

FÖRSTÄRKT UTSKRIVNING VID SÖDERTÄLJE SJUKHUS

En kvalitativ utvärdering

SARA CEDERBOM
ÅSA SKJUTAR

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 1:2026

FoU-rapport
Nestor FoU-center

2026

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Region Stockholm. Vi vill genom praktknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Nestor FoU-center 2026
ISSN: 1652-4608
ISBN: 978-91-85347-53-7
Nestors skriftserie 1:2026

Författare: Sara Cederbom och Åsa Skjutar
Titel: Förstärkt utskrivning vid Södertälje sjukhus -
En kvalitativ utvärdering

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Innehåll

Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Syfte	6
Frågeställningar	6
Genomförande	6
Datainsamling	6
Etik	7
Resultat	7
Målgruppen	7
Hur upplever patient och anhöriga insatsen FU. Vad upplevs vara effektivt och om och vad skapar en trygg och säker vårdövergång?	9
Hur upplever patient och närstående, som har eller haft FU, en eventuell återinläggning i slutenvården inom 30 dagar?	10
Vidareutveckling	11
Målgruppen och i det direkta patientmötet	11
Utveckling av arbetssätt, internt	12
Utveckling av arbetssätt med primärvård och kommun	12
Utveckling av samverkan och gemensam kompetensutveckling	13

Sammanfattning

På uppdrag av Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning genomfördes år 2024–2025 en beskrivande studie om Förstärkt utskrivning (FU) och hur det har implementerats på de geriatriska kliniker som idag har FU i sitt avtal. I slutsatsen lyftes behov av vidare forskning för att studera huruvida FU är en insats som är effektiv, trygghets- och säkerhetsskapande och minskar behov av sjukhusvård och bidrar till en jämlik vård. Mot bakgrund av ovanstående inledde Södertälje Sjukhus och Nestor FoU-center ett samarbete i samband med uppstarten av FU i Södertälje, med syftet att genomföra en forskningsstudie för att få fördjupad förståelse och kunskap om FU som arbetssätt.

Studiens syfte var att utifrån ett kvalitativt perspektiv utvärdera huruvida FU är en effektiv insats som skapar trygga och säkra vårdövergångar utifrån patient-, anhörig- och professionsperspektiv samt att analysera orsaker och upplevelser av återinläggningar i nära förbindelse med FU. Studien genomfördes från december år 2024 till och med oktober år 2025 och bestod av kvantitativ och kvalitativ datainsamling som inkluderar journaldata, intervjuer med patient och närstående samt fokusgruppintervjuer med medarbetare i FU-teamet, geriatriska samordnare, sjukhusets utskrivningsteam, primärvård, primärvårdsrehab och kommunens biståndshandläggare och hemtjänst.

Totalt inkluderades 32 av 43 patienter. Medelåldern var 84 år, jämn fördelning mellan kvinnor och män och merparten var ensamboende. Primär inläggningsorsak var muskuloskeletala besvär, hjärtsvikt och infektioner. 78% av deltagarna hade en Clinical Frailty Scale (CFS)-skattning på 5 eller därutöver, min-max 2-7. I genomsnitt var patienten inskriven i FU i 15 dagar, min-max 1-22. I genomsnitt fick patienten 3,8 hembesök av teamet, där sjuksköterska gjorde merparten av besöken. Sex av 32 patienter blev återinlagda inom 30 dagar.

Det finns en samstämmighet från både patient-, närstående- och professionsperspektiv om att FU som insats bidrar till trygga vårdövergångar från geriatrik till hemmet. Ur ett professionsperspektiv framhålls även att insatsen även stärker vårdövergången ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Dock går det inte i den här utvärderingen att uttala sig om insatsen är effektiv. Då behöver andra utvärderingsmetoder användas och andra parametrar följas.

