

# Förstärkt utskrivning från geriatrik

En beskrivning av patientpopulationen,  
interventionen och samtida vård



**Nestor**  
Forskning och utveckling för äldre

**FOU**  
nu 

 **Stockholm centrum för hälsoekonomi**  
REGION STOCKHOLM

**äldrecentrum**  
forskning & utveckling 

Referera till rapporten enligt: Stockholm centrum för hälsoekonomi, FoU nu, Nestor FoU-center och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Förstärkt utskrivning från geriatrik – En beskrivning av patientpopulationen, interventionen och samtida vård. Stockholm: Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning; 2025. Rapport StoCHE 2025:01.

## **Medverkande**

### **Från StoCHE**

- Camilla Nystrand
- Fanny Goude
- Sofi Varg
- Ansvarig chef: Emelie Heintz

### **Från FoU nu**

- Charlotte Klinga
- Ansvarig chef: Håkan Uvhagen

### **Från Nestor FoU-center**

- Åsa Skjutar
- Sara Cederbom
- Ansvarig chef: Camilla Andersson

### **Från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum**

- Charlotta Ryd
- Sarah Wallcook
- Ansvarig chef: Åsa Hedberg Rundgren

Dnr: 2024-2082

Språkgranskning: Petra Edström

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm, Mars 2025

Rapporten kan laddas ner från [stoche.regionstockholm.se](https://stoche.regionstockholm.se)

# Innehållsförteckning

Förkortningar .....	1
Förord .....	2
Sammanfattning .....	3
Bakgrund .....	4
Syfte .....	5
Data och metod .....	6
Kvalitativ analys .....	6
Kvantitativ analys .....	6
Avgränsningar .....	8
Resultatbeskrivning av FU vid Capio Geriatrik Dalen .....	10
Organiseringen för FU .....	10
FU i praktiken .....	11
Samtidiga insatser från andra aktörer .....	12
Tolkning av uppdraget .....	12
Resultatbeskrivning av FU vid Capio Geriatrik Handen .....	14
Organisering för FU .....	14
FU i praktiken .....	15
Samtidiga insatser från andra aktörer .....	16
Tolkning av uppdraget .....	16
Resultatbeskrivning av FU vid Jakobsbergsgeriatriken .....	18
Organisering för FU .....	18
FU i praktiken .....	19
Samtidiga insatser från andra aktörer .....	20
Tolkning av uppdraget .....	20
Resultatbeskrivning av FU vid Sabbatsbergsgeriatriken .....	22
Organiseringen för FU .....	22
FU i praktiken .....	23
Samtidiga insatser från andra aktörer .....	24
Tolkning av uppdraget .....	25
Resultatbeskrivning av FU vid Capio Geriatrik Sollentuna .....	26
Organiseringen för FU och Sammanhållen geriatrisk vård (SGV) .....	26
FU i praktiken .....	27
Samtidiga insatser från andra aktörer .....	28
Tolkning av uppdraget .....	29
Sammanfattade resultat för FU .....	30
Slutsatser och analytisk diskussion .....	37

Organiseringen för FU.....	37
FU i praktiken.....	37
Samtida pågående insatser.....	38
Behov av vidare studier .....	38

# Förkortningar

AT	Arbetsterapeut
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BUD	Beräknat utskrivningsdatum
CCI	Charlson komorbiditetsindex
CFS	Clinical Frailty Scale är ett skattningsinstrument för att bedöma skörhet som används för att kunna göra en välgrundad klinisk bedömning av äldre och multisjuka.
FT	Fysioterapeut
FU	Förstärkt utskrivning
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
LUS	Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
SGV	Sammanhållen geriatrisk vård
VAL	Region Stockholms administrativa sjukvårdsdatabaser

# Förord

Det finns ett stort behov av olika typer av insatser i den geriatriska vården för att säkerställa trygghet och kontinuitet i vård- och omsorgsarbetet. En särskilt kritisk övergångsfas som identifierats är från den geriatriska kliniken till hemmet varför insatsen *Förstärkt utskrivning, FU*, började införas i november 2020 på en geriatrisk klinik i Stockholms län. Idag bedriver fem geriatriska kliniker FU. Denna rapport redovisar en beskrivning av vilka patienter som erhållit FU, hur FU organiserats samt vilka typer av insatser från hälso- och sjukvården som tillhandahållits inom tidsramen för interventionen. Rapporten består av två komponenter, dels en kvalitativ del baserad på intervjuer med de geriatriska klinikerna som erbjuder FU, dels en kvantitativ analys baserad på verksamhetsstatistik.

Projektet har genomförts som ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). FOU nu, Nestor FoU-center och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har ansvarat för den kvalitativa delen, medan Stockholm Centrum för Hälsoekonomi (StoCHE) har ansvarat för den kvantitativa analysen.

Projektet har erhållit värdefull kunskap om FU genom intervjuer och verksamhetsstatistik från de geriatriska klinikerna i Dalen, Handen, Jakobsberg, Sabbatsberg och Sollentuna.

Emelie Heintz, StoCHE, Håkan Uvhagen, FOU nu, Camilla Andersson, Nestor FoU-center och Åsa Hedberg Rundgren, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

# Sammanfattning

Syftet med projektet var att ge en beskrivning av vilka patienter som erhållit *förstärkt utskrivning (FU)* samt vilka typer av insatser från hälso- och sjukvården som tillhandahållits inom tidsramen för interventionen vid de olika geriatriska klinikerna som infört FU i dagsläget. Beskrivningen är tänkt att ge en bild av hur FU tolkats och implementerats i praktiken. För att besvara projektets syfte har både kvantitativa och kvalitativa metoder och analyser använts. Den kvantitativa delen baseras på data från Region Stockholms administrativa sjukvårdsdatabaser, VAL-databaserna, medan den kvalitativa delen baseras på intervjuer med varje geriatrisk klinik.

Den typiska patienten som erhåller FU är en 83-årig kvinna med *ingen till mild* samsjuklighet innan inläggning vid en geriatrisk klinik. Samtidigt har ungefär 80 procent vårdats inom slutenvården året innan inskrivning, och en tredjedel av målgruppen som erhåller FU har hemsjukvård månaden innan inskrivning. Patienter med försämrad funktionsförmåga, upplevd otrygghet eller personalens oro över hemgången har prioriterats för FU. Behov av utökat stöd från hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering har ofta identifierats under slutenvårdstillfället.

Vid teamets bedömning om FU-insats diskuteras sällan diagnos, utan fokus ligger på patientens förändrade funktionsförmåga och behov av samordning av insatser i hemmet. I genomsnitt är en patient inskriven i FU cirka sex dagar och gör ungefär tre besök inom ramen för FU (inklusive mottagningsbesök, hembesök, distanskontakter, med mera). FU avslutas antingen genom telefonsamtal eller muntlig och skriftlig information till patienten eller anhöriga.

Professionerna inom FU varierar mellan de geriatriska klinikerna, med vissa team som har ett medicinskt fokus och andra ett rehabiliteringsfokus. Sjuksköterskan i teamet har en central roll för samordning och uppföljning. Tvärprofessionella team involverar ofta arbetsterapeuter, fysioterapeuter och ibland läkare. Personalen på FU uppfattar insatsen som ett viktigt stöd för patienterna och när närstående finns, även för dem, vilket bidrar till en trygg och säker övergång från sjukhus till hemmet.

Under tiden som FU ges träffar patienterna också vård- och omsorgspersonal från andra vårdaktörer. Personal från FU erbjuder stöd utanför andra verksamheters ordinarie arbetstider och praxis, vilket gör vården mer lättillgänglig. FU-teamet kan även bistå med kontakt med exempelvis kommunens biståndshandläggare eller hemtjänst, om behov uppstår.

Rapporten beskriver hur FU tolkats och implementerats i praktiken, men utvärderar inte effekten av FU. För att kunna fatta beslut om ett eventuellt breddinförande föreslås vidare studier som undersöker FU:s inverkan ur olika perspektiv, inklusive systemperspektiv, patient- och anhörigperspektiv, juridiskt perspektiv och jämlikhetsperspektiv.

# Bakgrund

Nationellt pågår en omställning till *Nära Vård* vars syfte är att skapa ett mer tillgängligt, sammanhållet och patientcentrerat vårdssystem i Sverige. Målet är att föra vården närmare medborgarna genom att stärka primärvården och erbjuda vård och omsorg i hemmiljö. En av målgrupperna som särskilt berörs av omställningen till *nära vård* är multistjuka äldre personer med behov av sammanhållna insatser från vården och omsorgen. Denna målgrupp behöver i högre grad läggas in för vård på sjukhus för olika hälsoproblem och sjukdomstillstånd och vårdas på geriatriska kliniker för specialistvård. År 2023 var den genomsnittliga vårdtiden på geriatrisk klinik i Stockholms län 6,4 dagar.

För att säkerställa trygghet och kontinuitet i vård- och omsorgsinsatser behöver den geriatriska vården tillhandahålla olika typer av insatser. Efter utskrivning kvarstår ofta behov av vård, omsorg, stöd och rehabilitering, varför flertalet aktörer utanför de geriatriska klinikerna har i uppdrag att tillhandahålla detta. Ett viktigt skede som identifierats som särskilt sårbart är övergången från den geriatriska kliniken till hemmet. Detta föranledde att insatsen *Förstärkt utskrivning (FU)* introducerades år 2021 på geriatriska kliniker i Stockholms län.

Syftet med FU är att underlätta och öka kvaliteten på övergången mellan olika vårdformer för äldre patienter och att minska undvikbara återinläggningar inom akutsjukvården. FU kan erbjudas äldre personer under ett vårdtillfälle på en geriatrisk klinik och innebär att patienten får fortsatt stöd av ett multiprofessionellt team under en period efter utskrivning.

För närvarande erbjuds FU vid fem geriatriska kliniker i Region Stockholm: Sollentuna sedan januari 2021, Sabbatsberg och Jakobsberg sedan oktober 2022, samt Dalen och Handen sedan september 2023. Insatsen ska erbjudas av klinikerna inom respektive geografiskt ansvarsområde, men klinikerna kan också ta patienter från andra områden om möjligt. FU sker under en begränsad tid efter utskrivning. Under tiden FU pågår tillhandahålls vård, stöd och rehabilitering från ett multiprofessionellt geriatriskt team antingen i hemmet, via telefon eller på öppenvårdsmottagning. FU-teamet ska genomföra första besöket inom 24–72 timmar och, vid försämrat hälsotillstånd, erbjuda hembesök inom två timmar samt möjlighet till återinläggning. Under Förstärkt utskrivning efter slutenvårdstillfället har geriatriken det medicinska ansvaret för insatser som ges inom ramen för FU.

I nuläget saknas kunskap om hur uppdraget att erbjuda FU har tolkats vid respektive geriatrisk klinik, vilka patienter som är aktuella för FU, hur FU utförs i praktiken samt vilka samtidiga insatser som pågår i hemmet.



# Syfte

Syftet med projektet var att ge en beskrivning av vilka patienter som erhållit FU samt vilka typer av insatser från hälso- och sjukvården som tillhandahållits inom tidsramen för interventionen vid de olika geriatriska klinikerna som infört FU i dagsläget. Beskrivningen är tänkt att ge en bild av hur FU tolkats och implementerats i praktiken.

# Data och metod

För att besvara projektets syfte har både kvantitativa och kvalitativa metoder och analyser använts. Den kvantitativa delen baseras på data från Region Stockholms administrativa sjukvårdsdatabaser, VAL-databaserna, medan den kvalitativa delen baseras på intervjuer med varje geriatrisk klinik. Datainsamlingen skedde under augusti-november år 2024.

## Kvalitativ analys

Den kvalitativa delen bestod av enskilda intervjuer och gruppintervjuer med FU-teamen och andra nyckelpersoner på de fem geriatriska kliniker som har FU för att få en fördjupad beskrivning av hur FU har tolkats och implementerats i praktiken. Intervjuerna genomfördes under september och oktober månad år 2024. Frågor ställdes inom tre områden:

- Målgrupp och urvalskriterier för inkludering av patienter till FU
- Hur FU utformats och genomförts på de respektive klinikerna
- Vilka andra samtidiga insatser som finns kring patienten under inskrivningen i FU

Intervjuerna spelades in och skriftliga anteckningar togs. Utöver intervjuerna granskades relevant intern dokumentation, och intervjupersonerna erbjöds att komplettera intervjuerna genom att svara på för- och efterhandsfrågor via mejl. Dessa data sorterades och sammanfattades i en löpande, beskrivande text för varje geriatrisk klinik enligt ett ramverk som utformats utifrån projektets syfte. Deskriptiva aspekter av FU finns sammanställda i en tabell för att ge en övergripande bild av FU på de fem geriatriska klinikerna. Information som framkommit i intervjuerna och som beskrivs i resultaten behöver förstås i relation till tiden för datainsamling, då förändringar kan ha skett i avtal mellan HSF och de geriatriska klinikerna.

## Kvantitativ analys

Information om de patienter som erhållit FU samt de öppenvårdsbesök som ingår i FU, har inhämtats från VAL-databaserna baserat på aktuella uppdragskoder vid respektive geriatrisk klinik. Utöver detta hämtades även information om patienternas slutenvårdstillfällen, både från de geriatriska klinikerna och andra vårdenheter.

För att kunna ge en beskrivning av vilka typer av insatser från hälso- och sjukvården – både inom FU, men även andra insatser utöver FU – som tillhandahållits inom tidsramen för FU behöver vi veta vilka patienter som får FU samt hur länge en patient har FU. Information om när en patient skrivs in i och ut från FU har klinikerna själva tillgång till, men denna information finns inte tillgänglig i VAL-databaserna. Vi har därför valt att identifiera huruvida en patient får FU genom att koppla en patients första registrerade FU-besök i anslutning till det närmaste slutenvårdstillfället bakåt i tiden vid samma geriatriska klinik. För att uppskatta tidsramen för FU har vi använt oss av en proxy. Denna proxy har uppskattats som tiden mellan utskrivningsdatumet vid den geriatriska kliniken och det sista registrerade FU-besöket. I vissa fall fanns det registrerade FU-besök redan under tiden som patienten var inskriven i slutenvården. I

dessas fall räknas tiden från det första FU-besöket (det vill säga under slutenvårdstillfället) till det sista registrerade FU-besöket. Skulle en patient återigen skrivas in i slutenvården (oavsett om det är på en geriatrisk klinik eller annan vårdenhet) räknas tiden i stället fram till inskrivningsdatumet för det nya slutenvårdstillfället. Observera att tiden som vi uppskattar enligt ovan för FU sannolikt är underskattad i jämförelse med klinikernas egna beräknade vårdtid för FU eftersom vår proxy baseras på registrerade FU-besök i VAL-databaserna, och det finns anledningar att tro att vissa besök inom ramen för FU inte registrerats.

