Norrtälje	93,03	6,97	88,52	11,48	80,74	19,26
Södertälje	96,14	3,86	94,35	5,65	89,43	10,57
Stockholms stad	91,08	8,92	87,25	12,75	81,40	16,60
Sundbyberg	88,95	11,05	86,01	13,99	79,57	20,43
Övriga kommuner	92,40	7,60	87,50	12,50	82,12	17,88

\* Andelen av akutbesök där patienten bodde på särskilt boende baseras på variabeln VESSB. Denna variabel indikera med en kombikakod var patienten är inskriven. Alla patienter med en registrerad kombikakod i VESSB antas bo på särskilt boende.

Tabell A31. Genomsnittligt antal vård dagar per vårdepisod för personer som blev inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus efter ett besök på akutmottagning 2015, uppdelat på område, kön och ålder.

	65+			80+		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Länet	-	-	8,8	-	-	9,8
Norrtälje	7,4	7,3	7,3	8,2	7,3	7,8
Södertälje	9,3	8,8	9,1	10,5	9,6	10,2
Stockholms stad	9,4	8,9	9,2	10,3	10,1	10,2
Sundbyberg	10,3	8,4	9,4	10,9	9,2	10,3

## Direktinskrivna, 2015

Beskrivning av 65+ som blev inlagda direkt på en avdelning utan att gå via en akutmottagning under 2015 (direktinläggning).

Tabell A32. Antal och andel personer som blev direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Stockholms län.

	Länet			
	Antal personer	Antal direktinskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	103 446	138 038	2 229 990	0,05
65+	29 409	39 246	351 330	0,08
80+	8 974	11 558	84 537	0,11
90+	1 966	2 486	17 689	0,11

Tabell A33. Antal och andel personer som blev direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Norrtälje.

Norrtälje				
	Antal personer	Antal direktinskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	2 816	3 788	58 654	0,05
65+	1 137	1 548	15 517	0,07
80+	284	356	3 629	0,08
65-79 år	853	1 192	11 888	0,07
80-84 år	159	203	1 773	0,09
85-89 år	87	108	1 214	0,07
90+	38	45	642	0,06

Tabell A34. Antal och andel personer som blev direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Södertälje.

Södertälje				
	Antal personer	Antal direktinskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	4 413	5 730	93 010	0,05
65+	1 269	1 661	14 951	0,08
80+	331	420	3 539	0,09
65-79 år	938	1 241	11 412	0,08
80-84 år	175	217	1 815	0,10
85-89 år	102	137	1 099	0,09
90+	54	66	625	0,09

Tabell A35. Antal och andel personer som blev direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Stockholms stad.

Stockholms stad				
	Antal personer	Antal direktinskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	44 207	59 805	922 867	0,05
65+	11 514	15 580	133 801	0,09
80+	4 011	5 229	35 398	0,11
65-79 år	7 503	10 351	98 403	0,08
80-84 år	1 588	2 075	15 190	0,10
85-89 år	1 376	1 812	11 644	0,12
90+	1 047	1 342	8 564	0,12



Tabell A36. Antal och andel personer som blev direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Sundbyberg.

	Sundbyberg			
	Antal personer	Antal direktinskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	2 248	2 968	46 008	0,05
65+	480	650	5 851	0,08
80+	140	191	1 364	0,10
65-79 år	340	459	4 487	0,08
80-84 år	59	87	640	0,09
85-89 år	37	47	413	0,09
90+	44	57	311	0,14

Tabell A37. Antal direktinskrivningar till vårdavdelning på akutsjukhus under 2015, uppdelat på ålder och kön.

	65+		80+		90+	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Länet	20 053	19 193	6 726	4 832	1 659	827
Norrtälje	710	838	189	167	22	23
Södertälje	880	781	241	179	45	21
Stockholms stad	8 230	7 350	3 230	1 999	945	397
Sundbyberg	380	270	126	65	46	11

Tabell A37 b. Antal personer som skrevs in direkt på vårdavdelning på akutsjukhus från hemmet 2015, uppdelat på kön och ålder.

	65+		80+		90+	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Länet	15 401	13 919	5 249	3 667	1 295	641
Norrtälje	547	590	154	130	19	19
Södertälje	684	585	195	136	37	17
Stockholms stad	6288	5 226	2 498	1 513	730	317
Sundbyberg	283	197	97	43	36	8

Tabell A38. Andel (%) direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015, uppdelat på ålder och ordinärt boende och särskilt boende ink. servicehus (Säbo).

