

## 4. Samarbete mellan organisationerna

**Ta ansvar för att främja det multiprofessionella samarbetet då den äldre skrivs ut och genomför det i ditt arbete, eftersom**

- **ett samarbete mellan yrkesgrupper kan upplevas som något som främjar den äldres smidiga övergång från sjukhuset till hemmet. (C)**

De äldre patienterna och närståendevårdarna beskrev att vårdens kontinuitet mellan personalen var viktigt för att patienterna och de närstående skulle uppleva att övergången var koordinerad och smidig. De trodde att vårdens kontinuitet förverkligas bäst då sjukhusets och hemvårdens vårdare ger en enhetlig vård, farmaceuten erbjöd information om läkemedel som stämde överens med vården och hembesöken efter sjukvården förverkligades som planerat.

I en australiensisk intervjustudie<sup>1</sup> beskrevs de erfarenheter patienterna äldre än 70 år (n = 13) och deras närståendevårdare (n = 7) hade gällande utskrivningen och vårdens kontinuitet då patienterna förflyttades från sjukhuset hem. Deltagarnas medelålder var 78,9 år (variationsintervall 45–94 år) och 16 av dem var kvinnor. 13 av patienterna bodde ensamma.

**Studiens kvalitet:** God (JBI 8/10)

**Evidensstyrka:** 3

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

- **den äldre kan uppskatta en multiprofessionell läkemedelshandledning. (C)**

Patienterna uppskattade den handledning om läkemedelsbehandlingen som avdelningens personal och farmaceuten gav bland annat om dosetter, läkemedelarrangemang där hemma samt om läkemedlens biverkningar.

I en australiensisk intervjustudie<sup>1</sup> beskrevs de erfarenheter patienterna äldre än 70 år (n = 13) och deras närståendevårdare (n = 7) hade gällande utskrivningen och vårdens kontinuitet vid gränssnittet mellan sjukhuset och hemvården då patienterna förflyttades från sjukhuset hem. Deltagarnas medelålder var 78,9 år (variationsintervall 45–94 år) och 16 av dem var kvinnor. 13 av patienterna bodde ensamma.

**Studiens kvalitet:** God (JBI 8/10)

**Evidensstyrka:** 3

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

## Observera och sträva efter att avlägsna hinder för samarbetet om den äldres utskrivning mellan hälsovårdspersonalen och organisationer, eftersom

### ➤ informationen och kommunikationen mellan organisationerna då den äldre skrivs ut är bristfällig enligt flera aktörer. (A)

Patienterna kände att de inte kunde lita på informationsflödet mellan sjukhuset och primärvården. De blev frustrerade över bristerna i koordineringen av läkemedelsbehandlingen mellan den privata läkaren och sjukhuset.

I en dansk halvstrukturerad intervjustudie<sup>2</sup> beskrevs upplevelser av vardagslivet efter att de kommit hem från en inre medicinsk avdelning (n = 7) hos sköra akutpatienter äldre än 65 år (n = 14; män n = 7, kvinnor n = 7).

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 8/8)

**Evidensstyrka:** 3

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Patienterna och hälsovårdspersonalen upplevde att det inte fanns en enda gemensamt godkänd metod för att förmedla information mellan specialistsjukvården och primärvården. Den direkta kontakten mellan aktörerna baserade sig på befintliga personliga kontakter. Kommunikationen mellan aktörerna skedde i regel med remisser och epikriser där det saknades en personlig kontakt. Detta kunde leda till att väsentlig information saknades. Vårdare inom primärvården ansåg att rapporterna från vårdare inom specialistsjukvården var särskilt viktiga, men ofta saknades dessa, de var bristfälliga eller anlände för sent. Ett gemensamt elektroniskt datasystem ansågs vara en möjlig lösning på informationsproblemen. Det ansågs vara besvärligt att inte alla yrkesutbildade kunde skriva in information i dessa system.

I en spansk intervjustudie<sup>3</sup> beskrevs patienternas (n = 12) och hälsovårdspersonalens (n = 22) åsikter om rollen för sårbara patienter i situationer där deras vårdansvar överflyttas från specialistsjukvården till primärvården. Patienternas medelålder var 69 år (variationsintervall 63–100 år).