Den deskriptiva statistiken som presenteras i rapporten baseras främst på uppgifter om individer som fick FU som startade under perioden 1 januari 2024 – 30 juni 2024.

Resultaten presenteras på aggregerad nivå, och i de fall där det antalet är litet (<5) har dessa censurerats för att skydda patienternas integritet. Detta innebär att data som kan identifiera enskilda patienter har tagits bort eller aggregerats ytterligare.

## Beskrivning av patientpopulationen

Informationen som hämtades om patienterna från VAL-databaserna inkluderade:

- Ålder
- Kön
- Bostadskommun
- Antal dagar i slutenvården som föranledde FU
- Samsjuklighet (komorbiditet)
- Vårdkonsumtion ett år innan FU
- Hemsjukvård en månad innan FU
- Diagnos vid slutenvårdstillfället där patienten förskrevs FU

I beskrivningen av patientpopulationen baseras alla variabler, förutom diagnos, på den första gången som en patient förekommer i vår data, alltså första gången patienten skrivs in i FU.

Med **antal dagar i slutenvården som föranledde FU** menas längden på det slutenvårdstillfälle som ledde till att en patient skrevs in i FU, definierat som startdatum – slutdatum + 1.

**Samsjuklighet** har definierats utifrån Charlson komorbiditetsindex (CCI), som ofta används som en proxy för sjukdomsbyrå. Då det finns flera tillgängliga versioner av CCI, har vi använt den som är anpassad till svenska förhållanden<sup>1</sup>. VAL-databaserna (både slutenvården och öppenvården) genomsöktes två år bakåt i tiden från det slutenvårdstillfälle då en patient förskrevs FU, för att se om patienten tidigare har vårdats för de sjukdomar som ingår i indexet<sup>2</sup>. Varje sjukdom tilldelas en vikt (från 1 till 6), och summan av dessa vikter ger en CCI-poäng för patienten. Baserat på den viktade CCI-poängen har vi grupperat svårighetsgraden av samsjuklighet enligt följande<sup>3</sup>: ingen

---

<sup>1</sup> Ludvigsson JF, Appelros P, Askling J, Byberg L, Carrero JJ, Ekström AM, Ekström M, Smedby KE, Hagström H, James S, Järholm B, Michaelsson K, Pedersen NL, Sundelin H, Sundquist K, Sundström J. Adaptation of the Charlson Comorbidity Index for Register-Based Research in Sweden. *Clin Epidemiol.* 2021;13:21-41. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S282475>

<sup>2</sup> Följande sjukdomar ingår i Charlson komorbiditetsindex: hjärtinfarkt, hjärtsvikt, perifer kärlsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, lungsjukdomar, reumatisk sjukdom, demens, hemiplegi, diabetes, kronisk njursjukdom, leversjukdom, magsår, cancer och HIV/AIDS.

<sup>3</sup> Huang YQ, Gou R, Diao YS, Yin QH, Fan WX, Liang YP, Chen Y, Wu M, Zang L, Li L, Zang J, Cheng L, Fu P, Liu F. Charlson comorbidity index helps predict the risk of mortality for patients with type 2 diabetic nephropathy. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2014 Jan;15(1):58-66. doi: 10.1631/jzus.B1300109. PMID: 24390745; PMCID: PMC3891119.

samsjuklighet (CCI-poäng = 0), mild samsjuklighet (CCI-poäng 1–2), måttlig samsjuklighet (CCI-poäng 3–4) samt svår samsjuklighet (CCI-poäng  $\geq$  5).

**Vårdkonsumtion** definierades som en indikator på om en patient hade tidigare vårdutnyttjande inom slutenvård under ett år före inskrivningsdatumet då patienten vårdades på en av de geriatriska klinikerna och skrevs in i FU.

**Hemsjukvård** definierades som en indikator på om en patient hade fått basal hemsjukvård (uppdragstyp 137 eller 302) under en månad före inskrivningsdatumet då patienten vårdades på en av de geriatriska klinikerna och skrevs in i FU.

De **diagnoser** som presenteras är de fem vanligaste diagnoserna som registrerats vid slutenvårdstillfället där en patient blev inskriven i FU. Variabeln baseras på samtliga slutenvårdstillfällen som föranledde FU-inskrivning under den angivna tidsperioden.

## **FU och insatser inom FU**

Informationen som hämtades från VAL-databaserna om FU och de hälso- och sjukvårdsinsatser som ingår inom ramen för FU inkluderade:

- Antalet FU-besök under tiden (enligt vår proxy) patienter får FU
- Typ av öppenvårdsbesök
- Vårdgivare

Redovisningen av FU och insatserna som ingår baseras på samtliga inskrivningar i FU som vi har kunnat identifiera i VAL-databaserna under den angivna tidsperioden.

**Besökstyp** grupperades enligt följande: mottagningsbesök (besökstyp 0, 1, 8, A eller B), hembesök (besökstyp 2 eller H), distanskontakt (besökstyp 9 eller U), närståendeutbildning/konferens om patient (besökstyp 4) samt övrigt (besökstyp 3, 5, L eller 7). När vi skriver om antalet besök framöver i rapporten menar vi summan av alla typer av dessa besök/kontakter, om det inte specifikt står skrivet om en viss typ av besök, till exempel hembesök.

Upp till fem **vårdgivare** (yrkeskategorier) kan registreras i VAL-databaserna. Om endast en vårdgivare var registrerad vid besöket, bestämdes vårdgivarkategorin av denna. Om minst två vårdgivare var registrerade, definierades vårdgivarkategorin som ett team.

## **Annan samtida vård**

För beskrivning av andra hälso- och sjukvårdsinsatser som sker samtidigt som en patient har FU inhämtades information om övriga öppenvårdsbesök (oavsett besökstyp) som sker under tidsperioden (vår proxy) för FU (det vill säga besök som görs inom ramen för FU är exkluderade här) från VAL-databaserna. Denna information inkluderade vårdgren, som delades upp enligt följande: hemsjukvård (vårdgren primärvård samt uppdragstyp 137 eller 302), övrig primärvård (all annan primärvård än hemsjukvård och FU-besök), akutsomatisk vård samt annan vård (vårdgren geriatrik, psykiatri och övrig sjukvård).

## **Avgränsningar**

### **Kvalitativa data**

Enskilda intervjuer samt gruppintervjuer har genomförts med personal inom FU-teamen och andra nyckelpersoner. Dock har vissa fått förhinder att delta, vilket gjort att

vissa professionsperspektiv saknas i alla intervjuer. Fokus för intervjuerna har varit personalens erfarenheter av att arbeta med FU, beskriva målgruppen, det praktiska arbetet inom ramen för uppdraget samt eventuell samverkan och samordning med andra aktörer.

### **Kvantitativa data**

Som nämndes i tidigare avsnitt är den proxy som vi använder för att uppskatta tiden som en individ får FU sannolikt underskattad i jämförelse med klinikernas egen beräknade vårdtid. Detta eftersom vår proxy baseras på registrerade FU-besök i VAL-databaserna, och viss underrapportering av besök kan förekomma, framför allt telefonkontakter som vi sedan tidigare vet registreras i låg utsträckning. Detta bör beaktas vid tolkningen av resultaten eftersom telefonkontakter är en viktig del av FU. Om till exempel en geriatrisk klinik har som standard att ha ett avslutningssamtal per telefon när FU ska avslutas, och detta samtal inte registreras i VAL, kan detta leda till att det ser ut som att aktuell geriatrik har färre besök och kortare tidsperiod för FU än vad den egentligen har.

Vidare har endast insatser från hälso-och sjukvården, det vill säga de som finns registrerade i VAL-databaserna, inkluderats i rapporten. Detta innebär att till exempel kommunala insatser inte är inkluderade.

Slutligen syftar projektet inte till att utvärdera effekten av FU. Informationen från projektet är dock nödvändig för att bedöma genomförbarheten av en eventuell framtida effektuppföljning av interventionen. Som en del av projektet har vi därför utrett och beskrivit möjligheterna till framtida effektuppföljning.

# Resultatbeskrivning av FU vid Capio Geriatrik Dalen

## Organiseringen för FU

Capio Geriatrik Dalen startade arbetet med FU i september 2023. Upptagningsområdet är Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Skarpnäck och Farsta. FU-teamet vid Capio Geriatrik Dalen består av arbetsterapeut, fysioterapeut och en sjuksköterska. Organisatoriskt hör sjuksköterskan till Capio Geriatrik Dalen och arbets- och fysioterapeut till Capio Rehab Dalen. Arbetsterapeut och fysioterapeut kombinerar arbetet i FU med sedvanligt arbete inom hemrehab. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter är permanent placerade i teamet medan två sjuksköterskor delar på uppdraget genom att rotera och arbeta en månad i taget i FU-teamet. Läkare tillsammans med övriga i vårdenheternas team har uppgiften att identifiera patienter som kan vara aktuella för FU. På sjukhuset finns sex geriatriska slutenvårdsavdelningar med totalt 132 vårdplatser som kan remittera patienter till FU. Patienterna som får FU har som grund tillgång till denna hjälp under tio dagar och i snitt handlar det om sju till åtta dagar. I enstaka fall förlängs perioden till över tio dagar om särskilda skäl finns. Perioden med FU startar samma dag som utskrivning och det finns ingen bestämd övre gräns för hur många som kan vara inskrivna i teamet samtidigt.

### Målgruppen

Målgrupp för FU är patienter som efter inläggande vård har behov av fortsatt vård, omsorg eller rehabiliteringsinsatser och där sedvanlig utskrivningsförfarande inte bedöms vara tillräcklig för att ge en trygg och säker hemgång.

### Inklusionskriterier

För patienter som ansluts till FU gäller att de ska uppfylla följande kriterier.

- Vara medicinskt stabila (så att eventuellt behov av vård kan övertas av primärvård eller annan aktör)
- Förväntad skörhet (exempelvis behov av stöd, rörelserädsla, smärta, stroke, lång vårdtid)
- Tillhöra upptagningsområdet (Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Skarpnäck eller Farsta). Det finns även möjlighet att anta patienter som bor utanför upptagningsområdet (enligt överenskommelse med HSF) om det är praktiskt möjligt att göra hembesök, alltså att de inte bor för långt bort från sjukhuset.
- Att de tackar ja till insatsen

### Exklusionskriterier

- Ansluten till ASIH

### Avsteg från inklusionskriterierna

Vid intervjuerna framkom inte att avsteg gjordes.

### En typisk FU-patient

I beskrivning av vilka patienter som remitteras till FU-teamet framkommer att det främst är tre faktorer som spelar in. En är att patienten fått en signifikant försämrad funktionsnivå identifierad under slutenvården. Det kan handla om att de skrivs ut med ett omfattande behov av hjälpmedel i hemmet som de inte haft tidigare eller andra typer av nytillkomna behov av stöd för att klara aktiviteter i det dagliga livet (gå på toaletten,

få i sig mat, klä på sig med mera). Den andra faktorn som ofta spelar in är att personen upplevs ha nedsatt insikt om sin egen förmåga om hur hen ska klara sig. Patientens egen uppfattning om hur mycket stöd som kan behövas i hemmet matchar alltså inte den uppfattning eller bedömning som personalen på sjukhuset har. Den tredje faktorn är när en patient har en hög grad av oro för hur hen ska klara sig när hen kommer hem. Där kan det vara så att personalen på sjukhuset har uppfattningen att patienten kommer att ha en fungerande situation i hemmet och att annan vård och omsorg kommer kunna ge tillräckligt stöd men patienten själv inte känner sig trygg med detta. Utöver dessa faktorer framkommer att patienter som saknar socialt nätverk särskilt beaktas.

## **FU i praktiken**

### **Hur sker det praktiska urvalet**

På avdelningarna hålls teamkonferenser måndag till fredag och där diskuteras om patienter bör remitteras till FU. Teamkonferens ska ske två dagar efter att patienten skrivits in. Det är ett gemensamt ansvar i teamet att föreslå FU, men det påtalas att avdelningens koordinator ofta är den som identifierar och lyfter behov av FU. Den patientansvariga läkaren är den som formellt fattar beslut om, och remitterar till FU. Innan remiss kan skickas behöver patienten informeras om, och tacka ja, till insatsen. Målet är att remiss till FU-teamet ska skickas senast två dagar före utskrivning. Det kan vara svårt att ha en uppfattning om hur situationen ser ut vid utskrivningsdagen.

### **På sjukhuset**

Efter att remissen mottagits och godkänts träffar sjuksköterskan från FU-teamet patienten på avdelningen. Detta besök görs vanligtvis på utskrivningsdagen och patienten får då information om vad FU är och vad det innebär. I utskrivningsmeddelandet står telefonnummer där de kan nå teamet. Patienten får också muntlig informationen vilken innehåller uppgifter om FU-teamets syfte och upplägget, vilka patienten kommer att träffa i hemmet samt att insatsen sträcker sig över tio dagar.

### **I hemmet**

På första hembesöket erhåller patienten en blå lapp med sammanfattande information om FU inklusive telefonnummer. Vilka insatser som patienten får inom ramen för FU anpassas efter behov och patienten har stort inflytande över vad innehållet blir och vilka professioner de träffar. Det kan till exempel vara så att patienten tackar ja till att få besök från sjuksköterska men inte arbetsterapeut eller fysioterapeut. Vanligast är dock att processen ser ut så här: Dagen efter hemgång kommer sjuksköterska för att se hur patienten mår, ta vitalparametrar, och bedöma medicinsk status och läkemedel/medicinering. Vid behov tar sjuksköterskan kontakt med vårdcentral i Lifecare, det kan till exempel handla om förskrivning av läkemedel eller inkontinensskydd.