	65+		80+		90+	
	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo
Länet	97,04	2,96	93,62	6,38	89,05	10,95
Norrtälje	97,27	2,73	92,25	7,75	84,21	15,79
Södertälje	98,82	1,18	97,28	2,72	94,44	5,56
Stockholms stad	96,44	3,56	93,69	6,31	89,88	10,12
Sundbyberg	96,46	3,54	92,86	7,14	90,91	9,09

Tabell A39. Genomsnittligt antal vård dagar per vårdepisod 2015, uppdelat på område, kön och ålder, för direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus.

	65+			80+		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Länet	-	-	7,3	-	-	10,0
Norrtälje	10,1	8,7	9,3	9,2	7,3	8,3
Södertälje	7,5	6,1	6,8	8,3	7,3	7,9
Stockholms stad	8,2	6,7	7,5	9,6	8,0	9,0
Sundbyberg	8,6	6,8	7,8	10,3	9,4	10,0

Tabell A40. Inskrivningsorsak (Diag1) per vårdtillfälle bland patienter 65 år eller äldre som blev direktinskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus från öppenvården i Stockholms län 2015. Källa: VAL-databasen.

ICD-10	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Infektionssjukdomar (A00-B99)	181	0,01	215	0,011	396	0,010
2. Tumörer (C00-D48)	4 078	0,21	4 148	0,207	8 226	0,210
3. Blod- och immunologiska sjukdomar (D50-D89)	186	0,01	194	0,010	380	0,010
4. Endokrina sjukdomar, nutritionsjukdomar och ämnesomsättningsjukdomar (E00-E90)	232	0,01	349	0,017	581	0,015
5. Psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)	1 678	0,09	1 725	0,086	3 403	0,087
6. Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)	508	0,03	534	0,027	1 042	0,027
7. Sjukdomar i öga och närliggande organ (H00-H59)	182	0,01	180	0,009	362	0,009
8. Sjukdomar i örat och mastoidutskott (H60-H95)	40	0,00	53	0,003	93	0,002
9. Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)	3 344	0,17	2 494	0,124	5 838	0,149
10. Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)	701	0,04	794	0,040	1 495	0,038
11. Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93)	1 493	0,08	1 320	0,066	2 813	0,072
12. Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99)	234	0,01	262	0,013	496	0,013
13. Sjukdomar i muskulosketala systemet och bindväven (M00-M99)	2 037	0,11	3 468	0,173	5 505	0,140
14. Sjukdomar i urin- och könsorganen (N00-N99)	1 616	0,08	1 154	0,058	2 770	0,071
18. Symtom, sjukdomstecken, onormala kliniska fynd (R00-R99)	688	0,04	594	0,030	1 282	0,033
19. Skador och förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (S00-T98)	881	0,05	1 388	0,069	2 269	0,058
Övrigt	960	0,05	940	0,047	1 900	0,048
Orsak ej angivet	153	0,01	238	0,012	391	0,010
<b>Totalt</b>	<b>19 192</b>	<b>1,00</b>	<b>20 050</b>	<b>1,000</b>	<b>39 242</b>	<b>1,000</b>

## Samtliga inskrivna i slutenvården, 2015

Tabell A41. Antal och andel personer som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015, Stockholms län.

	Länet			
	Antal personer	Antal inskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	191 807	337 461	2 229 990	0,09
65+	72 096	152 750	351 330	0,21
80+	29 744	68 830	84 537	0,35
65-79 år	42 352	83 920	266 793	0,16
80-84 år	11 615	25 577	39 923	0,29
85-89 år	10 017	23 863	26 925	0,37
90+	8 112	19 390	17 689	0,46

Tabell A42. Antal och andel personer som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Norrtälje.

	Norrtälje			
	Antal personer	Antal inskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	5 997	11 176	58 654	0,10
65+	3 112	6 554	15 517	0,20
80+	1 233	2 712	3 629	0,34
65-79 år	1 879	3 842	11 888	0,16
80-84 år	522	1 167	1 773	0,29
85-89 år	414	904	1 214	0,34
90+	297	641	642	0,46

Tabell A43. Antal och andel personer som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015 Södertälje.

	Södertälje			
	Antal personer	Antal inskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	8 458	14 789	93 010	0,09
65+	3 219	6 601	14 951	0,22
80+	1 197	2 624	3 539	0,34
65-79 år	2 022	3 977	11 412	0,18
80-84 år	542	1 110	1 815	0,30
85-89 år	386	944	1 099	0,35
90+	269	570	625	0,43

Tabell A44. Antal och andel personer som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015  
Stockholms stad.

Stockholms stad				
	Antal personer	Antal inskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	80 622	144 582	922 867	0,09
65+	28 860	63 688	133 801	0,22
80+	13 148	31 802	35 398	0,37
65-79 år	15 712	31 886	98 403	0,16
80-84 år	4 571	10 470	15 190	0,30
85-89 år	4 515	11 179	11 644	0,39
90+	4 062	10 153	8 564	0,47

Tabell A45. Antal och andel personer som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015  
Sundbyberg.