FU avslutas nu som projekt utifrån att det bland annat inte gett önskad effekt avseende minskade återinläggningar av målgruppen sköra äldre. För att åstadkomma detta behövs såväl interna arbetsrutiner förbättras och interventioner utvecklas, som i sig kräver att samverkan utvecklas mellan sjukhus, primärvård och kommun, med slutmål att ha en välfungerande god och nära vård med individen i fokus.

Sara Cederbom och Åsa Skjutar. Nestor FoU-center. Januari 2026

Bakgrund

Nationellt pågår omställningen till God och Nära vård som bland annat innebär att vården ska vara tillgänglig och ske där patienternas behov finns med primärvården som nav. En målgrupp som framför allt är berörd av god och nära vård är äldre personer som är multisjuka och där behovet av insatser från vård och omsorg ofta och alltmer sker i hemmet. Dessa äldre personer, oftast äldre än 80 år, kommer öka dramatiskt de närmaste åren vilket kommer ställa än högre krav på att de insatser som ges är effektiva och bidrar till god och jämlik vård. Målgruppen är också de som i hög grad vistas på sjukhus för olika sjukdomstillstånd och återfinns på geriatriska kliniker för specialistvård. I Stockholms län var medelvårdtiden år 2022 på geriatrisk klinik 6,8 dagar. En viktig del i den geriatriska vården är att skapa trygga och säkra vårdövergångar från geriatrisk vårdavdelning, vidare benämnd geriatriken, på sjukhuset till hemmet.

I Stockholms län har det sedan år 2021 tagits initiativ för att skapa trygga och säkra vårdövergångar från geriatriken till hemmet med en insats som kallas för förstärkt utskrivning (FU). Syftet med FU är att underlätta och kvalitetssäkra övergången mellan slutenvården och insatser i hemmet för äldre personer som vid utskrivning är i fortsatt behov av vård, omsorg, rehabilitering eller särskild samordning. Målet är att trygga och säkra hemgången, säkerställa att personen klarar sig i hemmet och minska behovet/risken av återinläggning inom slutenvården.

Teamet som utför FU består av arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska och läkare. Insatsen är ett stöd som utgår från sjukhuset, samtidigt som primärvården fortsatt har det medicinska ansvaret för patienten. Vid utskrivning från sjukhuset får patienten telefonnummer till FU som hen kan ringa dygnet runt under inskrivningstiden i FU som kan vara upp till 21 dagar. Södertälje Sjukhus beslutade om att i projektform prova arbetssättet under år 2024–2025 och utifrån visionen att leverera en god, trygg och samordnad vård vill Södertälje Sjukhus utveckla lärandet kring vårdövergångar samt kvalitativt utvärdera FU.

På uppdrag av Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning genomfördes år 2024–2025 en beskrivande studie om FU och hur det har implementerats på de geriatriska kliniker som idag har FU i sitt avtal. I slutsatsen lyftes behov av vidare forskning för att studera huruvida FU är en insats som är effektiv, trygghets- och säkerhetsskapande och minskar behov av sjukhusvård och bidrar till en jämlik vård. Mot bakgrund av ovanstående inledde Södertälje Sjukhus och Nestor FoU-center ett samarbete i samband med uppstarten av FU på Södertälje Sjukhus, med syftet att genomföra en forskningsstudie för att få fördjupad förståelse och kunskap om FU som arbetssätt.

Syfte

Studiens syfte var att utifrån ett kvalitativt perspektiv utvärdera huruvida FU är en effektiv insats som skapar trygga och säkra vårdövergångar utifrån patient-, anhörig- och professionsperspektiv samt analyserar orsaker och upplevelser av återinläggningar i nära förbindelse med FU.

Frågeställningar

- Hur ser målgruppen som fått FU ut?
- Hur upplever patient och närstående insatsen FU? Vad upplevs vara effektivt och vad skapar en trygg och säker vårdövergång?
- Hur upplever patient och anhöriga, som har eller haft FU, en eventuell återinläggning i slutenvården inom 30 dagar?
- Hur uppfattas insatsen FU ur professionsperspektiv, vad upplevs vara effektivt och vad skapar en trygg och säker vårdövergång?