Arbetsterapeut och fysioterapeut kommer hem till patienten dag två för ett första besök. De gör då en bedömning av patientens behov av insatser från dem. Det handlar då ofta om förskrivning eller användning av hjälpmedel, förflyttningar i hemmet, fallprevention eller fysisk aktivitet. Besöket ger ofta nya insikter i hur det fungerar i hemmet och antal besök planeras efter de behoven som upptäcks. Arbetsterapeut och fysioterapeut blir också ofta involverade i att informera och instruera hemtjänstpersonal och anhöriga och kan även initiera och samordna bostadsanpassning vid behov. När patienten har FU så har de ett direktnummer till teamet. Det är sjuksköterskan i FU-teamet som är ansvarig för telefonen på dagtid och kan då svara på frågor direkt eller ta det vidare. På kvällar, nätter, och helger har sjuksköterska på en utsedd avdelning (vårdenhet 52) ansvar för

telefonen och kan vidarebefordra frågor till teamet alternativt hantera situationen direkt om det är akut. Vanligtvis gör sjuksköterskan enbart ett besök hos patienten medan arbetsterapeut och fysioterapeut gör flera. Då arbetsterapeut och fysioterapeut i FU-teamet också arbetar inom hemrehabilitering så övergår insatserna till sedvanlig hemrehabilitering om behovet sträcker sig utöver tio dagar. För de patienter som har Rehab Dalen blir det alltså en sömlös övergång till hemrehabilitering. För patienter med rehab i en annan organisation skrivs remiss till den rehab de har valt. Under tiden en patient har FU är tröskeln lägre för återinskrivning. Vid behov av detta konsulteras den patientansvariga läkaren och patienten kan då skrivas in direkt på avdelning utan att gå via akuten.

### **FU avslutas**

Patienten informeras via broschyren som hen får vid början av FU-perioden om datumen när FU pågår och sista besöket förtydligas med påminnelse att teamet kan nås till slutdatum via telefonnumret. Vid den tionde dagen skickas meddelande till vårdcentralen att FU-perioden nu har tagit slut. Om patienten återinskrivs, eller skrivs in på ett annat sjukhus tar FU-perioden slut och om det visas att patienten skulle vara lämplig att återansluta till FU tas ett nytt beslut.

## **Samtidiga insatser från andra aktörer**

Vårdcentral, hemsjukvård och hemtjänst är verksamheter som FU-teamet vanligtvis samverkar med under FU-perioden och som ofta är centrala för patientens situation i hemmet. För att sprida information om FU-teamet och hur de arbetar har man informerat om teamet vid olika samverkansforum.

Det praktiska samarbetet med hemtjänst kan bland annat innebära att FU-teamet får hjälp att komma in i patientens bostad eller att personal från hemtjänst erbjuder utbildning och instruktioner för hur de kan stötta patienten på bästa sätt. Man kan även ha kontakt med biståndsbedömare via Lifecare för att påtala och beskriva patientens behov. Det framkommer att en fördel med FU är att det ofta ger en god insyn i patientens situation i hemmet och funktionsförmåga vilket kan underlätta när hans behov ska kommuniceras till biståndsbedömare.

Det är också vanligt att patienterna som får FU har pågående insatser från hemsjukvård eller att sådana insatser ska komma i gång efter utskrivning. Då har FU-teamet, framför allt sjuksköterskan, kontakt med den aktuella hemsjukvården och stämmer av så att det inte blir något glapp när det gäller medicinska insatser eller, till exempel att aktuella läkemedel finns i hemmet, att patienten får besök av hemsjukvård som delar ut medicin eller att inkontinensskydd förskrivs. Arbetsterapeut och fysioterapeut har också kontakt med andra rehabiliteringsenheter om patienten är i behov av fortsatta rehabiliteringsinsatser och har valt en annan aktör för dessa. Vid behov skriver man även remisser för andra typer av insatser, till exempel remiss till dietist.

## **Tolkning av uppdraget**

När uppdraget initialt skulle tolkas och implementeras tog man stöd av Capio Geriatrik Sollentuna (vars vårdgivare också är Capio), som vid den tidpunkten hade arbetat med FU under cirka ett år. Man anpassade sedan FU till förutsättningarna på Capio Geriatrik Dalen. En skillnad var exempelvis att Sollentuna även hade sammanhållen geriatrik vård (SGV) som påverkade hur de organiserade FU. Att Dalens FU-team ligger inom



hemrehabilitering är främst för att de har vana av att arbeta hemma hos patienter och att övergången till ordinarie rehabiliteringsinsatser blir tryggare och enklare eftersom man känner varandra. Man började i liten skala, det vill säga en avdelning remitterade patienter i början, och gjorde ändringar och anpassningar utifrån hur det fungerade, till exempel när det gällde hur man praktiskt skulle lösa att patienter skulle kunna komma i kontakt med FU dygnet runt.

### **Reflektioner från FU-teamet**

Det framkom att det fanns skillnader i hur många patienter som remitterades från de olika avdelningarna på Dalen trots att vårdenheterna har liknande patienter med undantag av en enhet med inriktning ortopedi/neurologi. Man framhöll att det pågår kontinuerligt arbete för att personal på samtliga enheter ska ha kunskap om FU och remittera patienter som skulle ha nytta av detta men att det kanske finns mer att göra på den punkten. Vidare så påtalade man att en stor del av patienterna som vårdas på Capio Geriatrik Dalen kommer från andra delar av länet, det vill säga utanför upptagningsområdet, och som regel därmed inte blir aktuella för FU även om de har behov. Undantag görs där det är praktiskt möjligt för teamet. Detta leder till ett slags "postkodlotteri" där deras hemadress och om de blir vårdade i närheten av hemmet avgör om de får tillgång till FU.

Vid intervjun framkom även att man på egen hand börjat följa upp arbetet med FU genom att kontakta personer som haft FU och intervjua dem om hur de upplevt insatsen, vilket de ser som en viktig del i att utvärdera och utveckla insatsen framgent.

# Resultatbeskrivning av FU vid Capio Geriatrik Handen

## Organisering för FU

Under hösten år 2023 startade FU vid Capio Geriatrik Handen. Upptagningsområdet är Handen, Tyresö, Skogås och Trångsund. FU-teamet består av arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare och sjuksköterska. I tillägg finns dietist, kurator och logoped vid behov tillgängliga för konsultation. FU är organiserat under verksamhetschefen för geriatriken och rapporterar till denne. Inskrivningstiden i FU är maximalt 21 dagar. I praktiken sker insatserna från FU-teamet framför allt de första dagarna efter utskrivning till hemmet. Utifrån tillgängliga resurser har FU-teamet i snitt 15 patienter inskrivna samtidigt men kan ta emot upp mot 20 patienter. Medarbetarna i FU-teamet uppskattar att de i ett specifikt patientfall lägger lika mycket tid på direktkontakt med patienten som på administration.

## Målgruppen

Målgruppen för FU är äldre personer som har behov av multiprofessionella insatser efter utskrivning. Det handlar om att trygga hemgången och säkerställa att den planering som är gjord fungerar och är tillräcklig. Syftet är, att genom extra stöd och uppföljning i samband med hemgång och den första tiden i hemmet, kunna minska oro och förebygga undvikbar återinläggning hos de allra sköraste patienterna.

## Inklusionskriterier

- Behov av fortsatt vård efter geriatrisk slutenvård
- Behov av geriatriskt multiprofessionellt teamarbete
- Samverkan krävs för en trygg och säker hemgång

I första hand patienter inom Capio Handen Geriatriks områdesansvar (Haninge, Tyresö, Skogås och Trångsund), i övrigt om det bedöms rimligt att ta in patient utanför området.

## Exklusionskriterier

- Behov av kontinuerlig övervakning som inte kan tillgodoses med hemtjänst (kan inte larma själv) eller närstående
- Behov av ASIH
- Behov av palliativ vård på slutenvårdsavdelning
- Att patienten inte vill ingå i FU

## Avsteg från inklusionskriterierna

Exklusionskriterierna efterföljs alltid. Någon enstaka gång har inklusionskriterierna upplevts som strikta varpå avsteg skett. Varje remiss får en enskild bedömning där det som är till gagn för den enskilde patienten alltid står i centrum. En avslagen remiss innebär inte avsteg från kriterierna utan beror på andra orsaker.

## En typisk FU-patient

En svårt multisjuk man som haft många tidigare inläggningar i slutenvården ådrog sig en lårbensfraktur och drabbades i tillägg av sepsis. När han kom till geriatriken var hans tillstånd skört och i tillägg var hans kognitiva förmåga så pass nedsatt att han hade svårt att medverka fullt ut vid beslutstagande och koordinering av insatser. Patienten ville gärna hem igen men situationen uppfattades som mycket skör. I tillägg upplevde hans hustru att mycket ansvar skulle komma att ligga på henne för att få hemsituationen att

fungera. FU sattes in, både i form av praktiska åtgärder för patienten och psykologiskt stöd till hustrun. Stödet var till stor hjälp under den tid som både patienten och anhörig etablerade nya rutiner tillsammans med hemtjänsten.

## **FU i praktiken**

### **Hur sker det praktiska urvalet**

Under det första dygnet patienten är inskriven på geriatrisk avdelning sker enskilda bedömningar av det geriatriska teamet på slutenvårdsavdelningen kring patienten och dennes situation. Därefter hålls en teamrond med planering av vidare åtgärder, fastställande av beräknat utskrivningsdatum (BUD) och beslutstagande kring eventuellt behov av FU. Om patienten ska erbjudas FU så tillfrågar läkaren patienten om denne accepterar förslaget och skickar därefter remiss till FU-teamet.

### **På sjukhuset**

FU-teamet bedömer och besvarar inkomna remisser, endast ett fåtal har avslagits. Därefter avsätter de tid för hembesök hos den aktuella patienten på dennes beräknade utskrivningsdatum, BUD. Under tiden fram till BUD håller FU-teamet sig uppdaterade hur patientens process fortlöper och planerar kommande åtgärder samt vilka yrkeskategorier från FU som kan komma att behövas vid det första hembesöket. De tar del av hur rehabiliteringen går, vilka hjälpmedel patienten kommer få med sig hem, vilka hemtjänstinsatser patienten ansökt om och om hemsjukvården kommer att kopplas in. Planeringsarbetet sker i tätt samarbete med personalen på de geriatriska avdelningarna.

På dagen för utskrivning går FU-teamet tillsammans och presenterar sig för patienten. Under ett kortare möte på cirka tio minuter delges patienten information om vad som är tänkt att göras och får erbjudande om hembesök redan samma dag. De flesta patienter tackar ja till den föreslagna planeringen.

### **I hemmet**

Det första hembesöket utförs oftast av flera professioner tillsammans och tar cirka en timme. Sjuksköterskan går igenom alla papper som patienten fått med sig hem från sjukhuset, aktuell läkemedelsbehandling, vad som är planerat och hur FU-teamet kan kontaktas. Arbetsterapeut och fysioterapeut kartlägger bostaden utifrån de aktiviteter som patienten ska komma att göra, installerar hjälpmedel, tränar förflyttningar med patienten och går igenom eventuellt träningsprogram. Ibland finns även personal från hemtjänst och hemsjukvård med på hembesöket vilket underlättar informationsöverföringen mellan aktörerna.

Vid behov planeras ytterligare hembesök in, och i tillägg sker regelbundna telefonuppföljningar för att säkerställa att planeringen fungerar och för att fånga upp eventuella nya behov. Vem i FU-teamet som genomför telefonuppföljning beror på patientens individuella behov. Under hela inskrivningstiden i FU kan patienten vid behov också själv ta telefonkontakt med FU-teamet.

Om det finns behov av uppföljning av läkare genom ett fysiskt möte, kan patienten under tiden i FU kallas till ett läkarbesök på den geriatriska mottagningen. Läkare kan alltid nås av FU-teamet för konsultation och kan även ha direktkontakt via telefon med patienten om behov finns. Under hela inskrivningstiden i FU finns det också möjlighet att direkt lägga in patienten på geriatrisk avdelning.

## **FU avslutas**

När patientens inskrivning i FU avslutas så görs det genom telefonkontakt. Om patienten och/eller anhörig skulle kontakta FU-teamet även efter att de är utskrivna därifrån så tar FU-teamet emot dessa ärenden och hänvisar till rätt aktör.

## **Samtidiga insatser från andra aktörer**

De flesta patienter som går hem med FU har redan eller får i tillägg hemtjänst och kontakt med primärvårdsrehab. En del patienter har även kontakt med hemsjukvården. Primärvården, primärvårdsrehab, hemsjukvård och hemtjänstutförare får via Lifecare och/eller telefonkontakt meddelande om att patienten kommer att skrivas hem med stöd av FU. Hemtjänstpersonalen som arbetar hemma hos patienten får dock inte alltid veta att patienten har FU då informationen från hemtjänstutföraren centralt inte alltid når ut till den enskilde medarbetaren. Utöver nära vård och omsorg har en del patienter kontakt med olika specialister inom vården men eftersom dessa inte utför sina åtgärder i hemmet så är det inte aktörer som FU möter i sitt arbete med patienten.

De parallella kontakterna påverkar inte FU-teamets arbete i någon större utsträckning men positivt är att samverkan mellan FU och aktörerna i öppenvården har förbättrats genom exempelvis gemensamma hembesök och separata samverkansmöten. Samverkan i hemmet skapar trygghet genom att patient och anhörig ges möjlighet att vara delaktiga på ett annat sätt än om aktörerna enbart kommunicerat genom Lifecare.

## **Tolkning av uppdraget**

FU ska genom multiprofessionella insatser trygga och stärka övergångsprocessen från slutenvården till ordinärt boende för ett urval av geriatriska patienter tillhörande Handens Sjukhus upptagningsområde. Capio Geriatrik Handen har det medicinska ansvaret för de insatser som görs inom ramen för FU. Inskrivna patienter i FU kan genom det direkttelefonnummer de får komma i kontakt med geriatriken dygnet runt. Dagtid är det en sjuksköterska som besvarar FU-telefonen och under jourtid är det en läkare. Återtag till slutenvården eller besök kan ske veckans alla dagar om behov finns. FU-arbetet ska innefatta hembesök, telefonkontakter, mottagningsbesök och administrativ samordning genom upprättande av en individuell plan och samordning av både vård och omsorgskontakter.

Ett första hembesök ska ske inom 72h och därefter ska det ske regelbunden uppföljning fram tills att hemsituationen och patientens individuella plan bedöms verkställd, dock längst i 21 dagar. Vid eventuell försämring ska direktinläggning på geriatriken kunna erbjudas. Samtliga aktörer i öppenvården ska genom Lifecare informeras om patientens inskrivning i FU.

- Sjuksköterskan i FU-teamet har en samordnande funktion.
- Arbetsterapeuten och de två fysioterapeuterna i FU delar sina tjänster mellan FU och de geriatriska avdelningarna. Organiseringen ses som fördelaktig då personalen har nära kontakt med personalen inom slutenvården samt har möjlighet att prioritera sin tid där de för tillfället behövs mest.
- Läkaren i FU har främst en konsultativ roll och åker inte ut på hembesök men kan träffa patienterna vid mottagningsbesök.