Sundbyberg				
	Antal personer	Antal inskrivningar	Antal personer i befolkningen	Andel
Samtliga 0+	3 854	6 707	46 008	0,08
65+	1 163	2 744	5 851	0,20
80+	473	1 305	1 364	0,35
65-79 år	690	1 439	4 487	0,15
80-84 år	159	495	640	0,25
85-89 år	150	376	413	0,36
90+	164	434	311	0,53

Tabell A46. Antal inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015, uppdelat på ålder och kön.

	65+		80+		90+	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Länet	39 252	32 844	18 389	11 355	5 590	2 522
Norrtälje	1 574	1 538	710	523	193	104
Södertälje	1 760	1 459	729	468	181	88
Stockholms stad	16 348	12 512	8 510	4 638	2 875	1 187
Sundbyberg	684	515	340	169	122	42
Totalt	18 886	16 820	8 100	5 557	2 219	1 101

Tabell A47. Andel (%) inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015, uppdelat på ålder och ordinärt boende och särskilt boende ink. servicehus (Säbo).

	65+		80+		90+	
	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo	Ordinärt boende	Säbo
Länet	93,79	6,21	88,46	11,54	81,13	18,87
Norrtälje	94,02	5,98	88,32	11,68	76,77	23,23
Södertälje	96,73	3,27	93,82	6,18	88,48	11,52
Stockholms stad	92,99	7,01	88,07	11,93	81,07	18,93
Sundbyberg	91,99	8,01	86,05	13,95	76,22	23,78
<b>Totalt</b>	<b>93,79</b>	<b>6,21</b>	<b>88,46</b>	<b>11,54</b>	<b>81,13</b>	<b>18,87</b>

Tabell A48. Inskrivningsorsak (Diag1) bland patienter 65 år eller äldre som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus i Stockholms län 2015. Källa: VAL-databasen.

ICD-10	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
1. Infektionssjukdomar (A00-B99)	2 319	0,03	2 528	0,031	4 847	0,032
2. Tumörer (C00-D48)	7 148	0,10	7 511	0,092	14 659	0,096
3. Blod- och immunologiska sjukdomar (D50-D89)	728	0,01	911	0,011	1 639	0,011
4. Endokrina sjukdomar, nutritionsjukdomar och ämnesomsättningssjukdomar (E00-E90)	1 355	0,02	1 739	0,021	3 094	0,020
5. Psykiska sjukdomar, syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)	3 452	0,05	3 941	0,048	7 393	0,048
6. Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)	2 312	0,03	2 354	0,029	4 666	0,031
7. Sjukdomar i öga och närliggande organ (H00-H59)	415	0,01	422	0,005	837	0,005
8. Sjukdomar i örat och mastoidutskott (H60-H95)	313	0,00	475	0,006	789	0,005
9. Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)	15 900	0,22	15 349	0,188	31 249	0,205
10. Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)	7 048	0,10	8 327	0,102	15 375	0,101
11. Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93)	5 463	0,08	6 291	0,077	11 754	0,077
12. Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99)	754	0,01	927	0,011	1 681	0,011
13. Sjukdomar i muskulosketala systemet och bindväven (M00-M99)	4 030	0,06	6 885	0,084	10 915	0,071
14. Sjukdomar i urin- och könsorganen (N00-N99)	5 148	0,07	4 269	0,052	9 417	0,062
18. Symtom, sjukdomstecken, onormala kliniska fynd (R00-R99)	5 879	0,08	6 017	0,074	11 896	0,078
19. Skador och förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (S00-T98)	6 709	0,09	11 018	0,135	17 727	0,116
Övrigt	1 940	0,03	2 267	0,028	4 207	0,028
Orsak ej angivet	248	0,00	357	0,004	605	0,004
<b>Totalt</b>	<b>71 161</b>	<b>1,00</b>	<b>81 589</b>	<b>1,000</b>	<b>152 750</b>	<b>1,000</b>

Tabell A49. Genomsnittligt antal vård dagar, uppdelat på område och ålder, samtliga inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus 2015.

	Antal dagar/vårdepisod	
	65+	80+
Länet	8,9	10,0
Norrtälje	9,7	9,4
Södertälje	8,7	10,1
Stockholms stad	9,3	10,5
Sundbyberg	9,6	10,8

Tabell A50. Andel (%) återinskrivna\* inom tio respektive 30 dagar efter utskrivning från slutenvården för samtliga som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus 2015, 65 år eller äldre.