Genomförande

Studien genomfördes från december år 2024 till och med oktober år 2025. FU-teamet ansvarade för att bistå Nestor FoU-center med hjälp i att tillfråga patienter, och dess närstående, som blev inskrivna i FU om de ville delta i studien samt därefter hantera skriftligt informerat samtycke. Det var personalen i teamet som också gjorde en professionell bedömning om patienten ansågs klara av att delta i intervju eller inte utifrån eventuell kognitiv och/eller annan funktionsnedsättning eller nedsatt språkförmåga. Gällande närstående var det endast närstående till patienter som varit inskrivna i FU som tillfrågades om deltagande i individuell intervju. Likaså här var det personalen i FU-teamet som gjorde en professionell bedömning huruvida anhöriga ansågs av att delta i intervju eller inte.

Datainsamling

För att besvara syfte och frågeställningar användes både kvantitativa och kvalitativa metoder, se beskrivning nedan. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

- Insamling av journaldata; antal vårdtillfällen, ålder, kön, boendeform, primära diagnoser vid inläggning i slutenvården, CFS-skattning, antal och typ av insatser från FU, medeltid för antal dagar i FU, återinläggning under pågående FU-period.
- 10 semistrukturerade intervjuer med patienter som fått FU.
- 10 semistrukturerade intervjuer med närstående till patienter som fått FU.

- 7 fokusgruppintervjuer, med totalt 23 personer. Dessa inkluderade medarbetare i FU-teamet, inklusive involverade läkare, samordnare från geriatriken, sjukhusets utskrivningsteam, hemsjukvård, primärvårdsrehab, biståndshandläggare samt medarbetare från kommunens team för Trygg och säker hemgång.

Etik

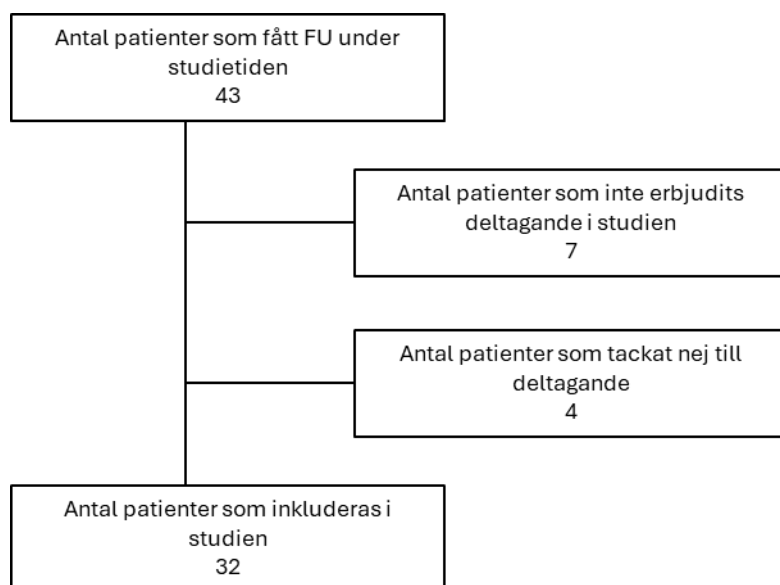
Studien har följt forskningsetiska principer, vilket bland annat innebär att alla deltagare fått muntlig och skriftlig information om studien, att deltagande var frivilligt och närsohelst kunde avbrytas utan närmre förklaring. Alla deltagare fick ge skriftligt informerat samtycke att delta. Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, diariernr 2024-06354-01.

Resultat

Sammanfattning; Resultatet presenteras utifrån syfte och frågeställningar. Totalt inkluderades 32 personer i studien. Det finns en samstämmighet från både patient-, anhörig- och professionsperspektiv kring att FU som insats bidrar till trygga vårdövergångar från geriatrik till hemmet. Ur ett professionsperspektiv framhålls även att insatsen även stärker vårdövergången ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Dock går det inte uttala sig om i denna utvärdering om insatsen är effektiv, då behöver andra utvärderingsmetoder användas.