### **Reflektioner från FU-teamet**

Inför uppstart av FU tog Capio Geriatrik Handen kontakt med andra enheter som redan hade implementerat FU och genomförde hos dem studiebesök för att ta lärdom av deras organisation. Dessa erfarenheter kombinerades sedan med egna tidigare erfarenheter av att under lång tid tidigare ha arbetat med utskrivningsprocessen från slutenvården. Även om FU nu är implementerat betraktas det fortfarande som en form av pågående projekt då arbetsmetoderna ständigt utvecklas. Efter att FU etablerats, startades även den geriatriska mottagningen, som nyligen integrerats med FU och möjliggjort fysiska läkarbesök där för patienter inskrivna i FU.

# Resultatbeskrivning av FU vid Jakobsbergsgeriatriken

## Organisering för FU

FU vid Jakobsbergsgeriatriken startade oktober 2022. Upptagningsområdet är; Järfälla, Upplands Bro, delar av Solna (Skytteholm, Huvudsta, Västra Skogen, Hagalund och Råsunda) och Sundbyberg. FU-teamet består av läkare och sjuksköterska. Övriga yrkesgrupper med paramedicinsk kompetens stöttar upp vid behov från slutenvården och det geriatriska teamet finns tillgängliga för konsultation. Maxlängden för FU är 21 dagar, men det är ytterst ovanligt att den pågår så länge. FU-anslutning påbörjas samma dag som patienten skrivs ut från sjukhuset. Information om FU-anslutning framförs via vårdavdelningen i Lifecare samt i remiss till patientens listade vårdcentral via TakeCare. Ingen övre gräns är satt för antalet patienter som kan få FU samtidigt. Behov och tillgängliga resurser avgör antalet samtidigt inskrivna patienter och i praktiken handlar det om upp till 18 patienter och 12 personer i genomsnitt.

### Målgruppen

Målgruppen för FU utgörs av äldre patienter med hög risk för återinläggning, särskilt de som efter sjukdom eller skada fått en större funktionsnedsättning alternativt upplever otrygghet vid hemgång. Dessa patienter, många av dem multisjuka och med polyfarmaci, har ofta svårigheter att navigera bland alla vård- och omsorgsaktörer efter utskrivning.

Absoluta inklusions- och exklusionskriterierna utformades utifrån uppdragsbeskrivningen och stödjande kriterier togs fram tillsammans med Sabbatsbergsgeriatriken. De stödjande kriterierna togs fram för att identifiera patienter med hög risk för återinläggning vilka bedöms gynnas av FU-anslutning, men är inget krav för anslutning. Allteftersom har dessa stödjande kriterier åsidosatts mer och mer och FU erbjuds idag framför allt till de patienter där vårdpersonal eller patient/anhörig känner stor oro inför utskrivning.

### Inklusionskriterier

- Vårdas inneliggande på Jakobsbergsgeriatriken
- Boende i eget hem inom ett specificerat upptagningsområde
- Tackat ja till FU-anslutning

Stödjande inklusionskriterier för bedömning av FU: förekomst av slutenvård eller sökt akutsjukvård det senaste året, förekomst av skörhet (CFS  $\geq$  5), ensamstående, skvalt socialt nätverk, polyfarmaci, sarkopeni, undernäring, komorbiditet, specifika huvuddiagnoser: hjärtsvikt, KOL, frakturer, kognitiv svikt/demens, diabetes mellitus, smärttillstånd, ångest/depression, stroke, cancer.

### Exklusionskriterier

- ASIH-ansluten

Tveksamma fall för inklusion:

- Patienter med svårigheter att kommunicera eller som har kognitiv svikt utan stöd av närstående
- Patienter med pågående missbruk eller allvarliga psykiska tillstånd

- Patienter som är beroende av långvariga och fasta vårdkontakter snarare än tillfälliga FU-insatser

Personer med bristande följsamhet till läkemedelsordinationer som inte vill ta emot hjälp och inte släpper in aktörer alternativt uttrycker att det blir för mycket med ännu ett hembesök, där väljer FU-teamet att inte gå in utan hänvisar till fasta aktörer såsom primärvården och hemsjukvården.

### **Avsteg från inklusionskriterierna**

Under arbetets gång har teamet insett att de stödjande inklusionskriterierna ibland hindrat identifieringen av patienter som verkligen skulle behöva FU. Därför har teamet blivit mer flexibla och inkluderat patienter baserat på egenupplevd otrygghet från patient/anhörig och utifrån vårdpersonalens kliniska bedömning.

### **En typisk FU-patient**

En typisk patient är en äldre person med flera sjukdomstillstånd, hög grad av medicinering och som bor ensam med daglig hemtjänst. Denna patient känner sig otrygg kring hemgång och är i fortsatt behov av vårdinsatser och rehabilitering.

## **FU i praktiken**

### **Hur sker det praktiska urvalet?**

Urvalet av patienter görs av det geriatriska teamet under teamronder på sjukhuset, där varje patients behov och potential att dra nytta av FU bedöms. Om patienten samtycker till anslutningen, skickas remiss till FU-teamet. FU-teamet läser patientens journal för att bedöma om det verkar vara en lämplig kandidat. De flesta FU-remiss godkänns då de redan bedömts som lämpliga av det geriatriska teamet men om det finns tveksamhet, exempelvis vid kognitiv svikt, träffar FU-teamet alltid patienten på avdelningen innan de fattar beslut om FU-anslutning och vid behov tar kontakt med anhörig eller annan kontaktperson.

### **På sjukhuset**

Efter beslut om FU träffar patienten alltid FU-teamet (inskrivningssamtal) innan utskrivning från sjukhuset för att diskutera hemgång, få information om tillgängliga resurser inom ramen för FU och för att få tiden för det inplanerade hembesöket. Patienten får också skriftlig information och ett direktnummer till FU-teamet som kan nås dygnet runt. Remiss skickas till vårdcentral för kännedom om FU anslutning från slutenvården. Kontakt tas med hemtjänst, trygg-hemgångsteam alternativt hemsjukvård, om pågående kontakt finns för att informera om FU och samordna besök hos patienten. FU-teamet kan hjälpa till att etablera kontakt med kommunens biståndshandläggare när behov uppstår på grund av förändrad sjukdomssituation och/eller nedsatt funktionsförmåga.

### **I hemmet**

Hembesök sker alltid inom tre vardagar (72 timmar) efter utskrivning från geriatriken av sjuksköterska för att ta hand om eventuella omedelbara behov, följa upp medicinering och följa upp kontakt med andra aktörer. Hembesöket sker i genomsnitt under dag två och görs oftast av sjuksköterska. Läkare kan, vid uppkomna behov under FU-perioden göra hembesök. Efter hembesöket planeras uppföljande telefonkontakt in med patienten inför avslut men patienten uppmanas höra av sig tidigare om behov uppstår. I de fall patienten har flera pågående kontakter med andra aktörer ses hembesöket som en positiv möjlighet till samarbete och samverkan på ett annat sätt än

bara via telefon och remisser. De vanligaste åtgärderna under FU-anslutningen är hembesök, läkemedelsgenomgång, stödsamtal med patient, anhörig eller hemtjänstkontakt och distanskontakt med andra vårdgivare. Akuta hembesök genomförs av FU-sjuksköterska med inställandetid om två timmar från att patienten larmat. Vid behov kan andra professioner i geriatriska teamet (läkare, paramedicin) medfölja på hembesöket. Återinläggning eller andra åtgärder i hemmet sker efter bedömning av FU-sjuksköterska och läkare när patient eller andra aktörer såsom anhöriga, hemtjänst eller vårdcentral larmar om patientens försämring. Vid återinläggning kan FU ombesörja sjukresa och vid behov larma ambulans. Antalet telefonkontakter per patient uppgår till 2–3 per FU-period i genomsnitt.

### **FU avslutas**

FU avslutas med telefonsamtal från sjuksköterska eller läkare i FU-teamet. FU-anslutningen avslutas i förtid om patienten blir återinlagd eller inlagd på annat sjukhus. När patientens tillstånd förändrats eller när FU-teamet genomfört åtgärder under anslutningstiden skickas tilläggsremiss via TakeCare eller Lifecare för uppföljning/kännedom till patientens vårdcentral.

## **Samtidiga insatser från andra aktörer**

FU-teamet arbetar i nära samarbete med trygg-hemgångsteam, hemtjänsten och hemsjukvården för att förbättra vården för patienter som vistas i hemmet. Det finns vissa utmaningar när det gäller kommunikation och samordning mellan de olika aktörerna, men när dessa funktioner samarbetar väl skapas en tryggare vårdmiljö för patienterna. Om en patient är inskriven i FU och också får hjälp av exempelvis hemsjukvården, och sedan kontaktar FU på grund av ett försämrat hälsotillstånd, kommer FU att informera hemsjukvården för att säkerställa att situationen kan följas upp. Efter hemsjukvårdens besök, följer FU-teamet upp med hemsjukvården hur det har gått.

## **Tolkning av uppdraget**

Förstärkt utskrivning, ska erbjudas till patienter som vårdas inom geriatrisk slutenvård, tillhörande aktuellt upptagningsområde där ett fortsatt behov bedöms föreligga av det geriatriska teamet. Det ska gälla under en begränsad period (max 21 dagar). Vård och rehabilitering erbjuds av det geriatriska teamet i hemmet eller på öppenvårdsmottagning med fortsatt medicinskt ansvar för insatser inom ramen för FU. Det ska finnas ett direktnummer som kan nå dygnet runt som ges ut till patienten samt till anhöriga och andra omsorgsgivare vid patientens tillåtelse. Kontinuerlig kontakt ska etableras via hembesök, mottagning och/eller telefon. Dialog ska föras med, till exempel hemsjukvård, hemtjänsten och fast vårdkontakt

Inställelsetid för ett första hembesök ska ske inom 72 timmar. Bedömning och vård ska erbjudas i hemmet dygnet runt. Vid försämrat hälsotillstånd ska hembesök kunna göras inom två timmar och möjlighet till direktintag till slutenvården ska finnas. En rehabiliteringsplan ska genomföras och vårdbehov, hjälpmedel, förbrukningsmaterial, näringsprodukter ska tillgodoses. Deltagande vid Samordnad Individuell Planering (SIP) ska ske vid efterfrågan. Den fasta vårdkontakten/primärvården ska informeras om start och avslut av uppdraget.



### **Reflektioner från FU-teamet**

FU-teamet har tolkat sitt uppdrag som att det handlar om att minska onödiga återinläggningar via akuten. Det har varit viktigt att förstå och klargöra att FU inte ska ersätta befintliga vårdkontakter, utan snarare fungera som ett komplement för att säkerställa att äldre patienter får den uppföljning och det stöd de behöver under en sårbar period efter sin sjukhusvistelse. Målet är att allt ska fungera väl i hemmet utan FU-teamets stöd, men personalen inom FU-teamet upplever att det fortfarande krävs många åtgärder. De önskar öka samarbetet med biståndshandläggaren i situationer där tidigare insatser saknas eller när patienten har upplevt en betydande förlust av funktionsförmåga.

# Resultatbeskrivning av FU vid Sabbatsbergsgeriatriken

## Organiseringen för FU

Arbetet med FU startade år 2022 med stöd av systerkliniken Jakobsbergsgeriatriken för att utforma insatsen. Sjukhusets upptagningsområde är Norrmalm, Östermalm, Kungsholmen och Lidingö.

FU-teamet består av sjuksköterskor, paramedicinsk personal och läkare som samtliga är anställda på Sabbatsbergsgeriatriken. På jourtid finns avtal med ASIH-sjuksköterskor med backup av bakjour i geriatrik på Sabbatsbergsgeriatriken. FU är tillgängligt veckans alla dagar, även helger, röda dagar och semesterperioder.

Enligt avtalet har patienten möjlighet att vara anslutna upp till 21 dagar och antal besök planeras utifrån individens behov. Det finns ingen exakt övre gräns för hur många som kan vara inskrivna i FU-teamet samtidigt utan bemanning och insatser anpassas efter behov. Som mest har 27 patienter varit inskrivna samtidigt.

### Målgruppen

I princip, kännetecknas målgruppen av en stor förändring i förmåga att klara sina aktiviteter i dagligt liv med nya behov av hjälpmedel och/eller stöd för att klara sin vardag. Det kan också vara stora behov av egenvård, till exempel att hantera läkemedel eller kontroller som bidrar till att FU behövs. De flesta patienter har också en svår och skör situation hemma med hög risk för återinläggning och kan ha fått avslag på ansökan om korttidsboende. Som beslutsstöd finns en rad olika frågor som kring patientens situation som ställs för att kvalitetssäkra utskrivningsprocessen i förhållande till FU. Dessa frågor gäller bland annat om patienten har förstått innebörden av sin diagnos och behandling, finns behov av dubbelbemanning, gånghjälpmedel, smärtlindring, behov av hjälp med stödstrumpor eller läkemedelshantering. Man beaktar också vad patienten har för insatser från hemtjänst sedan tidigare, om det finns etablerat samarbete mellan primärvård och hemtjänst kring patienten och om patienten själv upplever oro eller otrygghet i samband med utskrivning.

### Inklusionskriterier

- Bo i upptagningsområdet (Norrmalm, Kungsholmen, Östermalm och Lidingö)
- Bo i ordinärt boende
- Vårdas på Sabbatsbergsgeriatriken
- Fått information om och tackat ja till FU.

Utöver de ovanstående kriterier indikerar nedanstående att patienten har högre risk för återinläggning och då kan ha särskild nytta av FU. Det är dock alltid en helhetsbedömning av patientens behov som avgör om de får FU.

- Har varit inlagd i slutenvård eller sökt akutvård i någon form det senaste året
- Förekomst av skörhet (CFS > 5)<sup>4</sup>, sarkopeni, osteoporos, undernäring
- Huvuddiagnos hjärtsvikt, KOL, höftfraktur, kognitiv svikt

---

<sup>4</sup> CFS är en förkortning för *Clinical frailty scale* som används för att skatta skörhet och för att kunna göra en välgrundad klinisk bedömning av äldre och multisjuka.

## **Exklusionskriterier**

- De som beviljats Tryggt mottagande i hemmet genom hemtjänsten eller är anslutna till ASIH.

## **Avsteg från inklusionskriterierna**

För patienter som beviljats tryggt mottagande och själva vill administrera sina mediciner så kan avsteg göras. Sjuksköterska från FU kan då stötta upp med läkemedelshantering i hemmet vilket innebär att patienten har FU och tryggt mottagande parallellt under en kort period. FU kan även stötta upp en kort period om det behövs när en patient ska anslutas till ASIH.