**Studiens kvalitet:** God (JBI 8/10)

**Evidensstyrka:** 3

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Incidenter gällande bristfällig information i samband med utskrivning förekom hos cirka en femtedel av de patienter som skrevs ut från en enhet för geriatrisk bedömning (22,9 %, n = 27). Exempel på brister var anordnandet av fortsatt vård, innehållet i skriftliga rapporter samt uppgifter som inte förmedlats vidare från utskrivningsmötet.

I en norsk observationsstudie<sup>4</sup> undersöktes incidenter under övergångsprocessen då klienter (n = 118) skrevs ut från en enhet för geriatrisk bedömning till hemvårdsteamet. Klienternas medelålder var 82,3 år (± 6,2/66–98). Det fanns inga skillnader mellan kön, ålder eller självständigt boende hos dem som deltog i studien och de som nekade till studien.

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 9/9)

**Evidensstyrka:** 3e

### **Relevans för den finländska befolkningen: God**

Erfarenhetsexperterna och hälsovårdspersonal beskrev hindren för samarbete mellan de äldre personerna och deras närstående samt personalen: Multisjuka patienter informeras inte tillräckligt om den medicinering som inlett på sjukhuset och om orsaken till detta. Patienterna hade fått olika läkemedelslistor på sjukhuset, apoteket och i primärvården. Därför har patienterna och de närstående svårigheter att veta vilken av listorna som var den aktuella. Då patienten kommer till sjukhuset har man kunnat konstatera att de tar fel läkemedel och att läkemedelslistorna inte är uppdaterade. Information om orsaker till läkemedelsändringar inom primärvården fanns inte tillgängliga. På sjukhuset har man påbörjat läkemedel utan att beakta patientens ålder, individuella behov eller biverkningar. Man har inte följt upp medicineringen och patienten eller den ansvariga läkaren för den fortsatta vården har inte fått information om orsakerna till läkemedelsordinerings. Erfarenhetsexperterna och hälso- och sjukvårdens yrkesutbildade personal beskrev dröjsmål i informationen. Sjukhusläkarna hade inte tillgång till alla primärvårdens uppgifter på grund av olika datasystem. Personalen kunde inte se olika organisationers uppgifter på grund av datasäkerhetsskäl. Ibland ansågs datasystemen vara för besvärliga och att de inte användes som de var planerade. Man använde för mycket tid för dokumentationen utan strukturella mål. Olika yrkesmännskor dokumenterar samma uppgifter flera gånger, samtidigt och oberoende av varandra, vilket endast ger lite nytta för patienten. Överdriven dokumentation tar tid från den nödvändiga kommunikationen. Erfarenhetsexperterna och hälsovårdspersonal beskrev att största delen av kommunikationen mellan sjukhuset och primärvården sker genom remisser och vårdsammandrag, vilket gör att missförstånd är vanliga. Personliga kontakter mellan organisationerna är ovanliga och det finns inga snabba kommunikationskanaler. Sjukhusläkaren kan köa med andra i samtalskön för att få tag på egenläkaren.

I en svensk intervjustudie<sup>5</sup> beskrevs genom gruppintervjuer (n = 3) faktorer som hindrar och främjar samarbetet mellan erfarenhetsexperter samt hälsovårdspersonal vid vården av sköra multisjuka äldre i gränssnittet mellan specialistsjukvården och primärvården. I varje grupp deltog åtta yrkesutbildade: läkare och vårdare från specialistsjukvården och primärvårdens, en fysioterapeut eller en ergoterapeut, en kommunal socialarbetare samt en erfarenhetsexpert (patienten eller en närstående).

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 9/10)

**Evidensstyrka:** 3

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Informationen i remisserna var bristfällig och ofta saknades vårdarbetets och den socioekonomiska situationens synvinklar som hade kunnat användas för att undvika problem efter utskrivningen då den äldre patienten kommer hem.

I en spansk intervjustudie<sup>3</sup> beskrevs patienternas (n = 12) och hälsovårdspersonalens (n = 22) åsikter om rollen för de sårbara patienterna i situationer där deras vårdansvar överflyttas från specialistsjukvården till primärvården. Patienternas medelålder var 69 år (variationsintervall 63–100 år).