Målgruppen

Under perioden 1 december 2024 till 31 augusti 2025 fick 43 personer förstärkt utskrivning. Av dessa fick 36 personer erbjudande om att delta i studien och 32 av personer tackade ja, se figur 1. De inkluderade patienterna hade tillsammans 37 vårdtillfällen i FU, 27 patienter fick FU i en omgång och fem patienter fick FU i två omgångar.



Figur 1. Flödesschema för rekrytering av deltagare

Utifrån insamlade journaldata uppfattas målgruppen vara skör, både utifrån hälsotillstånd och socialt då merparten var ensamboende, och motsvarar den målgrupp som FU önskat trygga och säkra vårdövergången från sjukhuset till hemmet, var god se tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av studiegruppen.

Antal individer	32
Totalt antal vårdtillfällen i FU	37
Ålder; Spridning/Medelålder	70-97 /84
Kön; Kvinnor/Män	16/16
Boendesituation	
Ensamboende	17
Bor med partner/maka/make	11
Bor med son/dotter	3
Okänt	1
Primära diagnoser vid inläggning i slutenvården	
Muskeloskeletala besvär	Ospecifik ryggvärk/ledvärk
Hjärtkärlsjukdomar	Hjärtsvikt
Infektioner	Urinvägsinfektion, pneumoni
Skattning Clinical Frailty Scale 1-9	
Spridning	2-7
CFS 1	0
CFS 2	2
CFS 3	2
CFS 4	4
CFS 5	13
CFS 6	9
CFS 7	1
CFS 8	0
CFS 9	0
Okänt	1
Insatser från FU	
Totalt antal kontakter (hembesök + telefonkontakt)	230
Spridning	2-13
Medeltal kontakter/vårdtillfälle	6,4
Telefonkontakter med patient/anhörig	88 (0-9)
Hembesök totalt (spridning, medel)	142 (1-9; 3,8)
Hembesök av sjuksköterska (spridning)	113 (1-9)
Hembesök av arbetsterapeut	18
Hembesök av fysioterapeut	11
Inskrivning i FU	
Antal dagar inskriven i FU	1-22 dagar
Medeltid dagar i FU	15 dagar
Återinläggning under pågående FU period	
Totalt antal återinlagda individer. Uppfattad orsak; försämring eller nytillkomna medicinska besvär	6

Hur upplever patient och anhöriga insatsen FU. Vad upplevs vara effektivt och om och vad skapar en trygg och säker vårdövergång?

Övergripande upplever alla patienter och anhöriga stödet från FU som något mycket positivt och det finns en samstämmighet i vilka insatser som är trygghetsskapande.