## **En typisk FU-patient**

En typisk patient som får FU på Sabbatsbergsgeriatriken kan ha vårdats för hjärtsvikt och klarar inte att följa egenvårdsråd eller ta läkemedel som ordinerats. I de fall där patienten själv har svårt att hantera detta gynnas situationen av att sjuksköterskan i FU-teamet fungerar som ”spindel i nätet” till dess att andra insatser kommit i gång eller patienten återhämtat sig tillräckligt. En typisk situation där FU också kan ha stort värde är när en patient drabbas av andningssvårigheter i hemmet. Detta orsakar ofta stor oro hos patienten och då kan möjligheten att snabbt komma i kontakt FU-teamet innebära att man direkt får hjälp, till exempel genom instruktioner om vilka läkemedel som kan lindra. Denna typ av direkt hjälp är svår att få från Vårdcentralen och kan förhindra att patienten söker vård akut genom att till exempel ringa ambulans.

## **FU i praktiken**

### **Hur sker det praktiska urvalet**

Varje dag hålls teamkonferens på de geriatriska avdelningarna. Under dessa konferenser kan teamet tillsammans diskutera patienters behov och lämplighet för att anslutas till FU. Vid konferenser är det också vanligt att man påminner om möjligheten att ansluta patienter till FU. Remiss till FU bör skickas så snart som möjligt och avslag på dessa är ovanligt. Avslag på remiss kan dock förekomma, till exempel då en patient beviljats plats på korttidsboende. I praktiken kan en patient ha ett preliminärt utskrivningsdatum och anslutning till FU redan på gång samma dag, eller dagen efter, de läggs in.

### **På sjukhuset**

Efter att remissen mottagits av FU teamet träffar sjuksköterskan patienten en eller två dagar före utskrivningen. Då får patienten information om insatsen, en broschyr där telefonnummer finns och informeras om det första hembesöket. Om det är osäkert hur patienten ska klara det första dygnet i hemmet kan någon av FU-teamets medarbetare följa med när patienten åker hem från sjukhuset.

### **I hemmet**

Enligt rutinerna ska hembesök ske inom 72 timmar efter utskrivning men detta anpassas efter behov och sker oftast tidigare, vanligtvis inom 24–48 timmar. Om paramedicinsk personal från FU-teamet följer med patienten hem vid utskrivning så kan de ta med hjälpmedel och direkt installera dessa i patientens hem. De får då också möjlighet att göra en bedömning av hemmiljön och direkt se hur patienten klarar förflyttningar (exempelvis ta sig i och ur säng, ta sig till toalett/kök) och vissa risker kan direkt åtgärdas, till exempel ta bort mattor. De överrapporterar till hemtjänst och kan även instruera i hur hjälpmedel ska användas. Den paramedicinska personalen

överskottar även till primärvårdsrehabilitering om behov finns samt följer upp att det kommer i gång.

Sjuksköterskans insatser i hemmet varierar utifrån behov och kan innebära att erbjuda lugnande samtal, ta blodtryck, sätta in och justera medicin, hänvisa till vårdcentralen eller bedöma sår. Det finns även möjlighet att konsultera läkare om det behövs under FU-perioden. Som regel handlar FU-teamets arbete om att följa upp de behov som man identifierat under vistelsen på sjukhus blir tillgodosedda och att planeringen av vård och omsorg fungerar. Man överbrygger också perioden innan andra aktörer kommer i gång med sina insatser och har koll på att patienten inte "hamnar mellan stolarna". Efter hemgång kan även nya behov konstateras och FU-teamet kan då åtgärda dessa eller hänvisa patienten vidare. När det gäller vilken profession (sjuksköterska eller paramedicin) från FU-teamet som träffar patienten i hemmet så framkommer att det till exempel vid frakturer så har paramedicin självklart en stor roll emedan sjuksköterska kan ha en större roll om patienten har kognitiv svikt.

Under perioden med FU är möjligheten för patienten att direkt kontakta teamet via telefon en viktig del av att vara ansluten till insatsen. Sjuksköterska har ansvar för att svara i telefonen och vidarebefordrar ärenden till paramedicin eller läkare vid behov. Dessa samtal kan till exempel handla om att gå igenom dokumentation och råd som givits, prata om aktuell oro eller andra besvär patienten har. Läkarens roll är till exempel att stötta sjuksköterskan och teamet kring medicinska frågor, ge råd till patienten, korrigera läkemedelsordinationer och göra vårdnivåbedömningar utifrån symtom som tillkommit.

### **FU avslutas**

Paramedicinsk personal från FU följer genom journalsystemet upp att primärvårdsrehabiliteringen etablerat kontakt och att den planeringen ser bra ut innan de avslutar. Sjuksköterskan informerar patienten om att ansvaret går över till vårdcentralen samt skickar remiss till vårdcentralen där det framgår att FU upphör och vad som behöver följas upp. Efter 21 dagar skrivs patienten ut från FU men har möjlighet att ringa för rådgivning och möjlighet att läggas in direkt på Sabbatsbergsgeriatriken. Man informerar även om möjligheten till återinläggning inom 30 dagar.

## **Samtidiga insatser från andra aktörer**

Vårdcentraler, ambulans, hemrehabilitering (fysioterapeut, arbetsterapeut och dietist) samt hemtjänst och biståndshandläggare är viktiga aktörer som FU-teamet stöter på och samarbetar med. Utöver dessa kan man behöva ta kontakt och samordna insatser med andra aktörer, såsom olika specialistmottagningar och akutsjukhus. Under intervjun framkom det att det kan finnas många aktörer som behöver veta att patienten har kommit hem, och att det inte alltid är lätt för patient och närstående att hålla koll på allt.

Man arbetar ständigt med att besöka och samverka med olika aktörer för att informera om FU och vilket uppdrag man har vilket förenklar samarbete. FU deltar till exempel i vårdcentralklustermöten, samverkan med stadsdelsnämnder och med AISAB. I samarbetet med vårdcentraler och distriktsköterskor i hemsjukvård har det uppstått missförstånd, men när det kommuniceras vad FU är och kan erbjuda patienterna så blir mottagandet i regel positivt.

## Tolkning av uppdraget

Sabbatsbergsgeriatriken har arbetat med FU i två år så nu är det väl invävt i det ordinarie arbetet och tät kontakt hålls med utskrivningsplanerare på vårdavdelning för att bibehålla detta. Teamet jobbar ständigt för att hålla medarbetare uppdaterade om FU så att alla tänker på FU som en eventuell insats till patienter. Mindre justeringar har gjorts sedan uppstarten (bland annat anpassat bemanning måndagar och fredagar, samt innan röda dagar, då patienter uttrycker mer oro och har svårt att komma i kontakt med sin vårdcentral). Över tid har fler medarbetare blivit inskolade i FU vilket gör det lättare att bemanna.

Flera år innan man började arbeta med FU, erbjöd Sabbatsbergsgeriatriken möjlighet till återinläggning under 30 dagar efter utskrivning för sköra patienter. Anslutningstiden till FU är maximalt 21 dagar men återinläggningsmöjlighet erbjuds upp till 30 dagar efter utskrivning för dem som varit anslutna till FU. Man beskriver också att man med tiden har lärt sig mer om vilka behov som finns hos patienterna med FU vilket till exempel har inneburit att sjuksköterskan justerat vilken utrustning hen tar med sig vid hembesök.

### **Reflektioner från FU-teamet**

En reflektion som framkom vid intervjun var att digitala besök i nuläget inte kan ersätta fysiska hembesök. Patienterna med FU har ibland svårt att hantera digitala lösningar och ett digitalt besök ger inte likvärdig information och insyn i patientens situation. Men man påtalar också att ASIH har varit nöjda med möjlighet att göra digitala besök så om, och hur, detta skulle kunna användas även inom FU kan vara värt att utforska vidare.

Något som FU-teamet efterfrågar är möjligheten att få fram mer information om återinläggning av patienter med FU, mer specifikt vill de ha möjlighet att följa upp om de återinläggs via akuten eller kommer direkt in på avdelning via FU. Detta är intressant att veta då det är en fördel för patienter att slippa akuten och för att se om möjligheten till återinläggning inom ramen för FU har någon effekt.

# Resultatbeskrivning av FU vid Capio Geriatrik Sollentuna

## Organiseringen för FU och Sammanhållen geriatrisk vård (SGV)

FU vid Capio Geriatrik Sollentuna startade under år 2020. Upptagningsområdet är Sollentuna och delar av Solna (Bergshamra, Järva, Haga, Ulriksdal), Täby, samt Danderyd som tillkom under 2023. FU-teamet består av följande professioner; fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska och läkare. Klinikgemensam dietist, kurator och logoped finns att tillgå vid behov.

Inom verksamheten på Sollentuna sjukhus ingår, förutom geriatrisk slutenvård, vårdkonceptet "SGV". Detta uppdrag har två delar varav det första är förstärkt utskrivning (FU) och det andra är sammanhållen geriatrisk vård. Båda delarna innebär att sjukhuset vid utskrivning kan erbjuda patienten fortsatt tillgång till det geriatriska teamet även i hemmet under en längre eller kortare tid. Båda verksamheterna bygger på team. Det är samma medarbetare i bägge teamen men uppdragen till SGV kommer från primärvården. Sjuksköterskorna roterar mellan FU och SGV, där de spenderar hela sin tjänst på FU under en rotationsperiod. Fysioterapeut och arbetsterapeut fördelar sin tid mellan FU och SGV. Här kan det variera i grad då rehabiliteringsbehovet på SGV-patienterna och remissflödet in till FU kan skifta. I snitt spenderar arbetsterapeut och fysioterapeut 15 – 25 procent av sin tid på SGV och övrig tid på FU. Även läkare fördelar sin tid mellan FU och SGV, där en majoritet av tiden spenderas gentemot SGV men de finns alltid tillgänglig för FU:s patienter. Tillgång till läkare finns även under jourtid genom den klinikgemensamma jouren. FU-teamet siktar på att ta hand om i genomsnitt 20 patienter per vecka.

### Målgruppen

Målgruppen är patienter som vid utskrivning från slutenvården är i fortsatt behov av omvårdnads- och/eller rehabiliteringsinsatser från det geriatriska teamet och där särskild samordning och samverkan krävs för en trygg och säker hemgång.

### Inklusionskriterier

Förekomst av något eller några av nedanstående:

- Förändrad funktionsförmåga jämfört med innan slutenvårdstillfälle
- Förändrad eller nyinsatta hemtjänstinsatser
- Förändrat/utökat hjälpmedelsbehov
- Läkemedelsförändringar
- Hemsituation som bedömts som allmänt skör
- Patienten bedöms ha en hög risk för återinläggning inom geriatrisk slutenvård
- Återkommande inläggningar inom geriatrisk slutenvård
- I dialog med patienten ska hen acceptera uppföljning i hemmet

### Exklusionskriterier

- Patienter som är relativt självgående på avdelningen och som inte har några nya hjälpmedel
- Bor inte i upptagningsområdet
- Har ASIH

## **Avsteg från inklusionskriterierna**

Avsteg från kriterierna görs ej oavsett remissflöde. Det som remissflödet påverkar är hur hårt man behöver prioritera bland inkomna remisser.

### **En typisk FU-patient**

En typisk FU-patient kan vara en person med oklara förflyttningsförmågor i hemmiljön, nya hjälpmedel med begränsad insikt kring hur det kommer påverka hemsituationen samt oro hos patienten själv och/eller anhöriga. Ofta är det patienter med en komplex situation som behöver extra stöd efter hemgång där översyn av patientens hemsituation görs. Det kan också vara en patient med en nyinsatta läkemedel, nyinsatt kateter som behöver följas upp eller en patient vars sår fortsatt behöver behandlas, där FU-teamet säkerställer att insatser utförs och/eller att rätt instans är inkopplad.

## **FU i praktiken**

### **Hur sker det praktiska urvalet**

Uppdragen till FU-teamet kommer genom remiss från den geriatriska slutenvården och dessa bedöms gemensamt av teamet då patienten kan vara aktuell för insatser av sjuksköterska och/eller paramedicinsk personal inom FU. Bedömningar sker kontinuerligt under varje arbetspass (måndag–fredag). Bedömningarna är individuella utifrån information som givits i mottagen remiss från slutenvården samt journalhandlingar. Varje bedömning ser till en helhetsbild av patienten och dennes behov, där inkludering- och exkluderingsskriterierna ligger till grund. Vid oklarheter eller när prioriteringar behöver göras på grund av många inkomna remisser samtidigt, görs behovsbedömningar utifrån störst och mest akut behov. Behovsbedömning kan då ske i samråd med behandlande personal inom slutenvården samt genom patientbesök på avdelningen där en fördjupad bedömning görs. Man bedömer till exempel förflyttningsförmåga, samt vilka resurser patienten har att klara sig i hemmet. Ställningstagande görs om patienten behöver mötas upp samma dag i hemmet som utskrivning sker eller om hen kan vänta upp till 72 timmar efter utskrivning, eller om hen kan vänta till att hemrehabilitering och/eller hemsjukvård/distriktssjuksköterska kan ta vid och i så fall inte har behov utav FU.

### **På sjukhuset**

På avdelningen genomförs en multiprofessionell bedömning under rondan för att fastställa behovet av FU. Om en patient bedöms vara aktuell för FU informerar den ansvariga läkaren på avdelningen patienten om vad FU innebär. Om patienten samtycker till FU, skickar läkaren en remiss från vårdavdelningen till den ansvariga läkaren på FU. När FU-teamet beslutar att inkludera en patient, får den inläggande patienten i regel ett besök på vårdavdelningen från någon ur FU-teamet där hen får information om FU och erbjudande om anslutning. Patienten har då möjlighet att tacka nej. Under besöket av FU-teamet på avdelningen får patienten information om att ett hembesök kommer att göras inom 72 timmar efter utskrivningen, samt skriftlig information om FU med direktnummer till teamet. Under detta besök ges teamet möjlighet att ytterligare bedöma patientens förmågor och resurser, till exempel förflyttningsförmåga. Anhöriga informeras också om FU-anslutningen, och om patienten har en demensdiagnos blir informationen särskilt viktig. Patientens fasta vårdkontakt och eventuell hemtjänst informeras också. Om utskrivningen av någon

anledning skjuts upp, finns det en rutin för att alltid informera FU-teamet, även om denna rutin inte alltid följs.