65+	Återinskriven inom 10 dagar		Återinskriven inom 30 dagar		Totalt antal vårdepisoder
	Samtliga	Akuta	Samtliga	Akuta	
Länet	8,6	7,3	19,0	15,6	117 492
Norrtälje	9,1	7,6	20,2	16,4	5 085
Södertälje	8,7	7,7	19,1	15,4	5 193
Stockholms stad	8,9	7,7	19,3	16,2	47 748
Sundbyberg	8,6	7,0	20,3	16,3	2 048

\* Återinskrivna samtliga är alla personer som skrevs in i slutenvården efter utskrivning från slutenvården inom 10 resp. 30 dagar, även planerade återinskrivningar finns med. Återinskrivna akuta inkluderar inte planerade återinskrivningar i slutenvården efter att en person skrivits ut, vårdgivare ska ha markerat akut = J.

Tabell A51. Andel (%) återinskrivna inom tio respektive 30 dagar efter utskrivning från slutenvården för samtliga som var inskrivna på vårdavdelning på akutsjukhus under 2015, 80 år eller äldre.

80+	Återinskriven inom 10 dagar		Återinskriven inom 30 dagar		Totalt antal vårdepisoder
	Samtliga	Akuta	Samtliga	Akuta	
Länet	9,1	8,0	19,0	15,6	50 611
Norrtälje	9,7	8,6	20,2	16,4	2 113
Södertälje	8,6	8,1	19,1	15,4	2 001
Stockholms stad	9,5	8,5	19,3	16,2	22 678
Sundbyberg	9,5	8,1	20,3	16,3	924

## BILAGA 2: WEBCARE-DATA

Tabell B1. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Stockholms län som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	7 962	37,6	13 214	62,4	21 176
80+	4 970	33,4	9 910	66,6	14 880
65-79 år	2 992	47,5	3 304	52,5	6 296
80-89 år	3 418	35,6	6 186	64,4	9 604
90+	1 552	29,4	3 724	70,6	5 276

Tabell B2. Antal och andel (%) individer 65 + i länet som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	6 050	37,6	10 026	62,4	16 076
80+	3 705	33,5	7 369	66,6	11 074
65-79 år	2 345	46,9	2 657	53,1	5 002
80-89 år	2 577	35,6	4 651	64,4	7 228
90+	1 128	29,3	2 718	70,7	3 846

Tabell B3. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Norrtälje som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	361	46,3	419	53,7	790
80+	191	38,4	306	61,6	497
65-79 år	170	60,0	113	40,0	283
80-89 år	142	40,3	210	59,7	352
90+	49	33,8	96	66,2	145

Tabell B4. Antal och andel (%) individer 65 + i Norrtälje som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	278	44,6	346	55,4	624
80+	146	37,2	246	62,8	392
65-79 år	132	56,9	100	43,1	232
80-89 år	111	38,7	176	61,3	287
90+	35	33,3	70	66,7	105



Tabell B5. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Södertälje som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	245	39,6	373	60,4	618
80+	127	32,6	262	67,4	389
65-79 år	118	51,5	111	48,5	229
80-89 år	97	34,3	186	65,7	283
90+	30	28,3	76	71,7	106

Tabell B6. Antal och andel (%) individer 65 + i Södertälje som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	204	39,0	319	61,0	523
80+	108	32,4	225	67,6	333
65-79 år	96	50,5	94	49,5	190
80-89 år	81	33,2	163	66,8	244
90+	27	30,3	62	69,7	89

Tabell B7. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Sundbyberg som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	117	32,9	239	67,1	356
80+	71	28,4	179	71,6	250
65-79 år	46	43,4	60	56,6	106
80-89 år	48	33,1	97	66,9	145
90+	23	21,9	82	78,1	105

Tabell B8. Antal och andel (%) individer 65 + i Sundbyberg som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	94	33,3	188	66,7	282
80+	58	29,6	138	70,4	196
65-79 år	36	41,9	50	58,1	86
80-89 år	43	35,2	79	64,8	122
90+	15	20,3	59	79,7	74

Tabell B9. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Stockholms stad som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	3 878	35,5	7 056	64,5	10 934
80+	2 551	31,5	5 548	68,5	8 099
65-79 år	1 327	46,8	1 508	53,2	2 835
80-89 år	1 671	33,6	3 296	66,4	4 967
90+	880	28,1	2 252	71,9	3 132

Tabell B10. Antal och andel (%) individer 65 + i Stockholms stad som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	2 771	35,5	5 040	64,5	7 811
80+	1 776	31,3	3 891	68,7	5 667
65-79 år	995	46,4	1 149	53,6	2 144
80-89 år	1 172	33,5	2 322	66,5	3 494
90+	604	27,8	1 569	72,2	2 173

Tabell B11. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Farsta som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	264	36,3	464	63,7	728
80+	190	32,6	393	67,4	583