- FU skapar trygghet både inför och efter utskrivning från sjukhuset.
- Enligt patienterna är det fantastiskt att redan innan utskrivning få hälsa på personal ur FU-teamet och få ett ansikte på vem de är som ska följa upp dem i hemmet och vem som kan komma att svara i telefon om de ringer.
- Mycket uppskattat att få en broschyr med direktnummer till FU. Många har sparat broschyren även efter utskrivning ur FU då den i sig på något sätt utgör en slags fysisk livlina om de kan behöva hjälp.
- Att FU-teamet följer med hem i samband med utskrivning eller möter upp någon dag efter utskrivning beskrivs som mycket positivt. Patienterna menar att de på sjukhuset inte riktigt vet och förstår vad de ska fråga om, men väl hemma efter några dagar dyker många viktiga funderingar upp som FU kan möta.
- Under FUs hembesök upplever patienterna att de kan prata öppet vilket inte går på geriatriken. I samtalen hemma kommer patienternas 'jag' fram vilket är stärkande och höjer självförtroendet hos dem.
- En annan viktig trygghetsskapande aspekt som patienterna lyfter är personalens pedagogiska insatser är mycket viktiga – om patienten förstår så kan de också ta ansvar. Patienterna upplever att personalen i FU har tid att prata och kompetens att förklara så att de verkligen förstår sin situation.
- Avseende bemötande och delaktighet så upplevs bemötandet från FU som fantastiskt, patienterna tycker att de blir behandlade som vuxna människor med förmåga att själva fatta beslut. Patienterna förstår också att de ska göras delaktiga men tycker i vissa fall att det dras för långt, de vill bara få hjälp att lösa sitt problem och inte fatta en mängd svåra beslut.
- Även närstående beskriver en positiv upplevelse av FU och är mycket nöjda med FU men önskar en längre FU-period så att hemsituationen hann stabiliseras ytterligare.
- De närstående som har haft en familjemedlem som vid upprepade tillfällen varit inlagd på sjukhus har svårt att förstå varför de inte får FU efter varje inläggning i slutenvården.
- De närstående beskriver, i linje med patienternas upplevelse, att FUs hembesök underlättar mycket för hela familjen. Bland annat slipper både patient och närstående de ibland mycket krävande bil- och taxiresorna från hemmet till öppenvården på sjukhuset eller vårdcentralen.
- Det är också mycket uppskattat av närstående att få sitta ner i lugn och ro hemma och tillsammans diskutera vad som hänt och göra en vårdplan.
- Det framkommer också att FU och Trygg och Säker (kommunens hemgångsteam) är nästan oproportionerligt bra jämfört med ordinarie insatser. Övergången från de förstärkande insatserna till ordinarie hemsjukvård och hemtjänst upplevs som önskad

och abrupt. Någon beskriver att det är som att rycka undan mattan under fötterna på den äldre.

Hur upplever patient och närstående, som har eller haft FU, en eventuell återinläggning i slutenvården inom 30 dagar?

Denna frågeställning gick dessvärre inte att besvara då merparten av de inkluderade patienterna som blivit återinlagda vid ett eller flera tillfällen inte kunde minnas kronologin i alla händelser och hade svårt att veta varför de blivit återinlagda. Enligt närstående berodde återinläggningarna på att hemsituationen inte fungerar tillfredsställande, patientens oro, önskemål om en viss insats samt nya akuta besvär. Av etiska skäl bedömdes det också att det ej var möjligt att utsätta patienterna för ytterligare intervjuer. För de anhöriga som själva upplevt FUs arbete väckte beskedet om att deras närstående skulle få ytterligare en insats av FU efter sjukhusvistelsen en känsla av trygghet. Det upplevdes positivt att FU återigen fanns med i övergången hem, vilket bidrog till att minska oron och stärka tilliten till vården.

Hur uppfattas insatsen FU ur professionsperspektiv, vad upplevs vara effektivt och vad skapar en trygg och säker vårdövergång?

Utifrån ett professionsperspektiv, både internt på sjukhuset och ur externa aktörers synvinkel uppfattas FU som en bra insats för individen men oklart vad den ger på samhällsnivå.

Utmaningen med att sköra äldre ibland på kort tid har många inläggningar i slutenvården är oerhört komplex och kan inte enbart lösas genom FU. Deltagarna ser att det är en hel rad insatser som måste till samt att kvalitén i alla dessa måste höjas för att trygga de äldre. Här är uppfattningar av FU.