### **I hemmet**

När FU startas sätter teamet som grund en vårdperiod som är cirka tio dagar lång. Då patienter ej skrivs ut ur FU under fredagar eller helger kan det påverka grundlängden på vårdperioden. FU-perioden påbörjas vid utskrivning från slutenvården. De patienter som paramedicinsk personal träffar, får i regel besök samma dag som de skrivs ut och sjuksköterskebesök dagen efter. Skrivs patienten ut på en fredag så sker sjuksköterskebesöket oftast på måndagen. Om patienten skrivs ut på en fredag säkerställer FU-teamet att distriktsjuksköterskan har möjlighet att komma på fredagen när patienten skrivs ut. Uppkommer behov under helgen har patienten ett direktnummer den kan ringa och rådgöra med sjuksköterska i FU-teamet.

Hembesöken syftar till att se över hemmiljön och behov av möjliga hjälpmedel och rehabilitering. Uppföljning av sjuksköterska handlar i många fall om läkemedelsgenomgång. De patienter som inte vill ha ett hembesök, erbjuds sjuksköterskesamtal per telefon för en avstämning av hemsituationen.

Vid försämring kan akuta besök göras. Ibland sker allt telefonledes om patienten, anhöriga eller hemtjänst ringer in. Bedömning görs i samråd med läkare kring vad som är lämpligt steg härnäst, där återinläggning på geriatrisk slutenvård kan vara aktuellt om vårdnivån är lämplig. Vid försämring som är enligt högre vårdnivå tillkallas ambulans för transport till akutsjukhus. Vid återinläggning till geriatriken (vilket är normen) sker transport med en sjukresa. En återinläggning kan bero på flera olika orsaker, till exempel att det inte fungerar hemma eller av medicinska orsaker så som smärta eller fall. Samtliga professioner som besöker en patient kan flagga för en återinläggning.

### **FU avslutas**

Patienten och närstående informeras om hur länge patienten kommer att vara ansluten till FU. I regel sker det inget speciellt avslutningssamtal. FU-teamet har under anslutningen informerat patienten om att överrapportering till andra vårdgivare sker när det är aktuellt med det. Om vissa professioner avslutar sina insatser (till exempel arbetsterapeut) men andra fortsätter (till exempel sjuksköterskor) noteras detta i ärendekommentaren i TakeCare. I denna beskrivs hur respektive profession ligger till i processen, vilket också diskuteras muntligt i teamet. Slutligen är det sjuksköterskan som avslutar ärendet när det är klart. Respektive profession ansvarar för egen besöksregistrering i TakeCare.

## **Samtidiga insatser från andra aktörer**

Patientens fasta vårdkontakt inom primärvården får vid anslutning till FU information om detta, likaså andra aktörer som är involverade i patientens vård och omsorg såsom hemtjänst, hemsjukvård, hemrehabilitering. I sällsynta fall och när behov finns, kan FU-teamet efter dialog med distriktsjuksköterskan kontakta biståndsbedömare för att påtala behov av ytterligare fördjupad utredning av utökade behov. Idag finns upparbetade personliga kontakter med flera vårdcentraler. Ett hinder är att FU inte är upplagd som en enhet i LifeCare, vilket hade möjliggjort att alla involverade aktörer (exempelvis primärvården, hemrehabilitering och FU-teamet) kunde ha fått all information samlat på ett ställe. Hemtjänsten ses som en viktig samarbetspartner av flera skäl, också rent praktiskt för att kunna göra hembesök hos patienten. En annan viktig samarbetspartner är distriktsjuksköterskan. Om en sjuksköterska från FU-teamet kommer hem till en patient och till exempel upptäcker tabletter över hela bordet, hjälper hon initialt till för



att sedan överrapportera och lämna över till distriktssjuksköterskan. Rehabiliterande åtgärder kan pågå fram till att hemrehabilitering kommer i gång.

## **Tolkning av uppdraget**

Det har funnits viss flexibilitet att anpassa uppdraget utifrån de insikter som erhållits under processen, med en betoning på att genomföra fysiska besök snarare än telefonsamtal. Tidsramarna för dessa besök har även justerats utifrån de aktuella behoven. Grunderna för hur FU-teamet arbetar har förblivit oförändrade sedan starten, i termer av professioner och att teamet strävar efter att genomföra hembesök vid varje inskrivning i FU. Däremot har både omfattningen och längden av FU justerats och förfinats över tid. Tidigare var patienter inskrivna under 21 dagar, men idag anger Sollentunageriatriken utifrån intervjuer att en FU-period i genomsnitt varar 7–8 dagar. Initialt när FU startade blev det samtidiga insatser från många olika aktörer och det fanns en otydlighet kring vem som gör vad. Detta har styrts upp och idag upplevs större kunskap om FU-teamets uppdrag bland andra aktörer och ett bättre samarbete.

### **Reflektioner från FU-teamet**

Insatserna i FU fokuserar på att stödja påbörjade insatser inom slutenvården. Det handlar inte om att överta pågående insatser från andra aktörer i hemmet, utan att fungera som ett komplement under den initiala perioden efter utskrivning. FU-teamet lyfter deras faciliterande roll; att fungera som lots i ett initialt skede och hjälpa till med att sortera bland pågående eller nytillkomna kontakter med olika aktörer. FU-teamet beskriver ett stort värde i att vara nåbara dygnet runt genom det telefonnummer som patienten kan ringa så länge hen är inskriven i FU, att kunna göra fysiska hembesök och att det är samma personer som gör dessa, vilket säkerställer kontinuitet i vården.

# Sammanfattade resultat för FU

I tabellen nedan sammanfattas information om FU i Region Stockholm. Personalresurserna är liknande mellan geriatriska kliniker. Samtliga FU-team gör oftast ett första hembesök samma dag eller dagen efter utskrivning. Samverkan sker med andra vårdgivare som hemsjukvård och primärvård, samt omsorgsaktörer som hemtjänst.

**Tabell 1. Sammanfattande information gällande FU i Region Stockholm**

	<b>Upptagnings- område &amp; start</b>	<b>Resurser</b>	<b>Första hembesök</b>	<b>Samverkan/ samtidiga insatser</b>
Dalen	Södermalm, Enskede-Årsta- Vantör, Skarpnäck, Farsta  Startade hösten 2023	SSK, AT, FT och läkare  Läkare gör inga hembesök	Hembesök av SSK, ofta dagen efter utskrivning. AT, FT, ofta dag 2.	Vårdcentral, hemtjänst, hemsjukvård, biståndsbedömare
Handen	Handen, Tyresö, Skogås, Trångsund  Startade hösten 2023	SSK, AT, FT och läkare  Läkare gör inga hembesök	Hembesök av SSK, AT, FT samma dag som utskrivning.	Gemensamma hembesök med hemsjukvård och hemtjänst. Fristående samverkansmöten med primärvård och primärvårdsrehab
Jakobsberg	Järfälla, Sundbyberg, Upplands Bro och delar av Solna  Startade hösten 2022	SSK och läkare  Läkare gör hembesök vid behov. Paramedicinsk personal från geriatriska teamet kan konsulteras, gör hembesök vid behov	Hembesök av SSK, oftast dag 2 efter utskrivning.	Vårdcentral, hemtjänst, Trygg-hemgångs team hemsjukvård, hemrehabilitering, ambulans. Vid behov, kontakt med biståndsbedömare
Sabbatsberg	Norrmalm, Kungsholmen, Östermalm, Lidingö  Startade hösten 2022	SSK, AT, FT, och läkare  Läkare gör inga hembesök	Inom 24 timmar, ibland samma dag då SSK eller AT/FT åker med i hemtransport	Vårdcentral, hemtjänst, hemrehabilitering, ambulans, biståndsbedömare, specialist- och öppenvårds- mottagningar.
Sollentuna	Sollentuna, Täby, Danderyd och delar av Solna  Startade år 2020	SSK, AT, FT och läkare  Läkare gör hembesök vid behov	Hembesök av AT och FT oftast samma dag som utskrivning. SSK dagen efter.	Vårdcentral, hemtjänst, hemsjukvård, hemrehabilitering, ambulans. Vid behov, kontakt med biståndsbedömare

Förkortningar: AT – arbetsterapeut, FT – fysioterapeut, SSK – sjuksköterska. Källa: Intervjuer med samtliga geriatriska kliniker.

I följande avsnitt presenteras aggregerad verksamhetsstatistik hämtad från VAL-databaserna. Som tidigare nämnts baseras informationen på registrerade besök i VAL, vilket kan leda till en underskattning av den tid som patienter var inskrivna i FU samt antalet besök som gjorts inom ramen för FU och samtidigt, fast av andra aktörer.

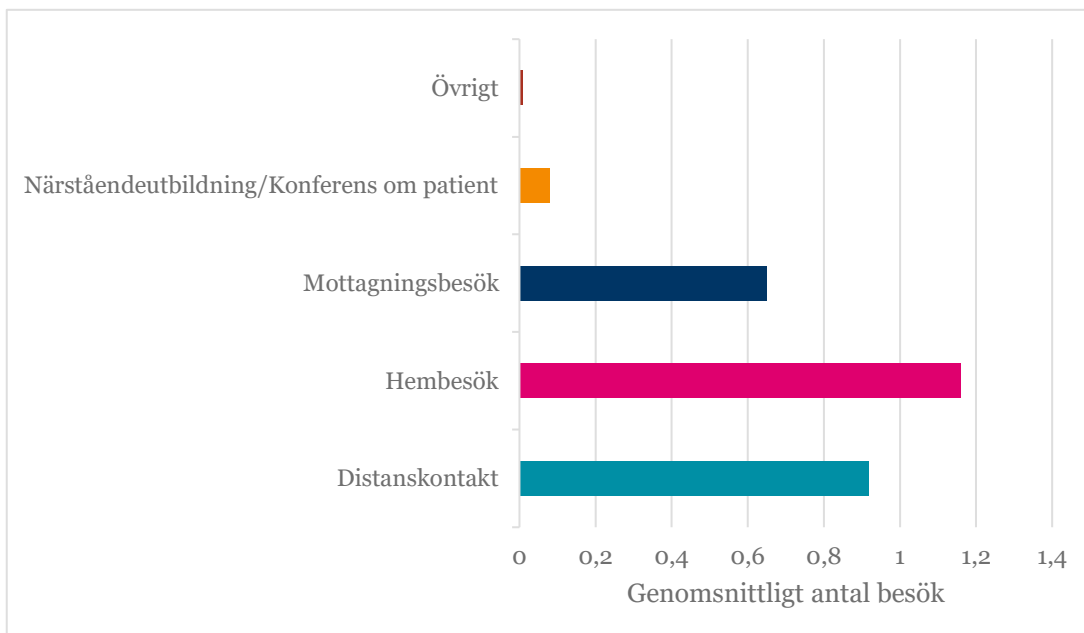
Tabell 2 nedan visar att 1076 patienter fick FU i Region Stockholm mellan den 1 januari till den 30 juni 2024. Då samma patient kan få FU flera gånger, resulterade det i 1202 inskrivningar i FU under tidsperioden. Inom ramen för FU genomfördes totalt 3385 besök för dessa patienter (inklusive hembesök, distanskontakt, mottagningsbesök, med mera).

**Tabell 2. Genomförande av FU i Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024**

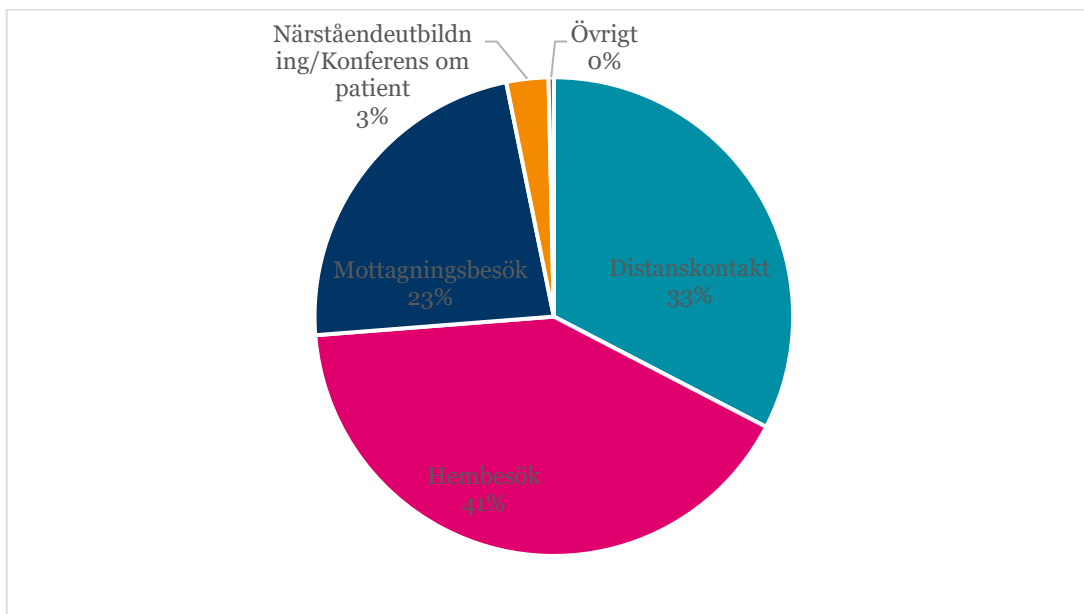
<b>Totalt</b>	<b>Antal</b>
Antal patienter	1076
Antal inskrivningar i FU*	1202
Antal besök (inklusive mottagningsbesök, hembesök, distanskontakter, m.m.) inom FU	3385
	<b>Genomsnitt</b>
Antal besök (inklusive mottagningsbesök, hembesök, distanskontakter, m.m.) inom FU	2,8
Antal dagar från utskrivning från slutenvården till sista registrerade FU-besöket	6,1

\*En patient kan skrivas in i FU flera gånger. Källa: VAL-databaserna.

Tiden från utskrivning från slutenvården till sista registrerade FU-besöket var i genomsnitt 6,1 dagar, under vilken patienterna i genomsnitt gjorde 2,8 besök (inklusive mottagningsbesök, hembesök, distanskontakter, med mera) inom ramen för FU. De flesta av besöken var hembesök till patienten, följt av distanskontakt (telefonkontakt med mera), vilket redovisas i figur 1. Fördelningen av besöken visas i figur 2.