Tabell B12. Antal och andel (%) individer 65 + i Farsta som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	204	35,9	364	64,1	568
80+	146	32,4	304	67,6	450

Tabell B13. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + på Kungsholmen som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	284	31,2	625	68,8	909
80+	189	27,3	504	72,7	693

Tabell B14. Antal och andel (%) individer 65 + på Kungsholmen som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	436	31,7	202	68,3	638
80+	136	28,0	350	72,0	486

Tabell B15. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Rinkeby-Kista som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	159	37,4	266	62,6	424
80+	75	33,0	152	67,0	227

Tabell B16. Antal och andel (%) individer 65 + i Rinkeby-Kista som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	118	40,3	175	59,7	293
80+	50	33,1	101	66,9	151

Tabell B17. Antal och andel (%) Vårdtillfällen 65 + i Hägersten-Liljeholmen som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
80+	248	35,1	458	64,9	706
85+	159	30,5	363	69,5	522

Tabell B18. Antal och andel (%) individer 65 + i Hägersten-Liljeholmen som blev aktuella för utskrivningsplanering i samband med utskrivning från slutenvården 2015. Uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Män	(%)	Kvinnor	(%)	Samtliga
65+	199	35,8	357	64,2	556
80+	130	31,8	279	68,2	409

Tabell B19. Antal och andel vårdtillfällen 65+ Och 80+, som omfattades av betalningsansvarslagen (fanns kvar fem dagar efter att de bedömts utskrivningsklara). Uppdelat på område.

	Antal vårdtillfällen där personer fanns kvar 5 dagar efter bedömts utskrivningsklara		Antal vårdtillfällen där personer bedömts utskrivningsklara		Andel av de som bedömts utskrivningsklara (%)	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+
Länet	3 759	2 662	21 176	14 880	17,8	17,9
Norrtälje	69	46	790	497	8,7	9,3
Södertälje	267	173	618	389	43,2	44,5
Sundbyberg	45	33	356	250	12,6	13,2
Stockholms stad	1 187	902	10 934	8 099	10,9	11,1
- Farsta	131	109	728	583	18,0	18,7
- Kungsholmen	64	50	909	693	7,0	7,2
- Rinkeby-Kista	7	2	424	227	1,7	0,9
- Hägersten-Liljeholmen	201	150	706	522	28,5	28,7

Tabell B20. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Stockholms län 2015, 65+.

	Antal 65+	Andel
Personligt möte	16 804	78,9
Telefon	1 526	7,2
Video	553	2,6
Informationsutbyte via WebCare	2 415	11,3
Totalt	21 298	

Tabell B21. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Norrtälje 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	758	96,7	482	97,0
Telefon	5	0,6	1	0,2
Video	1	0,1	1	0,2
Informationsutbyte via WebCare	20	2,6	13	2,6
Totalt	784		497	

Tabell B22. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Södertälje 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	608	97,9	383	98,5
Telefon	6	1,0	3	0,8
Video	1	0,1	1	0,3
Informationsutbyte via WebCare	6	1,0	2	0,5
Totalt	621		389	

Tabell B23. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Sundbyberg 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	322	90,5	223	89,2
Telefon	18	5,1	14	5,6
Video	1	0,3	-	0
Informationsutbyte via WebCare	15	4,2	13	5,2
Totalt	356		250	

Tabell B24. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Stockholms stad 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	7 550	68,6	5 502	67,9
Telefon	988	9,0	745	9,2
Video	458	4,2	317	3,9
Informationsutbyte via WebCare	2 006	18,2	1 535	19,0
Totalt	11 002		8 099	

Tabell B25. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Farsta 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	635	86,6	497	85,3
Telefon	83	11,3	74	12,7
Video	1	0,1	-	0
Informationsutbyte via WebCare	14	1,9	12	2,1
Totalt	733		583	

Tabell B26. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Kungsholmen 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	580	63,5	423	61,0
Telefon	105	11,5	88	12,7
Video	2	0,2	2	0,3
Informationsutbyte via WebCare	227	24,8	180	26,0
Totalt	914		693	

Tabell B27. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Rinkeby-Farsta 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	197	46,2	98	43,2
Telefon	36	8,5	21	9,3
Video	57	13,4	26	11,4
Informationsutbyte via WebCare	136	31,9	82	36,1
Totalt	426		227	

Tabell B28. Former för utskrivningsplanering, personligt möte, telefon eller enbart via WebCare, antal och andel (%). Hägersten-Liljeholmen 2015, 65+, 80+.