- FU anses trygga hemgången för patient och närstående och uppfattas kunna minska den ångest och oro som kan finnas hos både patient och närstående inför en hemgång.
- I intervjuerna framkommer också att det upplevs vara stor trygghet för patient och närstående i att det alltid finns telefonnummer att ringa vid behov.
- Deltagarna ser att patienter och anhöriga har svårt att förstå vilka aktörer som kommer varifrån och vilka olika ansvar de har.
- FU når rätt målgrupp men uppfattningen är att FU borde kunna nå fler individer än vad som gjorts i projektet.
- Ur samarbets- och samverkansperspektiv beskriver deltagarna att FU gjort att såväl kommunikation, samarbete och samverkan har förbättrats mellan aktörerna. Ett exempel på detta som primärvårdsrehab lyfte var att det blivit förbättrad kvalitet på remiserna, exempelvis mer tydlig information om hur det ser ut hemma etc.
- I intervjuerna med samverkansaktörerna framkom det också att FU uppfattas både ge kompetensutveckling mellan aktörer och skapa trygghet då exempelvis hemsjukvården kan kontakta FU-teamets sjuksköterska eller läkare vid behov och FU kan direktinlägga patient om så behövs.
- I intervjun med samverkanaktörer framkommer det reflektioner kring huruvida de själva skulle kunna möta upp patienten i hemmet vid hemgång istället för FU-teamet.

Primärvårdsrehab resonerade att om de fick signal i tid skulle de också kunna finnas på plats vid hemgång men de saknar samarbete med hemsjukvård och sjuksköterska, vilket FU har.

- På frågan vad som skapar en trygg och säker hemgång var alla rörande överens om att det är kommunikation mellan alla parter, internt och externt är A och O för en trygg och säker vårdövergång; ju tidigare remiss och kontakt desto bättre resultat.

Vidareutveckling

Som ett övergripande stöd i utvecklingen av vårdövergångar från geriatrik till hemmet och omhändertagande av äldre sköra personer skickar vi med Region Jönköpings kloka ord som de använder i sina processer för att åstadkomma en god och nära vård:

‘Ta ansvar för ditt steg,
ge feedback till steget före och
underlätta för nästa steg’

Med det sagt finns det alltid anledning att fundera över ständiga förbättringar och vad som skulle kunna öka effektiviteten och nöjdheten på alla plan. De föreslagna åtgärderna bygger på resultaten från denna utvärdering samt aktuell forskning inom området, ett urval av för sammanhanget relevanta referenser återfinns under avsnitt ”Referenser”.

I diskussionen beskrivs hur vårdövergång från geriatrik till hemmet och hur omhändertagande av äldre sköra personer skulle kunna utvecklas ytterligare. Förslagen är uppdelade, men bör ses som en helhet för vad som krävs för att få till övergripande förändringar.

Målgruppen och i det direkta patientmötet

Målgruppsidentifiering är en grundsten för att kunna ge rätt insatser här och nu men också för att planera för ett långsiktigt hållbart omhändertagande av individen som syftar till att förbättra livskvalitet och minska lidande för individen. Vi vet idag att personer som exempelvis är sköra och personer med högre nivå på hemtjänst löper högre risk för återinläggning. Därför är det av största vikt att identifiera patientens hälso- och livssituation så tidigt som möjligt när personen kommer i kontakt och/eller blir behov av med vård- och omsorg. För att nå bästa effekt här är samverkan nödvändig mellan sjukhus, primärvård och kommun, både för att förbättra och utveckla samordnade insatser på individnivå, men också på gruppnivå.

- Identifiera vilka som är i behov av någon form av förstärkt utskrivning från geriatrik
- Avsätt mer tid under tiden i slutenvården för praktiska frågor som vilka pågående kontakter patienten har, bostadens utformning, livssituation, nycklar mm

- I arbetet med att identifiera patientens behov och nästa vårdnivå rekommenderas slutenvården att använda förvåningsfrågan " ”Skulle jag bli förvånad om den här patienten avled under de kommande X månader/vecka/veckor?”. Svaret på frågan ger en tydlig indikation om hur planeringen bör ske.
- Gör gemensam målgruppsidentifiering, både på individ- och gruppnivå

Utveckling av arbetssätt, internt

I fokusgruppintervjuer med medarbetare och i intervjuer med patient och anhöriga fångades ett flertal utvecklingsområden upp som rör det interna arbetet på sjukhuset och utvecklingsområden är välkända och i praktiken relativt enkla att förbättra, vilket i sin tur bidrar till ökad patientsäkerhet och personcentrerad vård.