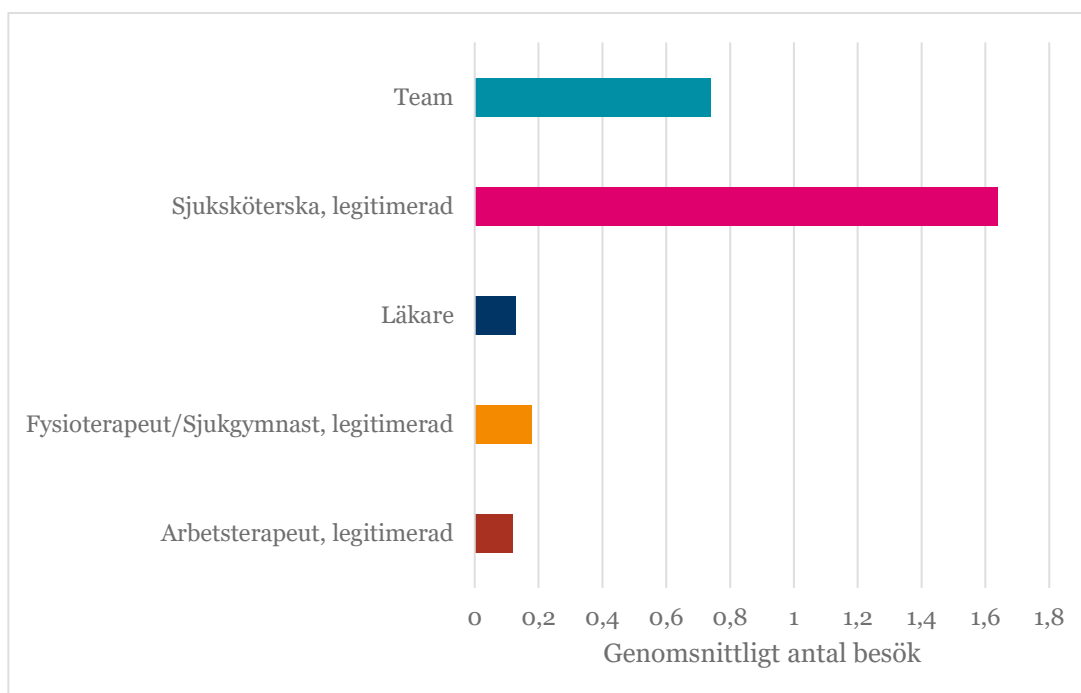


**Figur 1. Genomsnittligt antal besök per besökstyp under tiden (enligt vår proxy) patienter får FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.

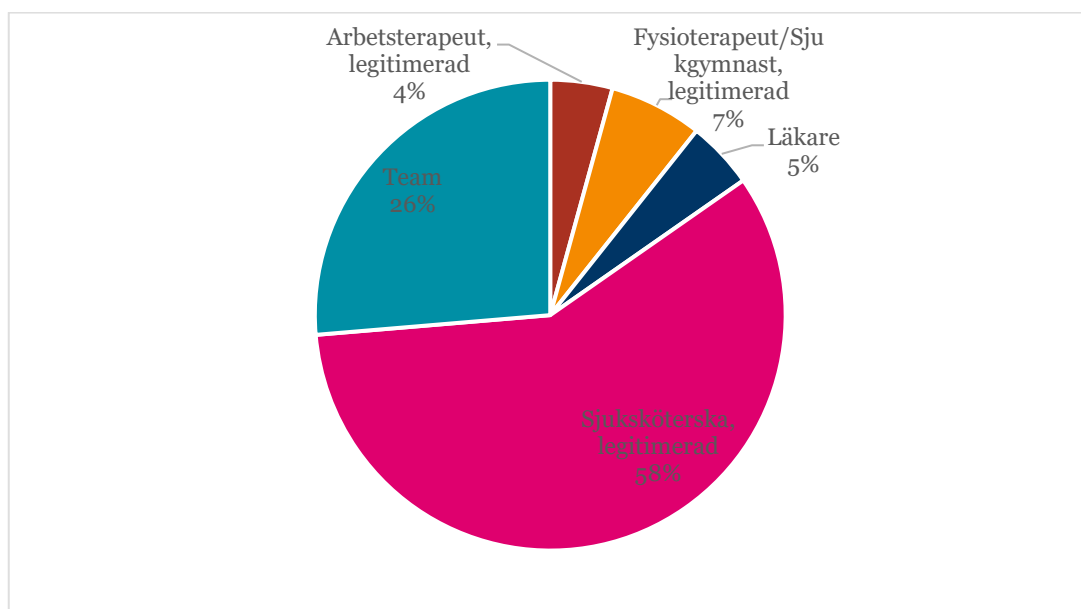


**Figur 2. Fördelning av typ av besök inom FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.

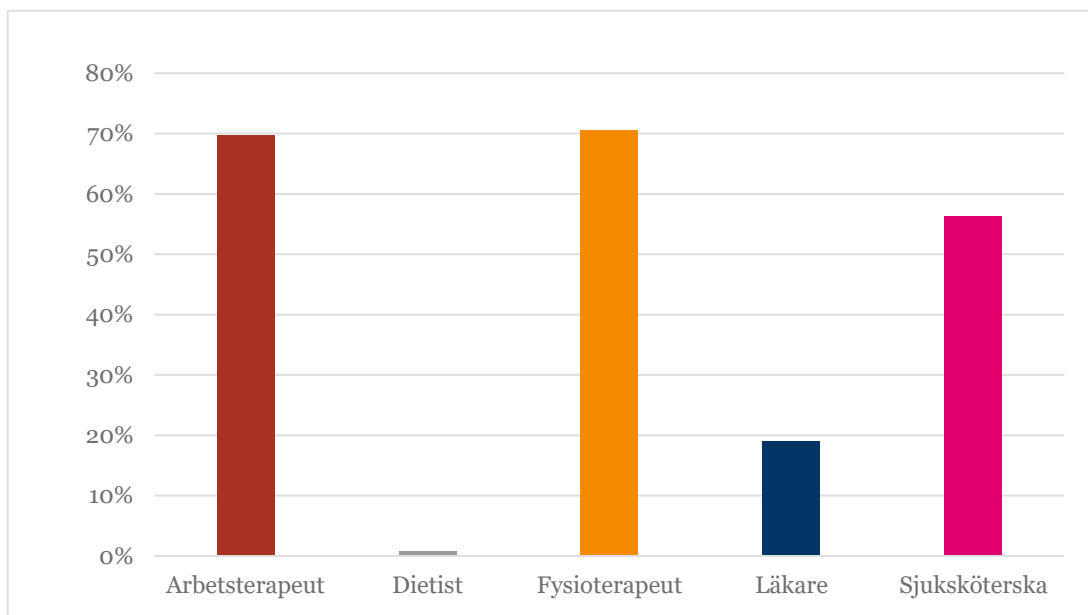
En majoritet av besöken som gjordes inom ramen för FU var besök av sjuksköterska, följt av besök från ett team, vilket framgår av figur 3 och 4. I det fall där ett team gjorde ett besök, redovisas i figur 5 redovisar vilka professioner teamen bestod av. I stor utsträckning bestod teamen av arbets- och fysioterapeut och en sjuksköterska. Vid ungefär en femtedel av teambesöken deltog även en läkare.



**Figur 1. Genomsnittligt antal besök utifrån profession under tiden (enligt vår proxy) som patienter får FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.



**Figur 4. Fördelning av typ av besök inom FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.



**Figur 5. Genomsnittlig andel gånger, av alla teambesök, som varje profession medverkar i besöket.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.

De två vanligaste huvuddiagnoserna vid slutenvårdstillfället som föranledde FU i Region Stockholm var hjärtsvikt och osteoporos, följt av lunginflammation, njurinflammation och urinvägsinfektion. Dessa utgjorde dock bara en femtedel av patientpopulationen.

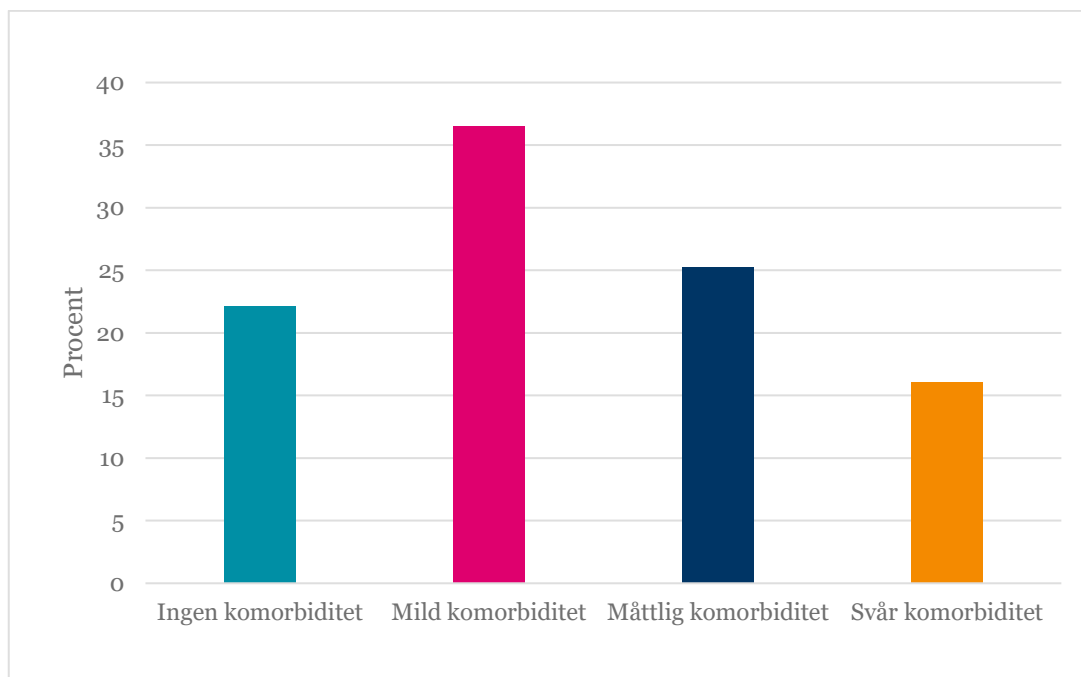
Utifrån tabell 3 framgår att medelåldern för patienterna under denna tidsperiod var cirka 83 år, och en majoritet av patienterna var kvinnor. Antal dagar vid slutenvårdstillfället som föranledde FU var i genomsnitt 8,5 dagar. Ungefär en tredjedel av patienterna hade hemsjukvård inom en månad innan inskrivningen som föranledde FU, och nästan fyra femtedelar av patienterna hade slutenvårdats det senaste året.

**Tabell 3. Bakgrundvariabler hos patienter som fått FU i Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024**

Variabel	Genomsnitt
Medelålder	83,2
Antal dagar vid slutenvårdstillfället som föranledde FU	8,5
	<b>Andel</b>
Kvinnor (%)	58,4
Hemsjukvård månaden innan FU (%)	29,9
Slutenvård året innan FU (%)	79,2

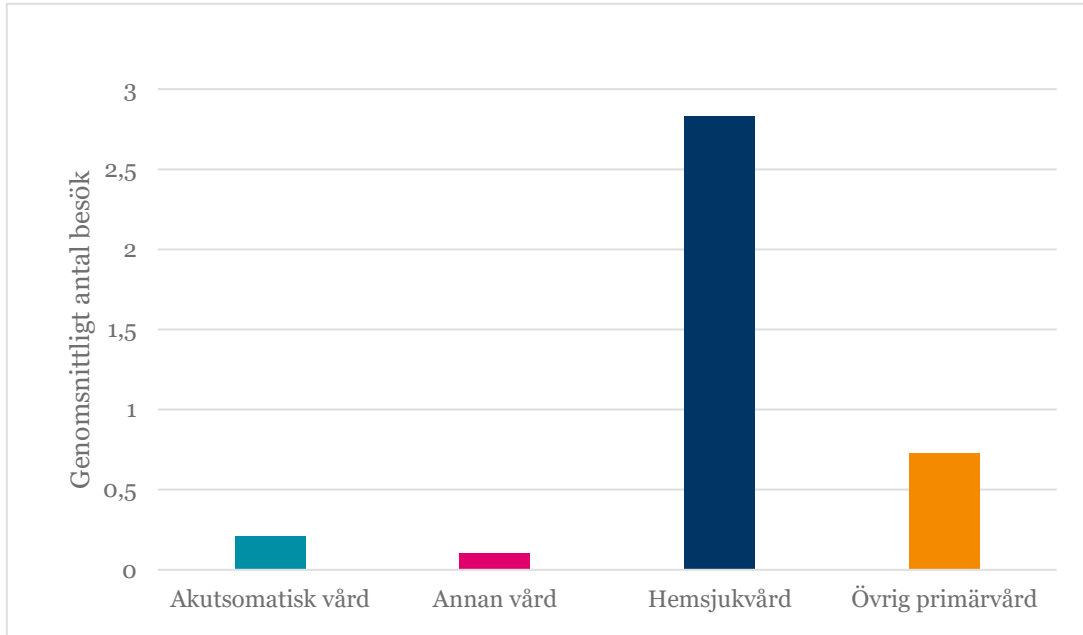
Källa: VAL-databaserna.

När det kommer till samsjuklighet mätt under två år innan FU bland patientpopulationen, vilket redovisas i figur 6, ser man att en majoritet av patienterna antingen inte hade någon tidigare samsjuklighet, eller en mild sådan. Den patientgrupp som hade störst sjukdomsburda uppgick till totalt 16 procent av den totala patientpopulationen.

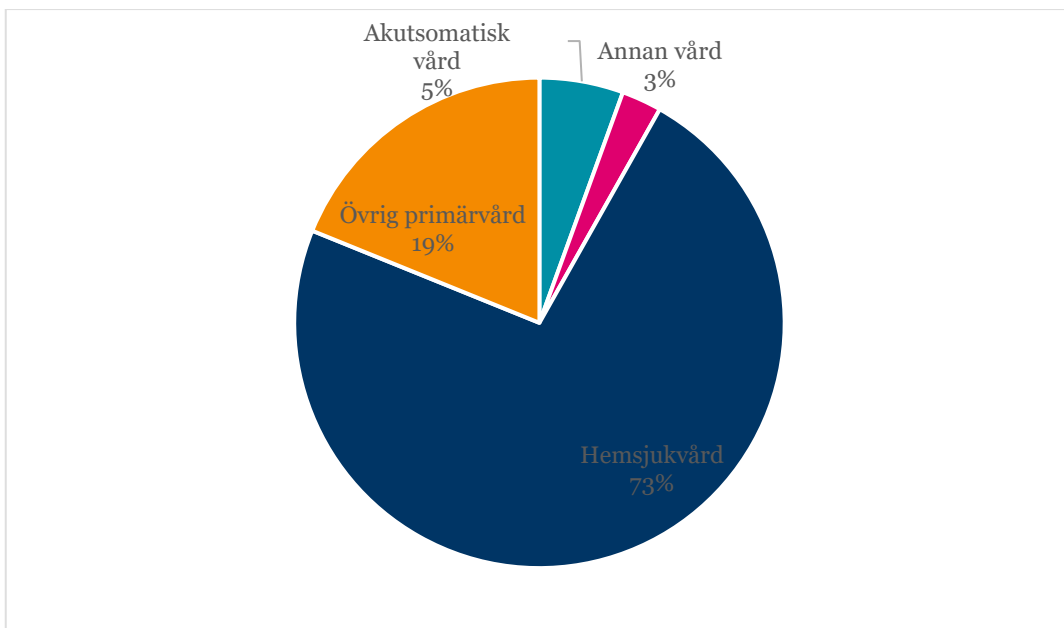


**Figur 6. Andel patienter med samsjuklighet mätt under 2 år innan FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.