	Antal	Andel	Antal 80+	Andel
Personligt möte	638	90,0	474	90,8
Telefon	41	5,8	27	5,2
Video	1	0,1	1	0,2
Informationsutbyte via WebCare	29	4,1	20	3,8
Totalt	709		522	

Tabell B29. Behov av hjälp i primär ADL vid utskrivning, andel (%) för personer som genomgått utskrivningsplanering 2015. Uppdelat på område, 65+

	Dusch/ bad	På- och avkläd	Toa	Förflytt- ning	Inkonti- nens	Matintag
Länet	82	64	52	47	47	19
Norrtälje	73	58	42	39	44	21
Södertälje	76	61	54	56	55	15
Sundbyberg	82	64	53	51	54	25
Stockholms stad	83	65	53	47	47	16
Farsta	82	62	49	43	46	12
Kungsholmen	85	71	55	49	48	16
Rinkeby-Kista	85	68	57	52	50	19
Hägersten-Lilje- holmen	88	63	53	48	49	17

Tabell B30. Behov av hjälp i primär ADL vid utskrivning, andel (%) för personer som genomgått utskrivningsplanering 2015. Uppdelat på område, 80+.

	Dusch/ bad	På- och avkläd	Toa	Förflytt- ning	Inkonti- nens	Matintag
Länet	85	68	55	49	50	20
Norrtälje	77	62	46	41	46	23
Södertälje	79	65	57	58	60	16
Sundbyberg	86	69	59	56	59	26
Stockholms stad	86	68	56	50	50	17
Farsta	83	63	51	44	48	12
Kungsholmen	88	75	57	50	50	15
Rinkeby-Kista	91	80	67	59	59	25
Hägersten-Liljeholmen	90	65	55	49	50	16

Tabell B31. Utskriven till hemmet, Särskilt boende, Blank (ej registrerat) gällande vårdtillfällen som ledde till SOVP 2015. Antal och andel (%). Uppdelat på område 65+.

	Hemmet Antal	Hemmet (%)	SÄBO Antal	SÄBO (%)	Blank Antal	Blank (%)
Länet	14 944	70,2	4 961	23,3	1 393	6,5
Norrtälje	495	63,1	235	30,0	54	6,9
Södertälje	387	62,3	125	20,1	109	17,6
Sundbyberg	224	62,9	107	30,1	25	7,0
Stockholms stad	8 360	76,0	2 039	18,5	603	5,5
Farsta	535	73,0	134	18,3	64	8,7
Kungsholmen	717	78,5	164	17,9	33	3,6
Rinkeby-Kista	344	80,8	71	16,7	11	2,6
Hägersten-Liljeholmen	522	73,6	150	21,2	37	5,2

Tabell B32. Totalt antal vård dagar (genomsnitt, median, max) för personer som genomgått utskrivningsplanering 2015.

	Genomsnittligt antal vård dagar		Median		Max	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+
Länet	11,9	11,6	10	10	486	240
Norrtälje	13,3	12,7	11	11	102	70
Södertälje	17,0	15,6	14	14	486	47
Sundbyberg	12,2	12,2	10	11	62	62
Stockholms stad	11,0	10,8	10	10	261	240
Farsta	12,2	12,1	11	11	240	240
Kungsholmen	9,4	9,3	8	9	68	54
Rinkeby-Kista	10,5	10,1	9	9	42	34
Hägersten-Liljeholmen	13,3	12,9	11	11	261	58

Tabell B33. Antal utskrivningsplaneringar inom slutenvården 2015

<b>Antal slutenvårdstillfällen</b>	<b>152 651</b>	
		<b>(%)</b>
<b>Antal utskrivningsplaneringar</b>	<b>21 176</b>	<b>13,9</b>
Varav geriatrik	18 322	86,5
Varav akutsjukhus	2 854	13,5
Respektive geriatrisk klinik:		
Bromma	3 404	15
Stockholmsgeriatriken	3 396	15
Dalen	2 597	12
Danderyd	1 736	8
Huddinge	1 490	7
Jakobsberg	1 252	6
Nacka	1 113	5
Handen	939	4
Norrtälje (hela sjukhuset)	796	4
Södertälje	753	3
Löwenströmska	612	3
Nynäshamn	234	1



# BILAGA 3: ENDAGSINVENTERING

## Korttidsboende i Stockholms län

Tabell C1. Enkät svar korttidsboenden i länet och Stockholms stad, befintliga platser och använda platser den 29:e november 2017.

Antal enheter		Totalt	Enkät svar	Andel (%)
	Länet	59	52	88,1
	Stockholm stad	22	18	81,8
Antal kommuner*		26	22	91,7
Antal platser	Totalt	736	591	80,1
Använda platser			469	79,4

\* Danderyd, Nykvarn saknar enheter. Ingen enhet från Södertälje och Tyresö svarade

Tabell C2. Enkät svar korttidsboenden. Demografi för registrerade 455 personer med förkortad registrering respektive 415 personer med full registrering uppdelat på anledning till vistelsen på korttidsboendet.