- Behov av att skicka ännu tidigare remisser till de aktörer som ska ta över i nästa steg. Hemsjukvården och primärvårdsrehab blir **inte** irriterade om sjukhuset med kort varsel behöver ändra utskrivningsdatum, de kan med lätthet fylla den inplanerade tiden för hembesök med andra arbetsuppgifter.
- Lova inte patienten och anhöriga att de ska få hemsjukvård utan tala om att sjukhuset skickar en remiss för bedömning av eventuell hemsjukvård.
- Behov av att undvika utskrivning av komplexa ärenden på fredagar. Behov återkoppling till teamet på geriatriken hur deras bedömning och insatser påverkat situationen i hemmet.
- Behov av mottagningen för multisjuka som med expertis, tillgänglighet och förebyggande telefonkontakter kan följa kroniska tillstånd och koppla in ASIH i tid.
- Behov av enklare läkemedelshantering genom APODOS direkt från sjukhuset och förskrivning av läkemedel som finns och kan hanteras i hemmet. Patienterna tycker inte om de små papperspåsar som de får med sig vid utskrivning utan önskar en slags enhetlig hantering av sina läkemedel.
- I kommande projekt klargöra programlogiken för att uppnå de tänkta effektmålen. Det interna effektmålet att FU ska bidra till upplevelser av en trygghemgång har uppnåtts. Däremot förefaller effektmålet att minska andelen återinläggningar för geriatriska patienter och därigenom minska antalet vårddygn och frigöra vårdplatser till andra patientgrupper inte vara nåbart genom insatsen FU. Detta beror troligen på att det finns en del i logiken och val av utfallsmått som gör att resultatet inte speglar det man önskar uppnå.

Utveckling av arbetssätt med primärvård och kommun

I fokusgruppintervjuerna fångades även utvecklingsområden upp som avser samverkan mellan sjukhuset, primärvård, primärvårdsrehab och kommun. Förslagen utgår också från omställning

till god och nära vård som i sig kräver en god samverkan mellan alla aktörer som finns kring individen för att i första hand kunna ge en trygg och säker vård i hemmet

- Gör hembesök innan utskrivning, eventuellt tillsammans med primärvårdsrehab. Använd vid behov skriftlig fullmakt för att göra hembesök utan patienten.
- Utveckla förstärkt mottagande. Ge DSK extra tid hos patienten de första veckorna efter utskrivning. Undersök möjligheten att få insatser från primärvårdsrehab på helger. Sätt in extra hemtjänstinsatser de första veckorna. Behov av Teamet för Trygg och säker hemgång även på helger
- Behov av SIP eller Vårdplaneringsmöten under tiden i slutenvården?
- Utveckla samverkan mellan specialistkliniker och primärvård, hemsjukvård, hemtjänst exempelvis genom konsultationsfunktion för att möjliggöra patientsäker och trygg vård i hemmet.

Utveckling av samverkan och gemensam kompetensutveckling

Södertälje sjukhus har en lång tradition av god samverkan mellan primärvård och kommun som också har stärkts under projektiden och det finns stort behov av att fortsätta stärka och utveckla samverkan med syfte att åstadkomma god och nära vård i kommunen. Men för att samverkan ska vara välfungerande behövs god kunskap och förståelse om varandras verksamheter, uppdrag, förutsättningar och utmaningar och ett verktyg för att göra detta är förslaget nedan om gemensamma utbildningsinsatser.

- Behov av fortsatta samverkansmöten med geriatriken, primärvården och kommuner.
- Behov av gemensamma utbildningsinsatser för Regionen och kommunen för att förstå varandras uppdrag, öka tilliten och delat ansvar. Eventuellt utnyttja sjukhusets KTC och gör det till en gemensam knutpunkt.



Nestor FoU-center
Runstensvägen 11, 136 46 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16