I figur 7 redovisas samtida pågående insatser från andra aktörer än FU-teamet. Patienter fick i genomsnitt cirka tre besök av hemsjukvården under tiden som de hade FU, och gjorde ungefär 0,75 besök i primärvården. Av individerna som hade hemsjukvård innan de skrevs in i FU var det genomsnittliga antalet besök av hemsjukvården 5,7 under tiden de hade FU. Fördelningen av de samtida insatserna visas i figur 8.



**Figur 7. Genomsnittligt antal besök av andra aktörer under tiden (enligt vår proxy) som patienter får FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.



**Figur 8. Fördelning av besök av andra aktörer under tiden (enligt vår proxy) som patienter får FU.** Data för Region Stockholm under 1 januari till 30 juni 2024. Källa: VAL-databaserna.



# Slutsatser och analytisk diskussion

## Organiseringen för FU

Den typiska patienten som fått FU är en 83 år gammal kvinna som i genomsnitt varit inskriven åtta dagar på geriatriken innan hon blivit utskriven och fått FU. Generellt har målgruppen som FU-teamen främst vänder sig till *ingen* till *mild* samsjuklighet innan inläggning till geriatriken, och ungefär en tredjedel har hemsjukvård månaden innan inskrivningen till geriatriken. De patienter som fått en större funktionsnedsättning efter den sjukdom eller skada som har föranlett slutenvårdstillfället, alternativt själva upplevt otrygghet eller att personalen känt oro över hemgången, har prioriterats för FU. Ofta har behov av utökat stöd från hemtjänst och/eller hemsjukvård och primärvårdsrehabilitering identifierats under slutenvårdstillfället som föranlett beslut om FU. Inklusions- och exklusionskriterier finns, och skiljer sig något åt mellan de olika FU-teamen, men beslut om FU-insats baseras i hög grad på individuella och teambaserade professionella bedömningar av individens behov. Det här medför att målgrupperna på de olika geriatriska klinikerna blir svåra att jämföra med varandra. Samtidigt framkommer det i intervjuerna att det finns gemensamma nämnare bland de inkluderade patienterna. Många har exempelvis svårigheter att navigera bland alla vård- och omsorgsaktörer efter utskrivning varför särskild samordning och samverkan krävs. FU-teamet har i dessa fall tagit en aktiv roll för en trygg och säker hemgång.

## FU i praktiken

### Upptagningsområde för FU

Vid intervjuerna framkom att FU enbart erbjuds till patienter boende inom respektive geriatriks upptagningsområde. Samtidigt skrivs det in patienter på geriatriska kliniker som inte är boende i de områden som just den geriatriska kliniken har som sitt upptagningsområde. Detta leder till att de patienter som är boende i ett område som inte omfattas av den geriatriska klinikens upptagningsområde i viss mån blir exkluderade från möjligheten att få FU.

### Inskrivningsorsak vid geriatriken

Vid teambedömning om FU-insats diskuteras sällan diagnos utan patientens förändrade funktionsförmåga, utökat hjälpmedelsbehov, oro eller behov av samordning av insatser i hemmet och samverkan med andra aktörer. Verksamhetsstatistik förtydligar att det inte finns något tydligt mönster gällande diagnos vid slutenvårdstillfället, och patienterna är inlagda av spridda orsaker.

### Omfattning av FU och hur kontakten avslutas

I genomsnitt är en patient inskriven inom FU cirka sex dagar och gör 2,8 besök (inklusive mottagningsbesök, hembesök, distanskontakter, med mera) inom ramen för FU. Under inskrivningstiden görs främst hembesök samt telefonuppföljningar. Kontakten avslutas på två olika sätt; antingen genom telefonsamtal, oftast från sjuksköterskan i FU-teamet, som informerar om att insatsen avslutas och andra aktörer såsom hemtjänst, hemsjukvård eller primärvårdsrehab tar vid, eller så ges enbart muntlig och skriftlig information och påminnelse om att insatsen pågår till ett specifikt datum till patient/anhörig. Det som däremot framkommit är att inte alla insatser som ges inom ramen för FU, exempelvis telefonkontakter, registreras. För att möjliggöra

framtida uppföljning, utvärdering och analyser av FU är registrering av samtliga insatser nödvändigt för att kunna ge en rättvisande bild av FU.

### **Professionerna inom FU**

Professionssammansättningen varierar mellan de geriatriska klinikerna. Även om alla geriatriska kliniker har ett tvärprofessionellt FU-team har vissa ett mer medicinskt fokus, medan andra har mer av ett rehabiliteringsfokus. En majoritet av besöken som sker inom ramen för FU är utfört av en sjuksköterska. Sjuksköterskan i teamet har en central roll med ansvar för att samordna insatserna, genomföra de flesta telefonuppföljningarna och ta emot telefonsamtal från patienter och anhöriga. Även planering och samordning som behöver ske internt på avdelningen sköts till stor del av sjuksköterskan. När en patient ansluts till FU sker det tillsammans med avdelningens sjuksköterska som ansvarar för utskrivning.

En stor del av alla besök görs av flera professioner samtidigt i de tvärprofessionella teamen. I upp emot tre fjärdedelar av dessa teambesök är en arbets- eller fysioterapeut involverade, följt av sjuksköterska. Vid cirka en femtedel av dessa besök inkluderas även läkare. Utöver tillgång till professionerna i teamet finns geriatrikens dietist, logoped och kurator att tillgå vid behov.

I intervjuerna framkommer det att personalen som arbetar i FU-teamen uppfattar att FU fyller ett reellt behov hos målgruppen och därmed uppfyller det tänkta syftet för FU. Personalen upplever att FU förstärker patientens upplevelse av att vårdövergången från sjukhuset till hemmet blir trygg och säker.

## **Samtida pågående insatser**

Under tiden som FU ges har patienter också besök av annan vård- och omsorgspersonal. I genomsnitt har patienterna lika många besök av hemsjukvården som av personal från ett FU-team (2,8 besök). En erfarenhet som lyfts fram är att det kan, för patienter och anhöriga, ta tid att få kontakt med andra vårdgivare och att det oftast endast är möjligt under dagtid på vardagar. FU-teamen framhåller att FU ger möjlighet att erbjuda stöd till patienter utanför de vanliga arbetstiderna. Under tidsperioden mellan utskrivning från geriatriken och besök från annan vård- och omsorgsaktör kan FU direkt stötta patienten med ett lugnande eller rådgivande samtal eller ett hembesök. Utöver att FU-teamen håller kontakt med patienten, har patienten själv möjlighet att kontakta teamet, dygnet runt, genom det telefonnummer som patienterna ges. Det resulterar i att vården som FU ger är mer lättillgänglig. FU-teamen kan även bistå patienter och/eller anhöriga med kontakt med exempelvis kommunens biståndshandläggare eller hemtjänst, om kontakt ännu inte etablerats och behov förekommer.

## **Behov av vidare studier**

Denna rapport beskriver hur FU tolkats och implementerats i praktiken ur personalens perspektiv samt utifrån registerdata. Inom projektet har det inte ingått att utvärdera effekten av FU. Informationen från projektet är dock nödvändig för att bedöma genomförbarheten av en eventuell framtida effektuppföljning av interventionen. För att kunna fatta beslut om ett eventuellt breddinförande eller förändrat uppdrag föreslår vi att följande frågeområden undersöks vidare för att skapa en solid grund för beslutet.

- **Systemperspektiv:** Rapporten visar att FU i regel ges samtidigt som flera andra insatser, såväl från vården som omsorgen. Utifrån de olika aktörernas

insatser kan det finnas värde i att bättre förstå systemperspektivet för att på så sätt kunna optimera FU och värdet för patienten. För att bättre förstå vilken inverkan ett förändrat uppdrag hos en aktör har på övriga aktörer i ett vård- och omsorgssystem, vore det värdefullt att undersöka hur FU uppfattats av aktörer som är involverade i samma patienters vård och omsorg (biståndshandläggare, hemtjänst, primärvårdsrehabilitering, hemsjukvård, vårdcentral). Därtill är det intressant att bättre förstå hur samtida insatser hänger ihop, kompletterar, eller bidrar till dubbelarbete.

- **Patient- och anhörigperspektiv:** Syftet med FU är att göra övergången från slutenvård till hemmet tryggare. Samtidigt vet vi mycket lite om hur patienterna uppfattar FU. Flera av dessa personer har redan många vård- och omsorgskontakter i sin hemmiljö och FU adderar antalet aktörer som besöker den äldre i hemmet. Genom att tillfråga de äldre och deras anhöriga om hur de uppfattar FU kan vi fånga deras perspektiv och med större precision säkerställa att tjänsterna möter deras verkliga behov och preferenser.
- **Styrningsperspektivet:** Enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) ska primärvården ta ett stort ansvar för samordning vid utskrivning av personer som har behov av insatser från flera aktörer, exempelvis både hemsjukvård och hemtjänst. Detta gäller många av patienterna som beviljas FU och det har i denna studie framkommit att just svårigheter att navigera i vård och omsorgskontakter är vanligt bland de som beviljas FU. Det vore av värde att vidare utforska och reda i hur FU förhåller sig till LUS, till exempel rörande den fasta vårdkontaktens samordnande roll och medicinska ansvar, och primärvårdrehabiliteringens delvis förändrade roll när FU initierats.
- **Jämlikhetsperspektivet:** En jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomisk status, födelseland, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och etnisk eller religiös tillhörighet men också bostadsort. I rapportens intervjuer framkommer det att FU endast är tillgängligt för patienter som bor inom det angivna upptagningsområdet för den geriatriska kliniken som de är inlagda på. Detta skapar en frågeställning kring huruvida FU faktiskt når de patienter som den är avsedd för och som har behov av interventionen, eller om urvalet bidrar till en ojämlig situation.
- **Integrerat eller multidimensionellt perspektiv:** För att bättre förstå målgruppen, deras behov, befintliga insatser av olika aktörer kan en kombination av olika register vara till stor hjälp. Genom att analysera information från olika register eller databaser kan olika mönster, behov och samband identifieras som kan ge en djupare förståelse av målgruppen, i detta fall äldre med behov av samordnade insatser från både hälso- och sjukvården och kommunen. Förslagsvis kan detta göras genom att länka den verksamhetsdata som tagits fram inom ramen för denna rapport med andra registerdata som exempelvis registerstudien SNAC Stockholm Äldreomsorg hos Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Denna registerstudie kombinerar data från Stockholm stads sociala dokumentationssystem som omfattar samtliga beslutsunderlag för beviljade insatser och standardiserade uppgifter om behovsrelaterade faktorer och data från VAL-databaserna. Andra förslag är att kombinera registerdata från exempelvis Statistikmyndigheten SCB och Socialstyrelsen.

## **Genomförbarhet av framtida effektuppföljning**

Ett av målen med FU är att förhindra återinläggningar och minska risken för undvikbara sjukhusbesök. För att kunna dra slutsatser om huruvida FU påverkar dessa utfall, behöver populationen som får FU jämföras med en liknande population som inte får FU. Detta för att kunna kontrollera för andra förändringar som skett under samma period, och som också kan ha påverkat utfallet. Då inklusionskriterierna skiljer sig åt mellan geriatriska kliniker och i vissa fall är vaga, utgör det en svårighet att definiera vad som utmärker individerna som fått FU, samt skapa en lämplig kontrollgrupp. Undersökta bakgrundvariabler för målgruppen visar heller inget tydligt mönster som kan identifiera målgruppen och en potentiell kontrollgrupp.

Ett möjligt tillvägagångssätt skulle kunna vara att undersöka effekterna av att FU implementerats på en geriatrisk klinik, snarare än att jämföra effekten på just de patienter som fått FU. Det innebär att man skulle jämföra hela patientpopulationen på de geriatriska klinikerna som implementerat FU med patienter på andra geriatriska kliniker som inte infört FU i Region Stockholm. För att detta ska vara möjligt krävs dels ett antagande om att det finns parallella trender mellan kliniker. Det innebär att utfallet (exempelvis undvikbara återinläggningar) mellan kliniker följer samma trend under tidsperioden innan FU och skulle ha fortsatt följa denna trend under efterföljande tidsperiod om FU inte hade implementerats. Dels krävs det också ett antagande om att det inte har skett några andra förändringar samtidigt som FU infördes, som också kan ha en inverkan på utfallet man undersöker. Slutligen bör sammansättningen av patienter på klinikerna som jämförs vara lika, eller att det bör finnas möjlighet att kontrollera för skillnader mellan kliniker. Huruvida dessa antaganden är rimliga bör inom ramen för ett framtida projekt utredas, exempelvis i dialog med de geriatriska klinikerna och genomgång av verksamhetsstatistik.

En utmaning med denna ansats är att enbart en mindre andel av patienterna på varje geriatrisk klinik får FU, vilket innebär att den eventuella effekten på återinläggningar som dessa patienter bidrar till, är svår att påvisa på totalen. Ett sätt att hantera denna utmaning är att använda FU-teamens exklusionskriterier, exempelvis om patienten sedan innan har ASIH, för att begränsa studiepopulationen. Ett annat sätt för att göra ytterligare begränsningar är att enbart studera effekterna för patienter som är ensamboende, då detta framkommit i intervjuerna som en faktor som påverkar personalens oro och därför ökar benägenheten att remittera patienterna till FU. Genom dessa typer av begränsningar antas effekten kunna isoleras bättre än vid jämförelse av en hel geriatrikpopulation mot en annan. Däremot kräver den sistnämnda analysen ytterligare data, exempelvis demografiska data, som inte finns tillgängligt i verksamhetsstatistiken, vilket kräver mer tid och resurser. En noggrann avvägning gällande vilka data som är nödvändiga för analysen är därför viktigt.