	Antal	%	Från sjukhus	%	Växel/avlösning	%	Annan orsak	%
Personer	455		232	51,0	170	37,4	53	11,6
Män	249	54,7	99	42,7	130	76,5	20	37,7
Kvinnor	206	45,3	133	57,3	40	23,5	33	62,3
Ålder: 82,1 median 83			82,6		81,2		82,2	
Män 81,0 median 81			84,2		81,3		81,0	
Kvinnor 83,3 median 84			80,6		81,0		82,9	
Full registrering	415		205		159		51	
Ensamboende	194	46,7	144	70,2	16	10,1	34	66,7
Vård efter sjukhus	232	51,0						
Växel/avlösning	170	37,4						
Annan orsak	53	11,6						

Tabell C3. Enkät svar korttidsboenden. Utskrivningsplats efter vistelsen på korttidsboendet

Efter korttid:	Antal	%	Från sjukhus	%	Växel/ avlösning	%	Annan orsak	%
Hem	198	47,7	57	27,8	137	86,2	5	9,8
Säbo	150	36,1	102	49,8	16	10,1	31	60,8
Ej bestämt	35	8,4	24	11,7	2	1,3	9	17,6
Vet ej	32	7,7	22	10,7	2	1,3	6	11,8
Saknas uppgift					2	1,3		

Tabell C4. Enkät svar korttidsboenden. Orsak till sjukhusvistelsen innan vistelsen på korttidsboendet.

Orsak sjukhusvistelse:	Personer från sjukhus antal och andel (%)	
Nedsatt allmäntillstånd	71	30,6
Fraktur	52	22,4
Demens	27	11,6
Undernär/uttorkning	25	10,8
Hjärtsjukdom	23	9,9
Stroke	21	9,1
Cancer	10	4,3
Psyksiska besvär	10	4,3
Missbruk	6	2,6
Andra orsaker	65	28,0

Tabell C5. Enkät svar korttidsboenden. Syftet med korttidsvistelsen efter sjukhusvård, fler svar kunde ges

Syfte med korttid efter sjukhusvistelse	Personer från sjukhus antal och andel (%)	
Återhämtning	102	44,0
Fortsatt utredning	88	37,9
Väntan plats Säbo	86	37,1
Rehabilitering	76	32,8
Läkemedelsinställning	13	5,6
Bostadsanpassning	12	5,2
Palliativ vård	8	3,4
Andra syften	14	6,0

Tabell C6. Enkät svar korttidsboenden. Syftet med korttidsvistelsen vid växelvård eller avlösning

Anledning till växelvård/avlösning	Personer från eget boende antal och andel (%)	
	antal	andel (%)
Avlösning pga. demens	74	46,5
Avlösning pga. annan sjukdom	75	47,2
Rehabilitering	0	
Återhämtning	6	3,8
Väntar på plats Säbo	4	2,5
Annan anledning	0	

Tabell C7. Enkät svar korttidsboenden. Syftet med korttidsvistelsen, andra anledningar än efter sjukhusvård och växelvård/avlösning.

Andra anledningar till korttidsvård	Personer från eget boende antal och andel (%)	
	antal	andel (%)
Väntan bostadsanpassning	1	2,0
Väntan plats Säbo	0	
Otrygghet i hemmet	23	45,1
Personen saknar bostad	4	7,8
Palliativ vård	4	2,0
Annan anledning	9	17,6
Ingen uppgift	13	25,5

Tabell C8. Enkät svar korttidsboenden. Sjukvårdsinsatser uppdelat på; från sjukhus, växelvård/avlösning, annan orsak.

Sjukvårdsinsatser:	Alla		Från sjukhus		Växel/ avlösning		Annan orsak	
	antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
Behandling sår/trycksår	58	14,0	38	18,5	16	10,1	4	7,8
Läkemedelsbehandling	392	94,5	199	97,1	147	92,5	46	90,2
Rehab sjukgymn/arbetsterapeut	150	36,1	115	56,1	25	15,7	10	19,6
Rehab på delegation	175	42,2	108	52,7	50	31,4	17	33,3
Smärtbehandling	183	44,1	120	58,5	50	31,4	13	25,5
Injektionsbehandling	60	14,5	38	18,5	19	12,0	3	5,9
Näring intravenöst	2	0,4	1	0,5	1	0,6	0	
Dialysbehandling	2	0,4	2	1,0	0		0	
Blodtransfusioner	2	0,4	2	1,0	0		0	
Annan sjukvårdsinsats	9	2,2	6	2,9	3	1,9	1	2,0
<b>Läkarinsatser:</b>								
Ändrade insatser	127	30,1	96	46,8	14	8,8	17	33,3
Remiss till slutenvård	42	10,1	32	15,6	7	4,4	3	5,9

Tabell C9. Enkät svar korttidsboenden. Vård och omsorgsstatus uppdelat på: från sjukhus, växelvård/avlösning, annan orsak.