**Studiens kvalitet:** God (JBI 8/10)  
**Evidensstyrka:** 3  
**Relevans för den finländska befolkningen:** God

➤ **tid, know-how och resurser är uppenbarligen betydelsefulla faktorer i samarbetet mellan organisationerna då den äldre skrivs ut. (B)**

Hälsovårdspersonal upplevde att de hade en minimal möjlighet att planera äldre patienters förflyttning samt begränsat med tid och möjligheter att adekvat koordinera hemvården och se till att vården fortsätter. Vårdarna konstaterade att återbesök på jouden som eventuellt kunnat undvikas berodde på oklara utskrivningsanvisningar och en misslyckad planering av den fortsatta vården.

I en australiensisk intervjustudie<sup>6</sup> beskrevs vården av äldre på sjukhusets jouravdelning ur en multiprofessionell synvinkel. I studien utfördes nio fokusgruppintervjuer (n = 54) och individuella intervjuer (n = 7). På grund av arbetstidsarrangemangen deltog vårdare och övrig vårdpersonal i gruppintervjuerna och läkarna deltog i de individuella intervjuerna. Studien var en del av forskningsprojektet Safe Elderly Emergency Discharge (SEED).

**Studiens kvalitet:** God (JBI 8/10)  
**Evidensstyrka:** 3  
**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Erfarenhetsexperterna och hälsovårdspersonal beskrev att kommunikationen mellan personalen var fördröjd och bristfällig. Personalen arbetade självständigt och de hade sällan tid att diskutera med varandra. På grund av tidsbrist tog sjukhusläkarna just inte alls kontakt med primärvårdens läkare för att ge anvisningar. Primärvårdens läkare tillfrågades sällan om deras åsikter angående patientens undersökningar eller behandling, även om de hade delat ansvar för patientens totala vård. Informationen om sjukhusbesöken nådde primärhälsovårdens läkare för sent för att kunna göra en till saken hörande utvärdering gällande behovet av vidare behandling. Ibland hann läkaren inte träffa patienten eller få epikrisen innan patienten hamnade in på sjukhuset på nytt. Många patienter skrevs ut mot veckoslutet för att säkerställa att det finns lediga patientplatser för jourpatienter som anländer följande vecka. Därför kunde läkare inom primärvården tvingas sköta patienter som inte hade undersökts tillräckligt på sjukhuset, vilket kunde leda till att patienten uppsökte sjukhuset flera gånger med samma bekymmer. Det fanns inte tillräckligt med gemensam tid för att planera vården av svårt sjuka äldre patienter. Till följd av korta vårdperioder hann fysio- och ergoterapeuterna inte utvärdera funktionsförmågan innan utskrivningen och då fanns det ingen plan inför en eventuellt försämrad funktionsförmåga i hemmet. På grund av bristande tid och resurser hann primärvårdens läkare inte kontakta sjukhusläkarna och ta ett helhetsomfattande medicinskt ansvar för de patienter som skrivits ut.

I en svensk intervjustudie<sup>5</sup> beskrevs genom gruppintervjuer (n = 3) faktorer som hindrar och främjar samarbetet mellan erfarenhetsexperter samt hälsovårdspersonal i vården av sköra multisjuka äldre i gränssnittet mellan specialistsjukvården och primärvården. I varje grupp deltog åtta yrkesutbildade: läkare och vårdare från specialistsjukvården och primärhälsovården, en fysioterapeut eller en ergoterapeut, en kommunal socialarbetare samt en erfarenhetsexpert (patienten eller en närstående).

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 9/10)  
**Evidensstyrka:** 3  
**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Övergången för patienter med en svår eller ostabil social situation eller en begränsad kunskapsmässig funktionsförmåga upplevdes vara mest krävande. I dessa situationer upplevde personalen att de hade bristfällig beredskap att agera.

I en spansk intervjustudie<sup>3</sup> beskrevs patienternas (n = 12) och hälsovårdspersonalens (n = 22) åsikter om rollen för de sårbara patienterna i situationer där deras vårdansvar överflyttas från specialistsjukvården till primärvården. Patienternas medelålder var 69 år (variationsintervall 63–100 år).

**Studiens kvalitet:** God (JBI 8/10)  
**Evidensstyrka:** 3  
**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Ingen av vårdarna som ansvarade för utskrivningen av en äldre patient var en utskrivningsvårdare, klinisk sakkunnig eller gerontologisk sjukskötare.

I en schweizisk tvärsnittsstudie<sup>7</sup> undersöktes sambandet mellan utskrivningsberedskapen hos patienter (n = 235, 46 % kvinnor) och vårdarnas utskrivningsplaneringsprocess enligt hur elementen i planeringsmodellen Transitional Care Model (TCM) realiserats. Patienternas medelålder var 79,7 år (standardvariation 7,6).

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 8/8)  
**Evidensstyrka:** 4b  
**Relevans för den finländska befolkningen:** God  
**Kommentar:** Komponenterna i Transitional Care Model (TCM) var klinisk sakkunnig/specialsjukskötare.

➤ **det splittrade ansvaret mellan olika aktörer upplevs vara ett hinder för samarbetet mellan organisationer då den äldre skrivs ut. (A)**

Erfarenhetsexperterna och hälsovårdspersonal beskrev bristerna i vårdplanerna. Erfarenhetsexperterna och hälsovårdspersonal beskrev att en splittrad vård och ansvar ledde till att patienterna bollades fram och tillbaka mellan olika aktörer. Det gick flera veckor mellan utskrivningen från sjukhuset och besöket inom primärvården och under den tiden hade ingen ansvar för vårdens kontinuitet. Där emellan hade informationen från sjukhuset hunnit föråldras. Multisjuka äldre patienter var lika sjuka då de skrevs ut som då de skrevs in till sjukhuset men efter utskrivningen minskade mängden behandlingar betydligt efter att patienterna övergick och blev klienter inom primärvården. Patienten kunde tillhöra hemsjukvårdens och hälsovårdscentralens vård samtidigt, vilket skapade en osäkerhet om vem som ansvarade för vården.

I en svensk intervjustudie<sup>5</sup> beskrevs genom gruppintervjuer (n = 3) faktorer som hindrar och främjar samarbetet mellan erfarenhetsexperter samt hälsovårdspersonal i vården av sköra multisjuka äldre i gränssnittet mellan specialistsjukvården och primärvården. I varje grupp deltog åtta yrkesutbildade: läkare och skötare från specialistsjukvården och primärhälsovården, en fysioterapeut eller en ergoterapeut, en kommunal socialarbetare samt en erfarenhetsexpert (patienten eller en närstående).

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 9/10)

**Evidensstyrka:** 3

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

Ansvar för utskrivningen hade fördelats på flera yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården. Planeringsprocessen för utskrivningen var dåligt definierad och dokumenterad. Personalen hade begränsade möjligheter att förbereda sig och få stöd för planeringen och genomföringen av utskrivningen. Trots att hela personalen ansågs vara ansvarig för utskrivningen saknades en klarhet i individernas ansvar eller roller, vilket ledde till svagt dokumenterade utskrivningsprocesser.

I en australiensisk integrativ litteraturoversikt<sup>8</sup> (n = 15) beskrevs faktorer som främjar och hindrar minnessjuka personers och familjemedlemmars deltagande i planeringen av utskrivningen från sjukhuset.

**Studiens kvalitet:** Hög (JBI 10/11)

**Evidensstyrka:** 4a

**Relevans för den finländska befolkningen:** God

#### Källor:

1. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. 2018. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2), 518–527. (på engelska)
2. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sørensen EE. 2015. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10:n/a. (på engelska)
3. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. 2012. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality & Safety* 21(1), i67–i75. (på engelska)
4. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad T, Saltvedt I. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* 10:1. (på engelska)
5. Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. 2018. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(7),680–689. (på engelska)
6. Lennox A, Braaf S, Smit DV, Cameron P, Lowthian JA. 2019. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia - The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emergency Medicine Australasia* 31(1), 83–89. (på engelska)
7. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. 2015. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing* 36(6),451–457. (på engelska)
8. Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown LRM, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santoso Y, Soleil-Moudiky-Joh E, Grealish L. 2018 Hospital discharge processes involving older

adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 27(5–6), e712–e725. (på engelska)