Aktuellt vård- och omsorgsstatus:	Alla		Från sjukhus		Växelvård/ avlösning		Annan orsak	
Synnedsättning	115	27,7	59	28,8	44	27,7	12	23,5
Hörselnedsättning	108	26,0	47	22,9	47	29,6	14	27,5
Urininkontinens	210	50,6	99	48,3	91	57,2	20	39,2
Avföringsinkontinens	120	28,9	59	28,8	48	30,2	13	25,5
Har KAD	46	11,1	24	11,7	19	11,9	3	5,9
Oro och ängslan	225	54,2	115	56,1	75	47,2	35	68,6
Nedstämdhet	179	43,1	95	46,3	63	39,6	21	41,2
Kognitiv nedsättning	282	68,0	131	63,9	112	70,4	39	76,5
Demensdiagnos	158	38,1	59	28,8	73	45,9	26	51,0
Svårhanterligt beteende	81	19,5	35	17,1	32	20,1	14	27,4
Nedsatt allmäntillstånd	154	37,1	92	44,9	46	28,9	16	31,4
Hjärtsvikt	101	24,3	66	32,2	27	17,0	8	15,7
Smärta	142	34,2	86	42,0	41	25,8	15	29,4
Yrsel	107	25,8	64	31,2	34	21,4	9	17,6
Andningssvårigheter	38	9,1	26	12,7	8	5,0	4	7,8
Trycksår	33	8,0	22	10,7	9	5,7	2	3,9
Kroniska/svårläkta sår	22	5,3	10	4,9	12	7,6	0	

Tabell C10. Enkät svar korttidsboenden. ADL-status; bad och dusch, av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag, uppdelat på; från sjukhus, växelvård/avlösning, annan orsak.

ADL-status	Alla		Från sjukhus		Växel/ avlösning		Annan orsak	
		%		%		%		%
<b>Bad och dusch</b>								
Oberoende	22	5,3	9	4,4	7	4,4	6	11,8
Delvis beroende	144	37,7	72	35,1	50	31,4	22	43,1
Beroende	245	59,0	121	51,0	101	63,5	23	45,1
Inget svar	4	1,0	3	1,5	1	0,6		
<b>Av-/påklädning</b>								
Oberoende	59	14,2	21	10,2	24	15,1	14	27,4
Delvis beroende	158	38,1	79	38,5	58	36,5	21	41,2
Beroende	194	46,7	102	49,8	76	47,8	16	31,4
Inget svar	4	1,0	3	1,5	1	0,6		
<b>Toalettbesök</b>								
Oberoende	98	23,6	38	18,5	38	23,9	22	43,1
Delvis beroende	123	29,6	66	32,2	45	28,3	12	23,5
Beroende	187	45,1	96	46,8	75	47,2	16	31,4
Inget svar	6	1,7	5	2,4	1	0,6		
<b>Förflyttning</b>								
Oberoende	144	34,7	56	27,4	61	38,4	27	52,9
Delvis beroende	102	24,6	58	28,3	33	20,8	11	21,6
Beroende	165	39,8	88	42,9	64	40,2	13	25,5
Inget svar	4	1,0	3	1,5	1	0,6		
<b>Födointag</b>								
Oberoende	217	52,3	102	49,8	87	54,7	28	54,9
Delvis beroende	127	30,6	61	29,8	49	30,8	17	33,3
Beroende	64	15,4	37	18,0	19	12,0	6	11,8
Inget svar	7	1,7	5	2,4	4	2,5		

## *Kartläggning av de äldres resa genom vård- och omsorgssystemet!*


Från 2018 gäller en ny lag som ska förbättra samverkan i övergången mellan slutenvård, öppenvård och kommunal omsorg, särskilt när det gäller äldre som behöver vård efter vistelse på sjukhus.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum tog våren 2017 initiativ till att ta fram en lägesbeskrivning innan den nya lagen trädde i kraft. Syftet var att kartlägga äldre personers (65 år och äldre) vård- och omsorgsutnyttjande, med fokus på sjukhusvård.

Resultatet av kartläggningen visar skillnader mellan de olika undersökta stadsdelarna och kommunerna i Stockholms län när det gäller:

- befolkningsstruktur
- utnyttjande av slutenvård, öppenvård och kommunal omsorg
- organisation och samverkan mellan huvudmännen vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Rapporten är tänkt att fungera som ett stöd och planeringsunderlag för tjänstemän och beslutsfattare i Stockholms läns kommuner och Stockholms läns landsting.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg.