

Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning

Paula Blomqvist
Ulrika Winblad

Samverkan kring multisjuka äldre:
lärdomar från praktik och forskning

Samverkan kring
multisjuka äldre:
lärdomar från praktik
och forskning

Paula Blomqvist
Ulrika Winblad

SNS Förlag
Box 5629, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 280 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.

*Samverkan kring multisjuka äldre:
lärdomar från praktik och forskning*
Paula Blomqvist och Ulrika Winblad
© 2023 Författarna och SNS Förlag
Tryck: Books on Demand, Tyskland
ISBN 978-91-89754-05-8

INNEHÅLL

Förord	7
Sammanfattning	9
I. Samverkan i vård och omsorg av äldre	15
2. Samverkan i Sverige: organisatorisk kontext och erfarenheter	29
3. Vad säger den internationella forskningen?	52
4. Slutsatser och möjliga vägar framåt	69
Referenser	79

Förord

Trots flera reformer som syftat till att förbättra regioners och kommuners samverkan kring äldre patienters vård- och omsorgsbehov är det fortfarande mycket som brister. I rapporten beskriver Paula Blomqvist och Ulrika Winblad orsakerna till dessa brister och vad de får för konsekvenser. Författarna undersöker också vad Sverige eventuellt kan lära av den internationella forskningen om samverkan kring multisjuka äldre.

Paula Blomqvist är universitetslektor och docent i statsvetenskap och Ulrika Winblad är professor i hälso- och sjukvårdsvetenskap, båda vid Uppsala universitet.

Rapporten är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering«. Det är SNS förhoppning att rapporten kan fungera som ett kunskapsunderlag för beslutsfattare och bidra till diskussionen om incitament och styrning för bättre samverkan runt multisjuka äldre.

Forskningsprojektet kan genomföras tack vare bidrag från den referensgrupp som följer projektet. I gruppen ingår Astra Zeneca, Attendo, Getinge, Hemfrid, Inspektionen för vård och omsorg, Kommunal, Kry, Min Doktor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Pfizer, Praktikertjänst, Region Halland, Region Stockholm, Skandia, Skellefteå kommun, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Svensk Försäkring, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Täby kommun, Vardaga, Vinnova, Vårdförbundet och Västra Götalandsregionen. Lena Hensvik, professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet, är SNS vetenskapliga råds representant i referensgruppen och Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Halland, är

gruppens ordförande. SNS tackar för det engagemang som referensgruppens ledamöter visat. Konstruktiva diskussioner har lett till att rapportens frågor kunnat få en allsidig belysning. Referensgruppen ansvarar dock inte för innehållet i rapporten.

Lennarth Johansson, docent i gerontologi samt forskningsledare och senior rådgivare till Äldrecentrum, har vid ett akademiskt seminarium lämnat mycket konstruktiva synpunkter på ett utkast till rapporten.

Författarna vill också rikta ett stort tack till Caroline Hoffstedt, avdelningschef äldreomsorg Bromma stadsdelsförvaltning, Fredrik Olsson, kvalitets- och utvecklingschef Knivsta kommun, och Emanuel Åhlfeldt, projektledare på Nestor FoU-center, som på ett förtjänstfullt sätt läste och kommenterade ett tidigt utkast av rapporten.

Rapportens författare svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS initierar och presenterar forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av centrala samhällsfrågor.

Stockholm i februari 2023

Gabriella Chirico Willstedt

Forskningsledare, SNS

Sammanfattning

Samverkan kring äldre patienter handlar både om kvalitet och effektivitet

Många äldre patienter lider av kroniska sjukdomar och har samtidigt behov av sociala insatser. Detta innebär att flera aktörer, som slutenvård, primärvård, kommunal hemsjukvård och socialtjänst måste samverka för att tillgodose deras vård- och omsorgsbehov. Med samverkan avses ett koordinerat agerande av olika aktörer i syfte att uppnå ett gemensamt mål, i detta fall patientens hälsa. Bristande samverkan kan leda till stress och oro hos patienterna samt att medicinska insatser försenas, uteblir eller utförs på fel nivå inom vårdsystemet. Medicinska risker på grund av bristande samverkan är särskilt påtagliga för äldre patienter eftersom de generellt sett har sämre förmåga att kompensera för bristerna genom att själva vara bärare av information. Bristande samverkan kring multisjuka äldre är också ett samhällsekonomiskt problem eftersom det kan resultera i onödig eller undvikbar sjukvård.

Samverkan brister alltför ofta i dag

I Sverige finns tydliga tecken på att samverkan kring äldre patienter ofta brister, trots många års försök att förbättra situationen. Bristande samverkan märks till exempel genom att oplanerade återinskrivningar av multisjuka äldre patienter på sjukhus har ökat och att en så kallad samordnad individuell plan (SIP) inte upprättas trots att lagen föreskriver det. I rapporten ges en översikt över de olika typer av reformer som har införts under de senaste decennierna för att förbättra samverkan.

Utifrån utvärderingar och erfarenheter av dessa söks sedan förklaringar till varför problemen till stor del tycks kvarstå. Rapporten fokuserar på den grupp äldre som bor i eget boende, vilket är den största gruppen. Förutom de svenska erfarenheterna beskrivs i rapporten även den internationella forskningen om samverkan kring multisjuka äldre. I rapportens sista kapitel identifieras en rad hinder för samverkan mellan regioner och kommuner kring gruppen multisjuka äldre.

Samverkan försvåras av ansvarsuppdelningen mellan kommuner och regioner

Försöken att åstadkomma bättre samverkan i vården av äldre i Sverige präglas till stor del av ansvarsuppdelningen mellan regioner och kommuner, där regionerna har ansvar för medicinsk vård inom primär- och specialistvård medan kommunerna (i de flesta fall) är ansvariga för sociala insatser samt primärvård i hemmet upp till sjuksköterskenivå. Denna ansvarsuppdelning, som kom till stånd genom Ädelreformen 1992, riskerar att skapa situationer där ingen part tar ett helhetsansvar för patientens hälsa och där läkarnas medverkan i hemsjukvården blir alltför sporadisk. Gränserna mellan regioner och kommuner är av både geografisk, juridisk, organisatorisk och professionell karaktär.

Många lokala experiment men brist på systematisk utvärdering

Den stora mängd organisationsförändringar som initierats inom regioner och kommuner i syfte att förbättra samverkan kring multisjuka äldre under de senaste decennierna gör det svårt att få en överblick av hur samverkan på verksamhetsnivå ser ut i dag. Det är också svårt att få en bild av hur olika reforminslag samspelar och i vilken kombination de uppträder lokalt. Samtidigt saknas ofta systematiska utvärderingar av organisationsförändringarna. Även när det gäller nationella reformer, som exempelvis införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus (2017), finns ett behov av mer regelrätt uppföljning av effekterna. Bristen på tydlig evidens kring vilka samarbetsformer som är mest effektiva gör att kunskapsspridningen på området försvåras.

Avtalen mellan regioner och kommuner om läkarmedverkan bristfälliga

För att få tillgång till läkarinsatser för multisjuka äldre som vårdas av kommunen i sina hem måste kommunen ingå avtal med regionen. Flera utredningar under senare år pekar mot att de avtal som ingås inte är ändamålsenliga och fungerar dåligt som styrinstrument. Avtalen följs också alltför sällan upp. Konsekvenserna kan bli brister i tillgång och kontinuitet samt sämre förutsättningar för ett nära samarbete med kommunens sjuksköterskor, vilket är en förutsättning för en sammanhållen vård för multisjuka äldre som behandlas i hemmet.

Internationell forskning ger ingen tydlig fingervisning om vad som fungerar

Den forskning som presenteras i rapporten visar att positiva effekter kan uppnås av samverkansreformer, framför allt vad gäller patientnöjdhet och tillgänglighet. När det gäller effekter relaterade till vårdkonsumtion, som vårdtid och sjukhusinläggningar, är resultaten svagare och mer motstridiga. De flesta studier som genomförts innehåller organisationsförändringar som multiprofessionella team, vårdkoordinatorer och geriatriska utvärderingar av patienternas hälsostatus och funktionsförmåga. Den största bristen i studierna är att det ofta saknas information om det kontextuella sammanhanget, exempelvis med avseende på lagstiftning, ersättningssystem eller hur vården finansieras i de länder där studierna genomförs. I USA används i högre utsträckning än i Europa finansiella incitament till samverkan som exempelvis straffavgifter för sjukhusen för oplanerade återinskrivningar av äldre patienter.

Den statliga styrningen mot effektiva samverkansformer bör bli tydligare

Den nationella styrningen av hur vården och omsorgens aktörer ska samverka bör bli tydligare. Den nationella lagstiftning som finns genom hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus föreskriver *att* huvudmännen ska samverka, exempelvis genom att ingå avtal, men inte *hur*, eller vad

avtalen ska innehålla. I stället lämnas stort utrymme för lokala innovationer. Sådana har ett värde, men om inte erfarenheterna systematiskt dokumenteras och sprids riskerar olikheterna att bli stora och kunskapsbildningen inom systemet som helhet lidande. I dag bygger också en alltför stor del av uppföljningen från myndigheter och andra organisationer på beskrivningar av »goda exempel«, vilket blir en otydlig form av styrning. Särskilt när det gäller statliga myndigheter bör mer precisa riktlinjer kunna tas fram för hur samverkan ska ske.

Primärvårdens kapacitet måste stärkas om de ska vara samordnare

Primärvården spelar en nyckelroll i samverkan kring de multisjuka äldre, både i samband med utskrivning från slutenvård och för tillgång till läkarinsatser i den kommunala hemsjukvården. Av allt att döma hindras en fungerande samverkan av att primärvården har haft svårt att mobilisera tillräckligt med resurser till samarbetet med kommunerna och därmed inte kunnat inta den ledande och koordinerande roll i arbetet som lagstiftaren tycks ha avsett. Nära vård-reformen syftar till att överföra resurser från slutenvården till den regionala primärvården och därmed skapa bättre förutsättningar för samverkan med kommunerna kring de multisjuka äldre, men detta mål tycks ännu inte ha uppfyllts.

Personalbrist ett av de viktigaste hindren för samverkan

Att öka läkarnas närvaro i den kommunala sjukvården är sannolikt en av de viktigaste faktorerna för att nå förbättrad samverkan kring vården av multisjuka äldre i Sverige. Det är därför oroande att det i många regioner råder fortsatt brist på allmänläkare. Förstärkandet av läkarmedverkan inom kommunernas verksamhet måste också komma till stånd genom ett närmare samarbete med kommunerna. De olika lokala modeller som utvecklats för detta, exempelvis i form av samlokalisering, bör utvärderas mer systematiskt. En annan lösning, som föreslagits av bland annat Coronakommissionen, är att kommunerna ges möjlighet att själva anställa läkare inom hemsjukvården. Det råder även brist på sjuksköterskor och annan medicinsk personal inom den kommunala vården och omsorgen. Dagens kommunala vård och om-

sorg är i detta avseende illa anpassad till de allt sjukare äldre patienter som i dag vårdas i sina hem. Även hemtjänstpersonalens medicinska kompetens är viktig för att förbättra samverkan eftersom det är de som mest regelbundet träffar patienterna och kan påtala förändrade vårdbehov. Att detta görs i tid är avgörande för att vårdresurser sätts in på rätt vårdnivå så att onödig sjukhusvård kan undvikas.

I. Samverkan i vård och omsorg av äldre

Många äldre människor lider av flera vårdkrävande sjukdomar och har samtidigt behov av sociala omsorgsinsatser. Detta innebär att ett flertal olika aktörer, som den regionala slutenvården, den regionala primärvården, den kommunala hemsjukvården och kommunens socialtjänst har ett gemensamt ansvar för deras vård och omsorg. I fall där äldre patienter har vistats på sjukhus och behöver fortsatta insatser efter att de skrivits ut måste flera aktörer samverka för att vården ska kunna fortsätta ges i öppna vårdformer utan att kontinuiteten hotas. Samverkan kan förstås som ett agerande som är koordinerat eller bygger på samarbete mellan två eller flera aktörer som strävar efter ett gemensamt mål, i detta fall patientens hälsa. Ur ett patientperspektiv upplevs vården samordnad när den fungerar som en helhet, information inte behöver återupprepas, och den enskilde inte behöver bry sig om hur systemet är organiserat för att få sitt vårdbehov tillgodosett (Vårdanalys 2016).

Multisjuka äldre är en växande grupp, vilket innebär att behovet av samordning mellan medicinska insatser och omvårdnadsinsatser kommer att öka ytterligare (IVO 2018). Enligt Statistiska centralbyrån beräknas andelen i befolkningen som är över 80 år öka med 50 procent fram till 2030 (SCB 2022). Till följd av den så kallade kvarboendepincip som under en längre tid präglat svensk äldreomsorg bor i dag många äldre med stora vård- och omsorgsbehov hemma i eget boende, medan andelen som bor på särskilt boende har minskat (SOU 2020:19, s. 155). Detta är en faktor som kan komplicera samordningen, eftersom det innebär att de olika aktörer som utför insatser i patienternas hem ofta inte träffas.

Mycket tyder på att samverkan mellan olika aktörer som ansvarar för äldres vård och omsorg ofta brister. En granskning från Sveriges Radio i juni 2022 visade att 1 200 avvikelser rapporterats i samband med utskrivning av äldre patienter under två år bara i Region Skåne. Samtidigt uppgav många kommuner i regionen att det ofta blev problem i samverkan med sjukhuset när de skulle ta emot utskrivna patienter, exempelvis på grund av bristande medicinska underlag (Sveriges Radio 2022). Utredningar och rapporter från myndigheter bekräftar att samverkansproblem är vanliga inom vården och omsorgen av de äldre, trots ett mångårigt arbete med att förbättra situationen både från nationella och lokala myndigheter (Socialstyrelsen 2021a, 2021b, SKR 2020a).

Bristande samverkan kring multisjuka äldre kan få negativa konsekvenser i form av försämrad vårdkvalitet, onödiga inskrivningar på sjukhus och bristande kontinuitet i vård- och omsorgsinsatser (Vårdanalys 2017). Det kan också leda till stora samhällsekonomiska kostnader till följd av att vård utförs på fel vårdnivå, exempelvis inom akutsjukvården i stället för i primärvården, eller att patienterna utvecklar medicinska tillstånd som skulle kunna ha undvikits (SKL 2012). Äldre patienter kan ses som extra sårbara för dåligt fungerande samverkan eftersom de har svårare att kompensera för brister i koordinering och informationsöverföring mellan sina vårdgivare. Samverkansbrister kring denna patientgrupp leder också ofta till att familj och anhöriga tvingas hjälpa till eller i värsta fall helt ansvara för nödvändig samordning av insatser, vilket blir en ytterligare belastning på en grupp som redan bär en tung börda som informella omsorgsgivare.

Att få till stånd en bättre samverkan kring multisjuka äldre ses som en av de mest angelägna frågorna inom svensk sjukvård i dag (Socialstyrelsen 2021a). Samtidigt finns en osäkerhet om vilka lösningar som är bäst lämpade för att åstadkomma detta. Under de senaste två decennierna har en lång rad reformer genomförts, både på nationell nivå och inom regioner och kommuner, för att på olika vis stärka samverkan. Många av dessa anses ha förbättrat situationen, men andra har avvecklats efter en tidsbegränsad period eller inte implementerats fullt ut (Vårdanalys 2016, Socialdepartementet 2014, Krohwinkel Karlsson och Winberg 2012). De kvarvarande bristerna i samverkan kring multisjuka äldre tyder på det finns ett fortsatt behov av systematisk kunskapsbildning om vilka lösningar som fungerar och vilka som inte gör det, samt nya

idéer om hur samverkan mellan regioner och kommuner kring de multisjuka äldre ska stärkas.

Rapportens syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är att ge en överblick över de erfarenheter som finns i Sverige i dag när det gäller samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som utför insatser till multisjuka äldre patienter samt hur denna typ av samverkan har studerats inom internationell forskning. Rapporten avgränsas till att omfatta den grupp av äldre multisjuka äldre som bor i eget boende.

Mer specifikt avser vi i rapporten att besvara tre frågor:

1. Vad innebär samverkan kring multisjuka äldre och vilka är de juridiska och organisatoriska förutsättningarna för detta i Sverige?
2. Vilka är de viktigaste hindren för samverkan kring multisjuka äldre?
3. Hur har problemen med samverkan kring multisjuka äldre studerats inom den internationella vård- och omsorgsforskningen och vilka, om några, lärdomar är relevanta i en svensk kontext?

För att besvara frågorna använder vi oss av rapporter och utvärderingar från svenska myndigheter och organisationer samt internationell forskning. Rapporten har fyra huvuddelar. Den första delen ger en fördjupad förståelse av begreppet samverkan och hur detta studeras i relation till äldres vård och omsorg. I den andra delen redovisas den svenska kontexten för samverkan och regionernas och kommunernas uppdelning av ansvaret för vården och omsorgen av de äldre. Därefter redogörs för olika reforminitiativ som tagits i Sverige sedan 2000-talets början för att förbättra samverkan mellan vårdens och omsorgens aktörer samt erfarenheterna av dessa. I rapportens tredje kapitel redogörs för den internationella forskningen om samverkan i vården av multisjuka äldre. I det fjärde och avslutande kapitlet diskuteras de förutsättningar och hinder för samverkan som beskrivits i den svenska kontexten. Dessa sätts sedan i relation till resultaten från den internationella forskningen. Vi pekar även ut möjliga vägar framåt för att förbättra samverkan inom vård- och omsorgsområdet.

Begreppsanvändning i rapporten

Multisjuka äldre definieras av Socialstyrelsen som personer över 75 år som under de senaste 12 månaderna har varit inneliggande flera gånger inom slutenvården och som har tre eller flera medicinska diagnoser (Socialstyrelsen 2021b). Ett utvidgat begrepp är multisjuka och *sköra* äldre, som även omfattar personer med stora omvårdnadsbehov. Stort omvårdnadsbehov kan den anses ha som bor på särskilt boende för äldre eller har beviljats minst 25 timmar hemtjänst i månaden i ordinärt boende. Ett begrepp som har använts synonymt med multisjuka och sköra äldre är *mest sjuka äldre*, som omfattar personer över 75 år som antingen uppfyller kriterierna för multisjukdom och har haft omfattande sjukvårdsinsatser under det senaste året *eller* har omfattande omsorgsbehov (Socialstyrelsen 2021b). I denna rapport kommer vi att använda begreppet multisjuka äldre för att beteckna samma grupp, alltså personer över 75 år som har flera medicinska diagnoser och även har beviljats omsorgsinsatser från kommunen. Det bör dock noteras att de offentliga rapporter och utvärderingar vi refererar använder sig omväxlande av begreppen multisjuka äldre, mest sjuka äldre eller ibland bara äldre.

Den här rapporten avgränsas till att beröra området samverkan kring *multisjuka äldre som bor i eget boende*. De hemmaboende äldre med insatser från hemtjänsten (232 000) är i dag betydligt fler än de som bor i särskilt boende (84 000) och också den grupp som beräknas växa mest under kommande år (Socialstyrelsen 2020, 2021b). En tydlig inriktning inom svensk sjukvård och omsorg har länge varit att kvarboende i hemmet ska främjas i möjligaste mån, även om stora sjukvård- och omsorgsinsatser behövs. En undersökning från Socialstyrelsen 2018 visade att multisjuka äldre personer i eget boendet skattar sin hälsa som sämre än de som bor i särskilt boende (Socialstyrelsen 2018, s. 38), vilket illustrerar hur stora hjälpbehov denna grupp ofta har. Multisjuka äldre som bor i sina egna hem är också en grupp som ställer extra stora krav på samordning, eftersom hemmet då blir primär arbetsplats för flera aktörer med olika arbetsgivare och huvudmän, men där insatserna sker vid olika tidpunkter.

Tecken på att samverkan kring multisjuka äldre brister

Samverkan kring multisjuka äldre är ett område som rönt mycket offentlig uppmärksamhet. En lång rad myndighetsrapporter under det senaste decenniet beskriver hur kommuner och regioner arbetar med frågan. I rapporterna beskrivs både fungerande samverkan och de problem och utmaningar som finns på området. Samverkan sker inom olika områden och på flera nivåer, där man främst bör skilja på samverkan på *ledningsnivå*, som innebär att kommuner och regioner gemensamt planerar verksamhet och utformar styrsystem för att förbättra samverkan, och samverkan på *verksamhetsnivå*, exempelvis mellan vårdcentral och hemsjukvård, eller hemsjukvård och hemtjänst, där man planerar kring enskilda patienter, har läkemedelsgenomgångar och samordnar förskrivning av hjälpmedel.

Även om det framgår av myndighetsrapporter att samverkan på många håll fungerar tillfredsställande, och att utvecklingsarbete löpande sker inom området, finns tecken på att samverkan brister. Ett exempel är en tillsynsrapport från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2018, *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande*, där myndigheten pekar ut flera utvecklingsområden där samverkan bör förstärkas. Områden som nämns är bland andra informationsöverföring mellan olika aktörer, felaktiga eller ofullständiga läkemedelslistor, svårigheter att samverka på grund av bristande personalkontinuitet, brist på samverkansrutiner, exempelvis inom hemtjänsten, och dåligt fungerande samverkan kring rehabilitering och hjälpmedel, där ansvaret ofta är uppdelat mellan region och kommun (IVO 2018). Myndigheten pekar särskilt ut *vårdövergångar* som tillfällen där samverkan ofta brister:

Vårdövergångar framstår i granskningen som den största patientsäkerhetsrisken knuten till samverkan. [...] Gränserna mellan verksamheter, men även inom samma verksamhet, kan leda till risker vad gäller exempelvis ansvarstagande och fördelning av vem som skall göra vad (IVO 2018, s. 20–21).

I en rapport från Socialstyrelsen (2021b) undersöktes utvecklingen av återinskrivningar av multisjuka äldre som tidigare vårdats på sjukhus. Så kallade *oplanerade återinskrivningar* är ett vanligt mått på samverkan eftersom de kan ses som en indikation på att planerade vård- och

omsorgsinsatser i öppenvården inte har fungerat som det var tänkt. Socialstyrelsens rapport visar att andelen äldre multisjuka patienter som återinskrevs oplanerat inte minskat sedan 2010 trots att en mängd insatser införts både av nationella myndigheter och lokala huvudmän för att motverka återinskrivningar. I stället påvisades en ökning av de oplanerade återinskrivningarna från 25,2 procent till 28,5 procent mellan 2010 och 2019. Rapporten visade också att de flesta återinskrivningar sker relativt fort: 18 procent inom tre dagar och 38 procent inom en vecka efter utskrivning. De vanligaste diagnoserna hos dem som återinskrevs oplanerat var KOL, hjärtsvikt och lunginflammation.

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har i flera rapporter pekat på bristande samverkan i vården av multisjuka äldre (Vårdanalys 2016, 2017, SKR 2020b). I en rapport från SKR från 2020 beskrevs brist på läkarmedverkan i hemsjukvården som en orsak till att äldre patienter skickas tillbaka till sjukhus och akutmottagningar efter att ha skrivits ut:

Bristen på läkarstöd i hemsjukvården leder ofta till ständiga ansvarsväxlingar, där patienter skickas fram och tillbaka mellan sjukhusens akutmottagningar, kliniker och andra mottagningar och hemmet. Det är en i grunden opassande och ineffektiv vård [...] (SKR 2020b, s. 9).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys noterar att bristande samordning kring patientgruppen multisjuka äldre leder till att en personcentrerad och sammanhållen vård inte kan ges, trots att detta är ett centralt mål för hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2017). Man påpekar även att det förutom bristande styrning för att åstadkomma samverkan ofta saknas ekonomiska incitament för detta:

De flesta ersättningssystem ersätter inte specifikt för samordningsinsatser utan ofta förväntas samordningen göras inom ramen för den ordinarie finansieringen. När samordning inte ersätts riskerar sådana insatser att ses som en kostnad för verksamheten och prioriteras ner (Vårdanalys 2016, s. 12).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att en bild framträder av att samverkan kring multisjuka äldre ofta brister i dag i Sverige och att detta medför betydande kostnader och ett onödigt lidande för denna patientgrupp. Som illustreras av myndigheternas rapporter är samverkan en komplex fråga genom att den måste ske på många olika arenor

och mellan olika aktörer inom vård- och omsorgssystemet samtidigt. Ur denna komplexitet kan man identifiera tre typsituationer där samverkan kring multisjuka äldre ofta tycks brista med negativa konsekvenser som följd:

- › vid utskrivning från sjukhus till hemmet med behov av fortsatta medicinska insatser samt kommunal omsorg
- › när en äldre multisjuk person vårdas och ges omsorgsinsatser i hemmet, vilket kräver insatser från flera olika aktörer inklusive primärvård, hemsjukvård och hemtjänst
- › när tillståndet för en äldre multisjuk person i eget boende försämras och en akut medicinsk bedömning behövs för att avgöra vårdnivå och insatser.

Vad är samverkan? En begreppsöversikt

Samverkan är en central del i de flesta välfärdsorganisationers arbete och har beskrivits som »limmet« som binder samman olika delar inom och mellan verksamheter för att uppnå ett gemensamt mål eller bästa möjliga resultat (Kodner och Spreeuwenberg 2002). En ökad komplexitet i behov och efterfrågan av välfärdstjänster har tillsammans med en växande fragmentering av olika samhällsfunktioner och specialisering inom professionerna lett till ett ökat behov av samverkan mellan olika verksamheter inom välfärdens område (Axelsson och Bihari Axelsson 2014). Exempelvis finns många äldre som behöver hjälp med daglig omsorg men som även har stora medicinska behov på grund av samsjuklighet. Trots att man i dag ofta talar om samverkan i relation till välfärdsstatens verksamhet är det svårt att hitta en tydlig definition av begreppet (Kodner och Spreeuwenberg 2002, Lindberg 2009). Ordet »samverkan« är mångtydigt och kan syfta på en mängd olika aktiviteter, samtidigt som olika begrepp används för att beskriva samma aktivitet. På svenska används inte sällan samordning och samarbete som synonymer till samverkan och på engelska används termer som *integrated care*, *collaboration*, *co-operation* och *co-ordination* för att beteckna samma sak (Axelsson och Bihari Axelsson 2014).

Bland de olika definitioner av samverkan man kan hitta i litteraturen återkommer tre komponenter som anses särskilt viktiga för förståelsen av vad samverkan är: ett uttalat mål eller syfte som aktörerna inte kan nå på egen hand; en gräns som överskrids och en gemensam handling vid

en viss tidpunkt. Enligt Danermark (2000) handlar samverkan främst om att utföra målinriktade handlingar tillsammans med personer från andra organisationer, vilket inte är samma sak som det vardagliga samarbete som naturligt sker på de flesta arbetsplatser. Andra definitioner inkluderar normativa inslag om att samverkan syftar till något gott, medan andra är mindre laddade och inte inkluderar några värderingar eller förväntningar (Lindberg 2009).

Utöver definitioner som främst handlar om verksamhetens former kan samverkan också ses ur ett patient- eller brukarperspektiv. Detta förs fram av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som i en rapport från 2016 definierar samverkan ur detta perspektiv och även betonar patientens egen roll som deltagare i samverkansprocessen:

Ur patientens och brukarens perspektiv är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur hens perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare (Vårdanalys 2016, s. 13).

Vilka sorts gränser som måste överskridas för att samverkan ska komma till stånd är förstås avgörande för hur de konkreta formerna för samverkan gestaltar sig. Exempel kan vara juridiska, organisatoriska, professionella eller disciplinära gränser, men även gränser mellan olika samhällssektorer eller ägarförhållanden, som i fallet privata och offentliga organisationer (Axelsson och Bihari Axelsson 2014). Vilken sorts gräns det är som överskrids handlar även om på vilken *nivå* inom en verksamhet som samverkan sker. I litteraturen talar man ofta om hur samverkan »riggas« på en mer övergripande nivå, så kallad makronivå, i en organisation genom beslut av chefer eller styrgrupper. I det fallet kan samverkansformen exempelvis vara ett avtal som reglerar hur samverkan ska gå till på lägre nivåer. Samverkan på mikronivå, å andra sidan, används för att beskriva den samverkan som sker kring en enskild patient eller individ. Den mellanliggande nivån, mesonivån, refererar till de utförande organisationerna och hur de organiserar sin operativa verksamhet.

I många fall sker samverkan på alla nivåerna samtidigt, exempelvis genom att avtal skrivs mellan huvudmännen, konkreta rutiner för samverkan utarbetas inom verksamheten på exempelvis en vårdcentral och samtal om insatser till en viss patient förs mellan personer i olika organisationer. De gränser som överskrids är då av olika karaktär på de

olika nivåerna och de eventuella hinder som kan uppstå på någon av dem ser förmodligen olika ut. Som Axelsson och Bihari påpekar kräver samverkan därför inte bara aktiviteter som riktar sig *horisontellt* mot andra organisationer, utan även *vertikalt* inom en organisation, så att samverkansaktiviteter på de olika nivåerna koordineras (Axelsson och Bihari Axelsson 2014).

En annan faktor som är avgörande för hur samverkan organiseras är de medverkande organisationernas syften. Det viktigt att ett gemensamt syfte är tydligt formulerat och förankrat hos de medverkande och att en gemensam syn har etablerats på hur detta bäst kan uppfyllas. En annan omständighet som kan påverka hur väl samverkan fungerar är det interna beslutsfattandet inom de deltagande organisationerna. Om kravet på samverkan kommer från högre instans utan att vara förankrat, eller om en organisation förmår tvinga en annan organisation till samverkan, är detta dåliga förutsättningar för att nå det önskade resultatet. Alla medverkande aktörer bör också veta *varför* man ska samverka. Det kan dessutom vara så att asymmetri råder mellan de medverkande aktörernas engagemang, exempelvis genom att en aktör endast samverkar i ytlig bemärkelse och utan att tillföra resurser, medan samverkanspartnern tar åtagandet på större allvar och därför upplever en frustration när resultatet uteblir (Lindberg 2009).

Slutligen kan även tidsaspekten för samverkanshandlingarna påverka former och innehåll för samverkan. Samverkan kan vara en pågående relation, med kontinuerlig kommunikation och lärande mellan deltagarna, men även en mer tillfällig transaktion, där samverkan endast blir ett utbyte vid en viss tidpunkt. Detta skapar olika sorts behov när samarbetsformer byggs upp:

Beroende på om samverkan ses som en relation eller som en transaktion påverkas också formerna för hur samverkan bedrivs. Vissa former av samverkan har mer inslag av planering och samordning på ett strukturellt plan än att människor faktiskt möts och utför saker tillsammans. Andra former av samverkan skiljer sig åt beroende på om de är långsiktiga eller engångsföreteelser (Lindberg 2009, s. 64).

Grader av samverkan

Man kan också betrakta samverkan inom vård och omsorg som ett kontinuum där aktörerna samverkar mer eller mindre intensivt. Socialmedicinaren Claes-Göran Westrin (1986) lanserade redan 1986 en modell för detta. Baserat på Westrins modell kan man identifiera fyra begrepp: konsultation, samordning, samarbete och integration (se figur 1). Medan en »konsultation« kan vara en tillfällig kontakt i ett avgränsat ärende eller för att lösa ett enskilt problem så utgör »samordning«, eller koordinering, en intensivare form av samverkan mellan olika verksamheter som behöver planeras och struktureras i förväg. Aktörerna kommunicerar löpande med varandra för att undvika störningar och för att förstärka effekten av varandras åtgärder men kan upprätthålla skilda mål och verksamheter. »Samarbete« innebär ett ytterligare steg i samverkan genom att aktörerna arbetar mot samma mål och har ett gemensamt ansvar för slutprodukten. Varje yrkesgrupp bibehåller dock sina ursprungliga ansvars- och verksamhetsområdesgränser. Ett exempel på detta kan vara en läkare i regionen som samverkar med en sjuksköterska på ett äldreboende kring en genomgång av en patients läkemedelslista. »Integration«, slutligen, är den mest långtgående samverkansformen och innebär att de samverkande parterna har en gemensam ekonomi, organisation och lokaler. Exempel på denna typ av samverkan är vårdbolaget Tiohundra i Norrtälje, där samma aktör bedriver både sjukvård och omsorg.¹

Alla fyra nivåerna av samverkan förekommer i vården av multisjuka äldre, men när man talar om behovet av förbättrad samverkan i detta sammanhang menar man förmodligen oftast nivåerna 2 och 3, det vill säga samordning och samarbete. De aktörer som främst berörs, som kommunala och regionala organisationer och de professioner som verkar inom dessa, har regelbunden samordning eller aktivt samarbete men separata budgetar och bibehållna ansvars- och verksamhetsområdesgränser.

1. Tiohundra är ett integrerat vård- och omsorgsbolag som ägs av Norrtälje kommun. Se en utförligare beskrivning under avsnittet *Lokala initiativ för att stärka samverkan kring multisjuka äldre*.

Figur 1. Grader av samverkan.

Nivå 4	Integration
Nivå 3	Samarbete
Nivå 2	Samordning
Nivå 1	Konsultation

Att skilja på olika grader av samverkan kan vara värdefullt för att lättare kunna skilja ut vad exakt man behöver komma överens om vid olika typer av samverkan och vilka förväntningar man kan ha på resultatet. En viktig skillnad mellan nivå 2 och 3 är exempelvis att aktörerna vid nivå 2 (samordning) inte behöver komma överens om gemensamma mål eller förmodligen ens ha särskilt mycket kontakt, utan att det viktiga är insatserna *kompletterar* varandra, utförs vid rätt tidpunkt och att informationsflödet mellan dem fungerar. Nivå 3 (samarbete) kräver en högre grad av gemensam organisering, formulering av gemensamma mål och att professionerna aktivt arbetar tillsammans för att dra nytta av varandras kompetens. En central fråga att ställa inför planerad samverkan är alltså vilken nivå av den som behövs och vilka rutiner eller processer som behöver utvecklas för att nå denna på effektivast möjliga sätt.

Hur studeras samverkan kring multisjuka äldre?

Hur samverkan bedöms eller mäts beror förstås på den kontext i vilken samverkan sker men också på vilka målen för samverkan är. Även här finns risk för sammanblandning av olika typer eller grader av samverkan eller att målen med samverkan är otydliga för de inblandade. Inom den akademiska litteratur där samverkan kring multisjuka äldre studeras är det kanske vanligaste måttet så kallade *oplanerade återinskrivningar till sjukhus*. Även bland svenska myndigheter förekommer detta mått allt oftare som en indikator på bristande samverkan (se exempelvis Socialstyrelsen 2021b, SKL 2018a). Som »oplanerad återinskrivning« räknas

ny inläggning på sjukhus inom en viss tidsrymd, oftast 30 dagar. Måttet indikerar att patienterna skickas tillbaka till sjukhus relativt snart efter att de skrivits ut på grund av att samverkan mellan de vård- och omsorgsinstanser som har haft ansvaret för att planera fortsatta insatser inte har fungerat som tänkt. Oplanerade återinskrivningar av äldre på sjukhus ses som ett problem i många länder med en rad negativa följder både för patienten och för samhället som helhet, exempelvis att vårdinsatser upprepas i onödan eller utförs på fel vårdnivå. Även ur ett medicinskt perspektiv är oplanerade återinskrivningar till sjukhus i de flesta fall negativa, eftersom de ökar både sjukligheten och dödligheten (Shaw m.fl. 2020, Lum m.fl. 2012, Benbassat och Targin 2000). Detta gäller särskilt för patientgruppen äldre med stora vårdbehov (Nolte och McKee 2008, Mor m.fl. 2014). Oplanerade återinskrivningar bidrar också till att många äldre avlider på sjukhus, trots att förutsättningarna för palliativ vård (vård i livets slutskede) oftast är bättre på ett omsorgsboende eller i hemmet.

Återinskrivning som utfallsmått har kritiserats för att vara ett alltför trubbigt mått, som inte ger någon information om vilka vårdinsatser som gjorts och om de kunde anses medicinskt motiverade eller inte. Möjligheten finns givetvis att åtminstone en del av de oplanerade återinskrivningar som rapporteras är rimliga givet patientens tillstånd. Ett alternativt mått är så kallad *undvikbar slutenvård*. En hög andel undvikbar slutenvård indikerar att primärvård och hemsjukvård inte förmått tillgodose de mest sjuka äldres behov av vård, vilket lett till att patienten i stället behövt söka akut vård på sjukhus. Ett sätt att mäta undvikbar slutenvård är att inkludera vanligt förekommande diagnoser, exempelvis hjärtsvikt, diabetes, KOL och hypertoni, som generellt sett borde ha kunnat behandlas i primärvården eller i hemsjukvården snarare än på sjukhus. Om dessa behandlas på sjukhus kan det ses som att samverkan i öppenvården brister. En annan variant av undvikbar slutenvård är när patienter blir liggande kvar på sjukhuset efter att de anses medicinskt färdigbehandlade. Svårigheten med undvikbar slutenvård som mått på bristande samverkan är att det ofta är svårt att avgöra vad som är undvikbar – eller onödig – vård och på vilken vårdnivå insatserna borde ha getts. Detta gäller inte minst om patienten har flera diagnoser och/eller har varit sjuk under en längre tid.

Ytterligare utfallsmått som har använts för att bedöma samverkan är vårdkonsumtionsmått som mäter hur mycket vård patienten erhållit

hos olika vårdgivare i form av antal vårddagar eller besök, exempelvis på akutmottagning. En utgångspunkt är då är att en välfungerande samverkan mellan omsorgsgivare och primärvård leder till färre vårdbesök hos mer specialiserade vårdgivare. Utöver detta finns mått som undersöker effekten av samverkan genom mer sjukdomsspecifika tillstånd, som blodsockernivå hos diabetespatienter eller blodvärden hos andra patientgrupper. I dessa fall anses välfungerande samverkan mellan aktörerna i patientens närhet kunna leda till att patienterna hanterar sin sjukdom på ett bättre sätt och därför i högre grad kan undvika hälsofarliga indikatorer som till exempel hög blodsockernivå.

En annat sätt att bedöma om samverkan fungerar är att fråga patienter och anhöriga om deras uppfattning. I Sverige ställs exempelvis frågor om detta i den nationella patientenkät som varje år skickas ut av SKR till patienter i primärvård, öppen specialiserad sjukvård vid sjukhus och rehabilitering. I enkäten ställs frågor om huruvida patienterna känner sig trygga med samordningen av deras kontakter i vården och om de upplever att deras vårdcentral fått information om den vård de fått på sjukhus (SKR 2022). Även i de årliga enkäter från Socialstyrelsen som besvaras av brukare inom äldreomsorgen ställs frågor om upplevelser av samverkan.

Utöver direkta frågor om samverkan kan patientens upplevelse av kontinuitet i vårdkontakterna ses som en indikator på samverkan. Frågor om huruvida vården upplevs som samordnad kan även ställas till personalen, exempelvis primärvårdsläkare. Ett ytterligare mått på samverkan är hur stor andel av de patienter som skrivits ut från sjukhus som fått en individuell vårdplanering inom en viss tidsrymd såsom stadgas av den så kallade samverkanslagen (se rubrik »Samverkanslagen«). Ofta är det en fördel att kombinera olika mått för att få en uppfattning om ifall samverkan brister och i så fall på vilket sätt. I vissa fall finns också en risk att olika indikatorer påverkar varandra. Vårdtid på sjukhus är ett exempel på ett mått som kan påverka oplanerade återinskrivningar, om det är så att patienten skrivs ut för tidigt och därför oplanerat återinskrivs. Omvänt kan en minskning av återinskrivningar eventuellt bero på ökade vårdtider eftersom längre sjukhusvistelser ökar sannolikheten för att vårdkomplikationer uppdragas och åtgärdas under sjukhusvistelsen.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att intresset för att bedöma och mäta effekterna av samverkan inom sjukvården ökat markant

under senare år, särskilt när det gäller äldre patienter. Även om det förekommer olika sorts mått på samverkan, och därmed viss oreda i begreppsfloran, finns i dag relativt goda möjligheter att bedöma om samverkan fungerar väl eller inte. Möjligen kan man hävda att måttet oplanerade återinskrivningar fått väl stor dominans och med fördel kan kompletteras med andra mått, exempelvis sådana som utgår från patienternas egna upplevelser.

Sammanfattning

I detta inledande kapitel har vi slagit fast att det finns tydliga indikationer på att samverkan kring multisjuka äldre ofta brister inom svensk vård och omsorg. De områden som främst pekas ut som problematiska i rapporter och utredningar är utskrivning från slutenvård för äldre patienter med fortsatta vård- och omsorgsbehov samt samverkan kring medicinska insatser och bedömningar mellan den regionala primärvården och den kommunala hemsjukvården.

Vi har också konstaterat att begreppet samverkan är komplext och att man i diskussioner om samverkan behöver vara tydlig med exakt vilka målen för samverkan är, vilka gränser som behöver överskridas (och av vem) samt vilka gemensamma handlingar som krävs för att samverkan ska komma till stånd i en specifik situation. Det är också viktigt att fundera över vilken grad av samverkan som krävs för att ett visst mål ska uppnås: är det regelrätt *samarbete* i form av gemensamma handlingar och mål eller räcker det att *samordna* insatser från olika aktörer? Att mäta eller bedöma samverkan, slutligen, kan göras på ett flertal olika sätt. Här blir det också centralt att målen för samverkan kopplas till ett mått som verkligen mäter just detta mål.

2. Samverkan i Sverige: organisatorisk kontext och erfarenheter

Kontexten i vilken samverkan kring multisjuka äldre sker ser olika ut i varje land och beror på hur vården och omsorgen är organiserade. I Sverige har diskussionen om samverkan till stor del handlat om uppdelningen av ansvar och verksamhet mellan region och kommun, två olika geografiska nivåer av självbestämmande och styrning i den svenska statsapparaten. Uppdelningen av ansvaret mellan dessa aktörer bygger på en historisk tradition där landstingen (nuvarande regioner) varit ansvariga för medicinsk vård med inriktning på att bota (*cure*) medan kommunerna fått ta hand om omsorgen av dem som inte klarar att ta hand om sig själva (*care*). Denna uppdelning har dock kommit att förändras över tid.

När landstingen inrättades 1862 fick de ansvaret för att bygga och driva sjukhus inom sina respektive län. Innan dess hade de få sjukhus som fanns byggts av den nationella kungamakten. Omhändertagandet av äldre, som länge var en del av fattigvården, var kommunernas ansvar och innan deras tillkomst socknarnas ansvar. I praktiken var det de äldre som varken hade familjer som kunde ta hand om dem eller egna medel att köpa sig hjälp som hamnade i fattigvården. I den mån de ansågs behöva läkarvård sköttes detta främst av det statliga provinsialläkärväsendet (Gustafsson 1987). Inte förrän på 1940-talet skildes omsorgen om äldre organisatoriskt från fattigvården genom att regeringen ålade kommunerna att inrätta särskilda boenden för skröpliga äldre.

Hemtjänsten utvecklades under 1960- och 1970-talen och blev även den ett kommunalt ansvar (Antman 1994). Redan under denna period ansågs det att äldre mådde bäst av att stanna i sitt hem och få hjälp där om det var möjligt (Johansson och Thorslund 2014).

När den moderna sjukhusvården utvecklades och expanderade under samma period ökade även antalet äldre patienter. De som ansågs vara kroniskt sjuka, vilket gällde många äldre, hamnade efter behandling inom akutsjukvården ofta på den så kallade långvården. Långvårdsmedicin tillhandhölls antingen på särskilda avdelningar på sjukhusen eller på sjukhem i dåvarande landstingens regi. Dessa bemannades av läkare och annan vårdpersonal. Långvårdsmedicin blev 1969 en egen medicinsk specialitet, som senare bytte namn till geriatrik. Vanliga åkommor som behandlades inom långvården var demenssjukdomar, tumörsjukdomar samt tillstånd efter stroke.

Kritik riktades emellertid mot långvården för att äldre patienter blev liggande där onödigt länge, ofta ända till sin död, samtidigt som den sjukhusliknande miljön ansågs steril och passiviserande. Långvårdens utformning rimmade också illa med den nya socialtjänstlag som trädde i kraft 1982 och starkt betonade värdet av självbestämmande och ett aktivt liv så länge som möjligt för hjälpbehövande äldre. Samtidigt stärktes genom lagen den så kallade hemmaboendeideologin, som innebar att stöd och hjälp till äldre i möjligaste mån – och om de själva önskade – skulle ges i det egna hemmet snarare än på institutioner (Antman 1996).

Under 1980-talet blev frågan om ansvarsförhållandena mellan landstingen och kommunerna en alltmer omdebatterad fråga. Bakgrunden var de konflikter som ofta uppstod om vem som skulle ta hand om sköra och sjuka äldre som vårdats på sjukhus: regionernas långvård eller kommunernas socialtjänst. De så kallade långliggarna, äldre patienter som ansågs medicinskt färdigbehandlade men som blev kvar på sjukhusen i väntan på att sjukhemmen eller kommunerna skulle ta emot dem, sågs som ett problem också för att de upptog en relativt stor andel av sjukhusens sängplatser (Johansson och Thorslund 2014). Som en lösning på striderna om vem som var ansvarig för äldre sjukliga patienter som inte (längre) var i behov av akutsjukvård genomfördes den så kallade Ädelreformen 1992. En central målsättning med reformen var att göra slut på de oklara ansvarsförhållandena mellan regioner och kommuner gällande de äldre och i stället ge kommunerna ett samlat ansvar för denna grupp. I praktiken utvecklades långvården eller fördes över till kommunal regi, tillsammans med ansvaret för rehabiliterande insatser för de äldre patienterna. Kommunerna blev genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen ansvariga för den medicinska vården vid sina

boenden för äldre, dock med undantag av läkarvård, som även fortsatt förblev regionernas ansvar.

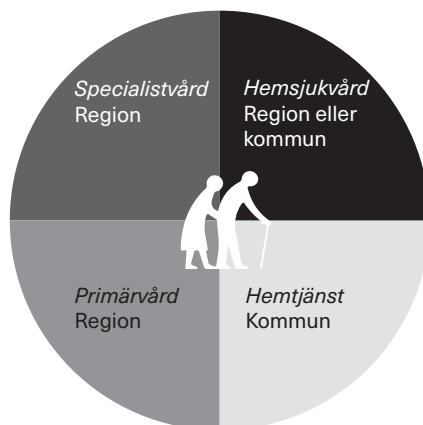
Genom den nya betalningsansvarslagen som var en del av Ädelreformen gjordes kommunerna ansvariga för vårdkostnaderna för äldre patienter som ansågs medicinskt färdigbehandlade efter fem veckodagar (helger och röda dagar ej inräknade), vilket skapade ett starkt ekonomiskt incitament att föra över dem till kommunen efter denna tid. Slutligen innebar Ädelreformen även att regionerna gavs möjlighet att överlåta ansvaret för sjukvård i hemmet till kommunerna, även detta med undantag för läkarvård. Ädelreformen innebar alltså att kommunernas utökade medicinska ansvar för de multisjuka äldre undantogs läkarvård, som även fortsatt blev regionernas ansvar. Därigenom kom gränssnittet mellan de båda huvudmännen att flyttas samtidigt som det återskapades i en ny skepnad, som till stor del handlade om läkarnas roll. Utvärderingar av Ädelreformen kom också relativt snabbt att peka på svårigheter med att hitta stabila former för läkarkonsultation inom kommunernas verksamhet och risken att äldre patienter med stora vårdbehov fick mindre läkartillsyn än i det tidigare systemet (Socialstyrelsen 1996).

Ansvarsuppdelning mellan region och kommun i dag

De 21 regionerna har det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla sjukvård till Sveriges befolkning i form av öppen och sluten vård. Undantaget är den sjukvård som kommunerna tillhandahåller på särskilda boenden för äldre samt inom den kommunala hemsjukvården. De 290 kommunerna är också ansvariga för att tillgodose behoven av service och omsorg hos äldre personer som inte själva kan göra det, exempelvis i form av på- och avklädning, personlig hygien och inköp. Äldre personer som inte kan bo hemma längre, kan ansöka om en plats på särskilt boende. Kommunerna är även ansvariga för sjukvårdande insatser vid de särskilda boendena, inklusive korttidsboenden där äldre personer kan vårdas en kortare tid, exempelvis efter utskrivning från sjukhus, och dagverksamhet för äldre.

Samtidigt som kommunerna enligt lagen är ansvariga för att tillgodose behovet av sjukvård vid boenden och dagverksamhet kan de inte själva anställa läkare utan måste avtala om läkarinsatser med re-

Figur 2. Ansvarsfördelning mellan region och kommun för vård- och omsorg till multisjuka äldre.



gionerna. Kommunerna har i dag i alla regioner utom Stockholm² avtalat om att bedriva hemsjukvård för äldre i eget boende. Även inom denna sjukvård gäller att kommunerna inte själva anställer läkare utan måste avtala om sådana insatser med regionerna eller någon annan läkarorganisation. Förutom den kommunala hemsjukvården finns i många regioner specialistvårdsteam som bedriver avancerad sjukvård i hemmet. Fördelningen av ansvar för multisjuka och sköra äldre mellan regionerna och kommunerna är alltså komplex. Den regleras juridiskt av flera lagar varav de viktigaste är hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30) och socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453). Utöver dessa finns lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, LUS (SFS 2017:612), patientdatalagen och patientsäkerhetslagen. Lagarna beskriver huvudmännens skyldigheter gällande olika typer av insatser, men de innehåller också skrivningar om hur huvudmännen ska samverka med andra myndigheter och organisationer. Ansvarsuppdelningen mellan region och kommun illustreras av figur 2.

2. I Region Stockholm har regionen fortsatt ansvar för hemsjukvården, utom i Norrtälje kommun.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ålägger regionerna att ha det övergripande ansvaret för all hälso- och sjukvård inom regionerna utom den som tillhandahålls av kommunerna. Lagen föreskriver också att regionerna ska sluta avtal med kommunerna om läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Läkarmedverkan omfattar både planerade uppgifter som regelbundna besök eller regelbunden konsultation vid exempelvis ett särskilt boende och akuta insatser som bedömningar vid försämrat tillstånd (16 kap. 1 § HSL). I HSL anges vidare att regionerna genom avtal kan överlåta ansvaret för sjukvårdande insatser i hemmet till kommunerna med undantag av sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Avtalen får även omfatta ansvaret för att tillhandahålla läkemedel och förbrukningsartiklar som krävs i samband med sjukvård. HSL reglerar också den sjukvård som ges av kommunerna i särskilt boende och inom den kommunala hemsjukvården. Samma bestämmelser om att vården ska vara »av god kvalitet« och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet som gäller för regionens sjukvård gäller även för kommunerna i deras roll som huvudmän för sjukvården. Liksom regionerna kan kommunerna genom avtal överlåta ansvaret för vården till andra organisationer men behåller i egenskap av huvudmän sitt övergripande ansvar för vårdens kvalitet.

En specifik bestämmelse i HSL som riktas mot kommunerna är att det ska finnas minst en medicinskt ansvarig sköterska (MAS) inom varje kommun som har det yttersta ansvaret för att kommunens sjukvårdande insatser bedrivs i enlighet med lagen och, som all sjukvård, håller god kvalitet. MAS verksamhet regleras särskilt i HSL, där förutom kvalitetskravet framgår att denna har ansvar för att patienten får den vård som läkare förordat, att medicinsk journal förs i enlighet med patientdatalagen, att det finns rutiner för läkemedelshantering och att läkare ska kontaktas när patientens tillstånd förändras (11 kap. 4 § HSL, 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen, HSF). MAS är också ansvarig för att delegering av uppgifter som kräver medicinsk utbildning till annan personal, exempelvis inom hemtjänsten, sker på ett sätt som är säkert för patienterna. Förutom en eller flera MAS kan kommunerna inom ett verksamhetsområde som främst omfattar rehabilitering utse en person som är medicinskt ansvarig för patienters rehabilitering (MAR), vilken kan vara fysioterapeut eller arbetsterapeut.

När det gäller samverkan anges i HSL att regionerna ska samverka

med andra samhällsorgan och vårdgivare i planeringen av hälso- och sjukvård. Regionerna och kommunerna ska också samverka så att patienter som får kommunal hälso- och sjukvård även får den övriga vård och behandling som deras tillstånd kräver, vilket kan innebära all typ av läkarvård, inklusive specialistvård, samt rehabilitering (I6 kap 2 § HSL).

SOCIALTJÄNSTLAGEN

Socialtjänstlagen (SoL) reglerar kommunernas ansvar när det gäller omsorg till äldre. I lagen stadgas att kommunerna genom sina socialnämnder ska se till att alla personer över 65 år som inte själva kan tillgodoses sina behov får omsorg och service. Med »omsorg« avses personlig omvårdnad som att få hjälp med att klä på sig, äta och sköta personlig hygien. Med »service« avses främst skötsel av hemmet, matinköp, matlagning eller måltider samt andra ärenden som den äldre inte kan sköta själv. Den enskilde ansöker om hjälp, varefter kommunens biståndsbedömare utreder behoven och om de uppfyller kommunens riktlinjer för att bevilja hjälp. Om ansökan om hjälp avslås, kan den enskilde överklaga i förvaltningsrätten. Socialtjänstlagen anger inte exakt vilken typ av tjänster som kan ges utan öppnar för att de kan vara av varierande art, givet den äldre personens behov och livssituation. Kommunerna får avtala bort utförandet av omsorg och service till andra aktörer men kvarstår alltid som huvudmän för den kommunalt finansierade omsorgen. Biståndsbedömning får inte utföras av någon annan än kommunen. I socialtjänstlagen anges att socialtjänstens insatser ska vara »av god kvalitet« och utföras av personer »med lämplig utbildning«. I praktiken lämnas ett stort utrymme till kommunerna själva att sätta upp kvalitativa mål för verksamheten liksom att ställa krav på personalens utbildning och lämplighet. En skillnad gentemot HSL är att SoL starkt betonar den enskilda brukarens självbestämmande och understryker att alla insatser bygger på frivillighet.

Även i SoL regleras samverkan med andra huvudmän och organisationer. Lagen säger att socialnämnden »vid behov« ska planera och genomföra insatser i samverkan med andra samhällsorgan. För att samordning av behandlingsplaner ska kunna ske måste dock den enskilda patienten ge sitt samtycke till att uppgifter delas med andra huvudmän. Både inom sjukvården och socialtjänsten finns lagstiftning som kräver att alla insatser riktade mot äldre dokumenteras. På grund av de skilda

lagrummen för hälso- och sjukvården och omsorgen måste dokumentationen ske separat, vilket i praktiken innebär att en äldre person som omfattas av både omsorgsinsatser och behöver medicinsk vård ska ha (minst) två journaler. Patientdatalagen är betydligt mer detaljerad än socialtjänstlagen när det gäller journalföring, men grundregeln i båda lagarna är att all legitimerad personal måste föra journal, vilket alltså även omfattar sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter inom kommunal verksamhet. Även vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation av legitimerad personal eller som biträder en legitimerad yrkesutövare omfattas av journalplikten. Socialtjänstlagen kräver dokumentation både av beslut om bistånd och löpande insatser som ges. Vid biståndsbeslut ska det upprättas en så kallad genomförandeplan som sedan ligger till grund för löpande journalanteckningar om insatser som ges. Både patientdatalagen och SoL har sekretessbestämmelser som innebär att information inte får delas med annan vårdgivare eller organisation om inte patientens samtycke har inhämtats.

Under våren 2022 presenterade regeringen ett nytt lagförslag som ska ge bättre möjligheter för regioner och kommuner att tillgängliggöra information mellan varandra, lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation (SFS 2022:913). Den nya lagen trädde i kraft den 1 januari 2023 och ersätter den tidigare patientdatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring. Den viktigaste skillnaden är att bestämmelserna om att vårdgivare får dela information om patienten samtycker nu även innefattar omsorgsgivare, både i kommunal och enskild regi. För att information ska kunna delas krävs att patienten eller omsorgstagaren samtycker, att det finns en pågående relation i form av behandling eller insatser och att uppgifterna som delas kan anses ha betydelse för dessa. Den nya lagen förväntas underlätta informationsdelningen mellan olika vård- och omsorgsgivare, även om det är frivilligt att ansluta sig till system med sammanhållen journalföring.³ Inom hälso- och sjukvården omfattar lagen alla patienter, inom socialtjänsten omfattas endast verksamheter som avser omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

3. SKR var kritiska mot denna del av lagförslaget när det presenterades och menade att det borde vara obligatoriskt för alla vård- och omsorgsgivare att tillgängliggöra relevant information om patienten samtycker till detta (SKR 2021).

Särskilda bestämmelser om samverkan mellan regioner och kommuner finns även i lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612), som antogs 2017. Denna lag reglerar samverkan vid utskrivning av patienter som behöver fortsatta insatser från både primärvård och kommunal omsorg och beskrivs utförligt längre fram under rubriken »Samverkanslagen«.

Avtal om samverkan mellan regioner och kommuner

I praktiken styrs mycket av samverkan mellan kommuner och regioner av avtal dem emellan. De vanligaste typerna av avtal gäller överlåtelse från region till kommun av rätten att bedriva hemsjukvård och regler om ersättning för detta samt avtal mellan kommun och vårdcentral om läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård eller på särskilt boende. Utöver detta finns specifika avtal gällande exempelvis demensvård, läkemedelshantering och nutrition. Avtalen är komplexa och föremål för löpande revidering. Ofta kan kommuner inom en region agera gemensamt som avtalspart till regionen genom ett så kallat kommunförbund, men avtalet ingås formellt med varje enskild kommun. Det är också vanligt att kommuner har enskilda avtal med regionen.

Avtal finns vanligen på två nivåer: övergripande avtal mellan huvudmännen samt lokala avtal mellan utförande organisationer, exempelvis kommunal hemsjukvård och en vårdcentral. I avtalen stipuleras exempelvis läkares tillgänglighet i form av planerade och akuta besök i hemmet och hur kostnaden ska fördelas när det gäller förskrivna läkemedel och hjälpmedel. En uppföljning av lokala avtal bland vårdgivare i Region Stockholm 2015 visade att avtalen i regionen hade blivit mer detaljerade över tid (Storsthlm och Stockholms läns landsting 2017). Sammantaget är arbetet med att utforma, följa upp och revidera avtal med olika samverkanspartners en resurskrävande verksamhet inom regioner och kommuner i dag. Flera nationella utvärderingar pekar mot att avtalen ofta upplevs som dåligt anpassade till verksamhetens krav (SKR 2020b, SOU 2022:41).

Politiska åtgärder för att förbättra samverkan i Sverige sedan 2000-talets början

MEST SJUKA ÄLDRE-SATSNINGEN

En av de mest omfattande satsningarna för att öka samverkan kring multisjuka äldre under senare år skedde inom ramen för den så kallade Mest sjuka äldre-satsningen som pågick under åren 2010–2014. Totalt investerade den dåvarande regeringen 4,3 miljarder kronor i satsningen i form av medel som fördelades till regioner och kommuner. Satsningen inbegrep fem förbättringsområden: ett mer preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god vård i livets slutskede, god läkemedelsbehandling för äldre samt mer sammanhållen vård och omsorg.

För att stimulera regioner och kommuner att försöka uppnå förbättringar inom fokusområdena fördelades medel för nya försöksverksamheter. Inom området sammanhållen vård och omsorg utvecklades nya verksamheter i många kommuner med inslag som mobila team med läkare och sjuksköterskor som besökte de äldre i deras hem och förbättrade utskrivningsprocesser från sjukhus. Den nationella äldre-samordnaren Eva Nilsson Bågenholm konstaterade i sin slutrapport till regeringen att av de fem målområdena hade det varit svårast att uppnå positiva effekter inom sammanhållen vård och omsorg (Socialdepartementet 2014). Flera uppföljningar gjordes kring Mest sjuka äldre-satsningen. Dessa visade i likhet med Bågenholms rapport inte så stora förändringar när det gällde samverkan, trots de många utvecklingsprojekten med denna inriktning (Socialstyrelsen 2012, Statskontoret 2014). Uppföljningarna visade också att det fortsatt fanns stora skillnader när det gällde undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar, både mellan geografiska områden och mellan vårdenheter och patientgrupper (Socialdepartementet 2014). Äldrecentrum⁴, Socialstyrelsen och Statskontoret påtalade i sina utvärderingar att resultatet av satsningen var otydligt och att det var svårt både att fastställa om förbättringar verkligen skett och att koppla eventuella förbättringar till den (Hagman 2014, Socialstyrelsen 2012, Statskontoret 2014).

4. Äldrecentrum är en fristående stiftelse som bland annat bedriver praktisk forskning och utredningsarbete.

Det är oklart om svårigheterna att bedöma effekterna av Mest sjuka äldre-satsningen berodde på felvalda indikatorer, att utvärderingen gjordes för tidigt eller att satsningarna helt enkelt inte ledde till tydliga förbättringar av samverkan (Socialdepartementet 2014). Annan forskning har visat att många av de samverkansprojekt som bedrevs på äldreområdet under denna tidsperiod inte fick någon fortsättning utan avvecklades när stimulansmedlen tog slut. Flera av dem byggde dessutom på så kallade eldsjälar och första linjens chefer snarare än på aktivt engagemang i ledningen, vilket kan ses som en sårbar konstruktion för organisationsförändringar (Åhlfeldt 2017).

Lokala initiativ för att stärka samverkan kring multisjuka äldre

Det finns även ett antal lokala organisationsförändringar som blivit nationellt kända. I det följande beskrivs fyra av dessa: Borgholmsmodellen, Norrtäljemodellen, Esther och Skaraborgsmodellen.

BORGHOLMSMODELLEN: HEMSJUKHUS OCH HEMBESÖK AV VÅRDCENTRALEN

I Borgholm på Öland påbörjades i slutet av 2014 ett förändringsarbete för att förbättra arbetsmiljön för vårdcentralens personal och samtidigt stärka samverkan mellan olika vårdnivåer för kommunens äldre invånare. Ett inslag i modellen var »Hemsjukhuset« som innebar en närmare samverkan mellan kommunens hemsjukvård och vårdcentral kring de mest sjuka äldre patienterna. Bland annat har vårdcentralens läkare en timme avsatt per dag för att kunna göra akuta hembesök hos patienter där tider kan bokas direkt av kommunens sjuksköterskor.

För att förbättra arbetsmiljön och säkerställa en fast läkarbemanning sattes också ett listningstak på 1 000 patienter per läkare på kommunens vårdcentraler (SKL 2018b). Utöver detta har Borgholmsmodellen inneburit att nya former av egenvård vidareutvecklats, bland annat genom ett projekt där 20 patienter med hjärtsvikt har genomfört egenmonitorering av puls, vikt och blodtryck som rapporteras till vårdcentralen och följs upp av en distriktssköterska (Ström 2018). Andra delar av Borgholmsmodellen är mer inriktade på att förbättra arbetsmiljön för personalen. Ett exempel på detta är »medarbetarteamen« där alla yrkeskategorier inom vårdcentralen träffas i grupper för att diskutera

utvecklingsområden i verksamheten. Än så länge har Borgholmsmodellen inte utvärderats vetenskapligt men enligt en intern rapport från Region Kalmar 2019 finns vissa belägg för att modellen har minskat behovet av sjukhusvård för patienter med hemsjukvård (Söderlindh m.fl. 2019). I rapporten framkommer bland annat att för hemsjukvårdspatienter över 75 år vid Borgholms hälsocentral har antalet slutenvårdstillfällen, besök på akutmottagning och annan vårdkonsumtion minskat medan trenden för hemsjukvårdspatienter vid länets övriga vårdcentraler varit den motsatta.

SKARABORGSMODELLEN: MOBIL NÄRVÅRD

En annan modell som blivit känd är den så kallade Skaraborgsmodellen som bygger på mobil närvård för de mest sjuka äldre och personer med sammansatta vårdbehov. Modellen introducerades 2008 i Skaraborg och infördes 2015 i hela Västra Götalandsregionen (Ström 2019a, Kron 2019, SKR 2020c). Syftet var att minska onödiga sjukhusvistelser och i stället göra det möjligt för patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att få individanpassad, trygg och samordnad vård i det egna hemmet (Västra Götalandsregionen 2019, 2022). Den mobila närvården består av två olika team som vårdar patienterna i hemmet: ett basverksamhetsteam bestående av kommunal vårdpersonal och läkare från vårdcentral som gör hembesök dygnet runt och ett specialistvårdsteam (Kron 2019). Utvärderingar av modellen tyder på att goda effekter har uppnåtts. En studie som bygger på intervjuer med sjuksköterskor drog slutsatsen att Skaraborgsmodellen haft positiva effekter på samverkan mellan professionerna i form av ökad tillit, vilket lett till att beslutsvägarna blivit kortare (Hovlin m.fl. 2021). Svante Lifvergren, Chalmersforskare och kvalitetschef på Skaraborgs Sjukhus, visade i sin avhandling 2013 att de mobila teamen i Skaraborgsmodellen minskade vårdkonsumtionen för multisjuka äldre med 90 procent (Lifvergren 2013). Enligt Västra Götalandsregionens egna utvärderingar har besök på akutmottagningar och inläggningar på sjukhus minskat med cirka 20 procent för patienter med mobil hemsjukvårdsläkare och med mer än 50 procent för patienter i närsjukvårdsteamet (Kron 2019).

Men Skaraborgsmodellen har inte bara hyllats. År 2019 rapporterade Läkartidningen om att Skaraborgsmodellen var på väg att kollapsa genom att alla fast anställda läkare i Skaraborg sagt upp sig på grund av dålig arbetsmiljö och bristande stöd från Skaraborgs Sjukhus (Ström

2019b). Ett annat problem som påtalats är att personalen även fortsatt är anställd i olika organisationer med olika arbetssätt som följd (Hovlin m.fl. 2021).

ESTHER-MODELLEN: GEMENSAM VERKSAMHETSLEDNING OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

Ett annat exempel på en lokal organisationsmodell i syfte att förbättra samverkan kring äldre är ett samarbete – kallat Esther – mellan kommunerna, vårdcentralerna och specialistvården som utvecklats i Region Jönköping. Grundarna av modellen använde den symboliska personen Esther som inspiration för att flytta fokus från den egna organisationen till vad som är bäst för en äldre patient med komplexa vårdbehov. Esther-modellen beskrivs som ett nätverk för personcentrerad vård med en gemensam ledningsgrupp där chefer från kommunerna, sjukhusen och vårdcentralerna ingår (Gray m.fl. 2016). Arbetet inom nätverket har resulterat i flera organisatoriska förändringar såsom en förstärkt utskrivningsprocess (innehållande exempelvis check-listor och en systematisk uppföljning inom 72 timmar), fast husläkare i primärvården och direktinläggning på sjukhusklinik vid behov. Inom nätverket finns även rutiner för en samordnad vårdplanering som exempelvis att det ska finnas en särskild vårdsamordnare på vårdcentralen (Gray m.fl. 2016).

Som stöd i nätverkets utvecklingsarbete finns så kallade Esther-coacher, klinisk och administrativ personal som har gått en särskild utbildning i ett patientorienterat arbetssätt. Nätverket har också skapat nya mötesplatser, så kallade Esther-caféer, där personal från olika verksamheter kan träffas för att dela erfarenheter under ledning av Esther-coacherna (Gray m.fl. 2016, Vårdanalys 2017). Utöver detta har ett digitalt simuleringsprogram utvecklats, Esther SimLab, där personalen kan öva på simulerade utskrivningsprocesser och andra samverkansprocesser (Region Jönköpings län 2022).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömde 2017 att Esther-modellen bidragit till att minska komplexiteten i samordningen mellan kommuner, dåvarande landsting och professioner (Vårdanalys 2017). Forskare har dock påpekat att de positiva resultaten från utvärderingar av Esther ska tolkas med viss försiktighet eftersom de inte kan anses vetenskapligt genomförda. Bilden kompliceras också av att flera olika organisationsförändringar genomfördes samtidigt, vilket gör det

svårt att veta exakt vilken förändring som gett vilket resultat (Gray m.fl. 2016). Esther-modellen har även fått internationell spridning. År 2016 grundades ett Esther-nätverk i Singapore som i september 2021 hade utbildat vård- och omsorgspersonal inom 72 organisationer (Sing-health 2022). Esther implementerades även på ett vårdboende i Kent, Storbritannien 2016 (Think Local Act Personal 2020). I en fallstudie från 2018 beskrevs hur vårdboendets nya arbetssätt har lett till ett mer personcentrerat förhållningssätt, vilket anses ha förbättrat boendets kvalitet och resursanvändning (Leading Change 2018).

NORRTÄLJEMODELLEN: GEMENSAMT BOLAG FÖR REGION OCH KOMMUNER

Norrtäljemodellen, även kallad Tiohundraprojektet, startade redan 2005 när Stockholms läns landsting tillsammans med Norrtälje kommun genomförde en organisatorisk förändring där Norrtälje sjukhus, primärvården och den kommunala verksamheten för vård och omsorg samlades i ett gemensamt bolag, Tiohundra AB. Samverkan på politisk ledningsnivå utgick från en gemensam nämnd (Tiohundanämnden) med ledamöter från både landstinget och kommunen samt en tillhörande förvaltning. Genom att samla vård- och omsorgstjänster i ett gemensamt bolag avsåg man genom modellen att underlätta patient-nära samverkan genom sammanhängande vårdkedjor och ökad kontinuitet. Denna förändring innebar att Norrtäljemodellen kom att bli Sveriges mest integrerade vårdssystem, där gränsen mellan region och kommun upplöstes (Øvretveit m.fl. 2010, Vårdanalys 2017).

I en utvärdering på uppdrag av Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun från 2012 konstateras att det gemensamma ägandet av Tiohundra sannolikt har underlättat arbetet över huvudmannagränserna, men att eventuella effekter är svåra att uppskatta på grund av det samtida införandet av valfrihet inom äldreomsorg och primärvård samt kommunaliseringen av hemsjukvården. Tiohundraprojektet har även undersökts i minst två vetenskapliga studier under senare år. I en studie från 2020 följer författarna antalet besök på akutmottagningar för invånare över 65 år i Norrtälje kommun under perioden 2000–2015. Resultaten från studien visar en stigande trend i antalet besök vid akutmottagningar under studieperioden men att införandet av Tiohundramodellen medförde att ökningen blev svagare än den annars skulle ha varit (Doheny m.fl. 2020). I en liknande studie

från 2021 studerades patienter med sjukdomar som karaktäriseras av sjukdomstillstånd där sjukhusinläggningar kan undvikas vid adekvat behandling inom primärvård och specialiserad öppenvård. Resultaten indikerar att antalet sjukhusinläggningar för patientgruppen minskade i högre grad för invånare i Norrtälje jämfört med övriga Stockholm under perioden 2000–2011 men effekten var inte statistiskt signifikant (Agerholm m.fl. 2021).

Övriga organisationsförändringar för ökad samverkan

Förutom de satsningar på lokala modeller för samverkan som beskrivits ovan har sedan 2000-talets början en rad separata organisationsförändringar med samma syfte initierats i Sverige. De som mest återkommande refereras i myndighetsrapporter är mobila närvårdsteam, vårdkoordinatorer, trygg hemgång, gemensamma nämnder på politisk nivå samt vårdcentraler med utbyggd samverkan med den kommunala hemsjukvården.

Mobila närvårdsteam är vanligen organiserade av primärvården men har tät samverkan med den kommunala hemsjukvårdens sjuksköterskor. De erbjuder läkarvård i hemmet till patienter som har eget boende men som har svårt att ta sig till vårdcentral. Om närvårdsteamet är tillgängliga dygnet runt (eller om det finns akut läkarbedömning av annat slag) kan de motverka att äldre skrivs in akut på sjukhus om det inte är nödvändigt. Närvårdsteamet, som alltså tillhandahåller allmänmedicinsk vård men inte annan specialistvård (för detta finnas det ofta andra mobila team) skapar genom att de besöker patienterna i hemmet en egen arena för samverkan mellan kommun och region. Mobila närvårdsteam finns i flera regioner, exempelvis i Region Skåne och Region Uppsala.

Vårdkoordinatorer är en funktion som introducerats på vårdcentraler för att hjälpa äldre patienter och anhöriga som har många vårdkontakter. I vissa regioner benämns de »vårdlots«. Vårdkoordinatorer spelar ofta en viktig roll som samordnare när patienter skrivs ut från sjukhus och ansvaret övergår till primärvården. Vårdkoordinatorer kan även finnas på sjukhusavdelningar och inom hemsjukvården.

Trygg hemgång är en benämning på extra insatser som ges från kommunens sida i samband med att äldre patienter skrivs ut från sjukhus

med behov av fortsatta omsorgsinsatser. Trygg hemgång syftar till att överbrygga det »glapp« som ibland uppstår när patienten ska slussas från slutenvård till hemtjänst i eget boende men kanske fortfarande är medtagen och/eller i behov av rehabilitering.

Ett hemgångsteam består vanligen av erfarna undersköterskor som är specialutbildade i ett rehabiliterande arbetssätt och som planerar hemgången från sjukhuset och koordinerar alla nödvändiga vård- och omsorgskontakter (hemtjänst, primärvårdsinsatser, rehabilitering, arbetsterapeut, hjälpmedel, matleveranser etc.). Hemgångsteamet står vanligen för omsorgs- och serviceinsatser som behövs direkt efter återkomsten till hemmet men fasar sedan ut sig efter 1–2 veckor så att insatsen övergår till ordinarie hemtjänst eller upphör. Ett övergripande syfte med trygg hemgång är, förutom att öka patienternas trygghet, att minska behovet av vård- och omsorgsinsatser på sikt genom att se till att rehabiliteringen kommer i gång och att beslutade vård- och omsorgsinsatser i hemmet fungerar tillfredsställande.

Trygg hemgång som organisationsmodell beskrivs i en rapport från SKL 2017, då 119 kommuner tillämpade detta arbetssätt. Vilka patienter som omfattades av dessa insatser varierade emellertid (SKL 2017). SKR noterar i rapporten att trygg hemgång kan ses som ett »effektivt verktyg« för att förbättra omsorgen och att det finns flera exempel på kommuner som på detta sätt minskat återinskrivningar samt behov av korttidsvård, hemsjukvård och hemtjänst (s. 7–10). Få systematiska utvärderingar av trygg hemgång verkar dock ha gjorts och begreppet tycks rymma delvis olika typer av insatser. I en forskningsöversikt från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstateras att det inte finns något entydigt stöd i den internationella forskningen för att insatser motsvarande trygg hemgång motverkar återinskrivning på sjukhus (SBU 2021). En slags motsvarighet till trygg hemgång inom slutenvården är *förstärkt utskrivning*, vilket tillämpas på flera platser i landet inom geriatriken. Förstärkt utskrivning innebär vanligen att ett mobilt hemgångsteam från den geriatriska avdelning där patienten vårdats följer upp patienten i hemmet efter utskrivning samt sköter kontakter med patientens läkare i öppenvården.

Gemensam nämnd inom vård och omsorgen syftar på samverkan på den politiska styrningsnivån genom att kommun- och regionpolitiker sitter i gemensamma beslutsorgan. Ett exempel där huvudmännen är fortsatt organisatoriskt åtskilda men har en särskild nämnd för sam-

verkan är Region Sörmland. Införandet av gemensamma nämnder och förvaltningsorgan är kanske det mest långtgående exemplet på att man försöker överbrygga klyftan mellan den regionala vården och den kommunala omsorgen på ledningsnivå, men tycks inte ha utvärderats systematiskt. I en rapport från SKR noteras att det finns en risk att gemensamma nämnder medför ett omfattande administrativt förnyelsearbete som tar resurser från själva verksamheten utan att integrationen på verksamhetsnivå förbättras (SKR 2020b).

Vårdcentraler med utbyggd samverkan med hemsjukvården kan ses som en samlad beteckning för vårdcentraler som, exempelvis i glesbygd, utvecklar nya samarbetsformer med kommunerna för att säkra tillgången på läkarresurser. Utvecklingsarbetet drivs av att det ofta är extra svårt för kommuner i glesbygdsområden att få till stånd läkarmedverkan i hemsjukvården, dels på grund av avstånden, dels på grund av bristen på allmänläkare. En lösning kan då vara att hemsjukvården lokaliseras tillsammans med vårdcentralen, vilket skapar ökad närhet till de knappa läkarresurserna. Ett exempel på detta är Övertorneå, där vårdcentralen också erbjuder vårdplatser där patienter kan läggas in i väntan på bedömning och vidare transport till sjukhus. I många glesbygdsområden har det också utvecklats digitala lösningar som möjliggör utökad samverkan mellan den kommunala hemsjukvården och primärvården, exempelvis genom att sjuksköterskorna i hemsjukvården kan erhålla läkarstöd via surfplattor under hembesök hos patienterna. I en rapport från SKR konstateras att denna typ av utvecklingsarbete, som innebär att gränserna mellan kommunens och regionens verksamhetsområden blir mer flytande, skapar en välbehövlig flexibilitet. Ett problem som noteras är att den nuvarande lagstiftningen inte stödjer utan snarare bromsar denna typ av organisationsutveckling och att befintliga avtal mellan regioner och kommuner är dåligt anpassade till denna form av organisationsförändring (SKR 2020a).

Sammantaget kan man konstatera att det funnits stor lokal innovationskraft när det gäller förbättrandet av samverkan kring de mest sjuka äldre under de senaste decennierna i Sverige. Mängden nya organisatoriska och politiska lösningar är omfattande och svåröverskådlig. Gemensamma drag i de nya lösningar som prövats är att de har fokuserat på förbättrad samverkan mellan primärvård och hemsjukvård, och ibland även hemsjukvård och specialistvård från sjukhusens sida. Andra återkommande målsättningar är att undvika återinläggning på

sjukhus och att de äldre multisjuka patienterna i möjligaste mån ska få vård i sina hem.

Ett problem är att det ofta är svårt att förstå exakt hur modellerna har fungerat, givet deras komplexitet och föränderlighet över tid. Många av dem har funnits länge och kontinuerligt utvecklats i den lokala miljön. De myndigheter som försökt beskriva och utvärdera modellerna återkommer till att det saknas systematiska och vetenskapligt upplagda studier som gör det möjligt att mäta effekter (Vårdanalys 2016, 2017, SKR 2020c). Det är också svårt att jämföra modellerna, eftersom vissa inslag, som mobila team eller förstärkt stöd vid utskrivning från sjukhus, återkommer i flera av dem men i olika former och kombinationer med andra organisationsförändringar. En annan fråga som är svårbedömd är hur spridningseffekterna ser ut. I en SKR-rapport från 2020 konstateras att välfungerande lösningar ofta inte sprids effektivt mellan kommunerna (SKR 2020c). Samtidigt är det uppenbart att vissa inslag, som exempelvis trygg hemgång (ibland under annan beteckning) spridits till ett stort antal kommuner i landet.

Samverkanslagen

Under 2010 infördes nya bestämmelser i både HSL (16 kap. 4 §) och SoL (2 kap. 7 §) om att samverkan mellan vård- och omsorgsgivare skulle ske vid utskrivning av patienter och att en samordnad individuell plan (SIP) skulle upprättas på sjukhusen för patienter som hade behov av fortsatta insatser från både öppenvården och kommunen. Några år senare visade det sig att samverkan mellan vård- och omsorgsgivare fortfarande ofta brast vid utskrivning. Endast 19 procent av de äldre som skrevs ut från sjukhus under 2014 och var i behov av samordnade insatser hade fått en SIP upprättad (SOU 2015:20). Samma utredning visade att det var en risk för patientsäkerheten att vara inskriven i slutenvården längre än nödvändigt (SOU 2015:20). På uppdrag av riksdagen gjordes en ytterligare utvärdering 2017 av socialutskottet. Den visade att 2016 fanns rutiner kring SIP enbart i omkring hälften av landets kommuner, och kunskapen var bristfällig om när och hur SIP skulle användas (Socialutskottet 2017). Andra utvärderingar visade att många äldre patienter blev kvar på sjukhusen trots att de ansågs färdigbehandlade och att primärvården ofta inte deltog i samordningsmötena (Socialstyrelsen 2017, Vårdanalys 2016). För att åtgärda bristerna pre-

senterades 2017 en ny, mer samlad lagstiftning som skärpte kraven på samverkan vid utskrivning av patienter med behov av fortsatta insatser från kommun och öppenvård. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LUS (SFS 2017:612), omfattar alla patienter som skrivs ut från sjukhus och behöver fortsatta insatser från region och kommun. Den huvudsakliga målgruppen är dock äldre personer (Prop. 2016/17:106).

LUS består av två delar. Den första delen fastställer en kortare tidsperiod innan kommunernas betalningsansvar för färdigbehandlade patienter inträder (det vill säga ett förändrat betalningsansvar). Detta innebär att betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter redan efter tre dagar (alla dagar räknade) övergår till kommunerna i stället för som tidigare fem veckodagar. Detta ger kommunen incitament att snabbare möjliggöra patienters hemgång från sjukhus genom att ordna insatser i kommunen, såsom hemtjänst eller särskilt boende.

Den andra delen av lagen innebär en ny och tydligare reglering av hur samverkan ska organiseras vid utskrivning av patienter som kräver fortsatta vård- och omsorgsinsatser från båda huvudmännen. Genom detta har primärvården fått en ny och mer central roll vid utskrivningarna. Lagen anger att ett så kallat inskrivningsmeddelande ska skickas från slutenvården till primärvården så fort en patient skrivits in, i vilket en uppskattning görs om när patienten kommer att bli utskrivningsklar. När inskrivningsmeddelandet mottas ska primärvården börja planera för kommande insatser som även kan inkludera insatser från kommunen. Enligt lagen ska även en fast vårdkontakt i primärvården upprättas för patienter som skrivs ut från sjukhus och bedöms vara i behov av fortsatta vårdinsatser från både kommun och region. LUS föreskriver också att en samordnad individuell plan (SIP) ska erbjudas alla patienter som bedömts behöva insatser från både kommun och region efter utskrivning. Jämfört med lagändringen i HSL 2010 skriver man i LUS tydligare fram att SIP-mötet företrädesvis bör ske i hemmet, att det är den fasta vårdkontakten i primärvården som ska kalla till mötet, och att kallelsen ska ske senast tre dagar efter utskrivning. I den SIP som upprättas ska det enligt lagen framgå hur ansvarsfördelningen av olika arbetsinsatser ser ut mellan kommunen och regionen. Mötet ses som inledningen på en process där de berörda aktörerna kontinuerligt uppdaterar varandra och samordnar sin verksamhet. En viktig

skillnad i förhållande till HSL är att primärvården har fått en central roll i samverkansarbetet. Även om representanter från slutenvården är välkomna att delta på SIP-mötena är deras roll inte längre lika tydlig, främst eftersom mötena vanligen inte längre sker på sjukhusen utan i patienternas hem.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde 2020 en uppföljning av LUS baserad på dokumentstudier, databasstudier, enkäter till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och verksamhetschefer inom primärvård och socialtjänst. Många av de svarande ansåg att lagen inneburit positiva effekter för samverkan. Av de undersökta personalgrupperna ansåg dock personal inom primärvården i lägst utsträckning att förändringar hade skett i verksamheten efter reformens ikraftträdande (Vårdanalys 2020). Uppföljningen visade även att vårdtiden för utskrivningsklara patienter på sjukhus hade minskat stort (Vårdanalys 2020). Samtidigt påtalades i rapporten en risk med att äldre patienter skrivs ut för tidigt och att vård- och omsorgsinsatser i hemmet inte hinner komma på plats, vilket kan leda till återinskrivningar.

Personal inom både primärvården och kommunen angav i enkäten att de ansåg att patienter som skrevs ut efter LUS införande hade ett större vårdbehov än tidigare (Vårdanalys 2020). Att de kortade vårdtiderna efter lagens införande kan ha bidragit till ett ökat antal återinskrivningar stärks av resultaten i en rapport från Socialstyrelsen 2021 som visade en ökning av oplanerade återinskrivningar bland äldre patienter sedan 2017, trots satsningen på förstärkt samverkan (Socialstyrelsen 2021b). Även en forskarstudie från Uppsala universitet pekar mot att återinskrivningarna av äldre multisjuka patienter ökat i Sverige under senare år (Spangler m.fl. 2022).

När det gäller det nya förfarandet kring SIP visade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys studie att vissa förbättringar i planeringsprocessen vid utskrivning har kommit till stånd. En skillnad är att planeringen inför utskrivningen börjar tidigare än vad som skedde innan lagens ikraftträdande och att fler samordningsmöten sker i patientens hem. Fler planeringsmöten sker också i dag digitalt. Samtidigt uppgav en stor andel av de som besvarade enkäten att samordnade vårdplaner borde upprättas oftare än vad som skedde i praktiken (Vårdanalys 2020). Myndighetens uppföljning visade också att LUS införande bidragit till en osäkerhet om rutinerna kring vårdplaneringen

på sjukhuset. Planeringsmöten som tidigare hållits på sjukhuset innan patienten skrivits ut sköts i stället fram till att hållas vid ett senare tillfälle i patientens hem, vilket i vissa avseenden ansågs vara för sent (Vårdanalys 2020).

I en rapport från Socialstyrelsen 2021 framkom en liknande bild av att samordningen vid utskrivningar fortfarande ofta brister, även om vissa förbättringar noterades. Bland de hinder som pekades ut och som man bedömde bidragit till att andelen återinskrivningar var fortsatt hög, sågs bristande tillgänglighet till läkare inom hemsjukvården, låg kontinuitet i bemanningen på vårdcentralerna, brister i de gemensamma informationssystemen och bristande kompetens inom hemtjänsten (Socialstyrelsen 2021b). Uppföljningar visar alltså att samverkanslagen tycks ha resulterat i kortare vårdtider för äldre på sjukhus, men att effekterna på samverkan inte varit tillräckligt tydliga. Ett problem tycks vara att primärvården inte fullt ut kunnat uppfylla den roll som förväntades vad gäller att samordna insatserna kring multisjuka äldre vid utskrivning från sjukhus. Det kan också ifrågasättas om de två delarna i reformen, förkortad vårdtid och förbättrad samordning, riskerar att motverka varandra genom att kommunerna får mindre tid på sig att förbereda sina insatser innan patienten skrivs ut.

Omställningen till nära vård och förslag till ny äldreomsorgslag

I Sverige pågår sedan några år ett nationellt reformarbete som syftar till att ställa om hälso- och sjukvården mot vård i öppna vårdformer, eller »nära« vård. Syftet med reformen är att effektivisera resursanvändningen och möta de demografiska utmaningar som hälso- och sjukvårdssystemet står inför. Omställningen innebär bland annat att primärvården ännu mer tydligt än i dag ska utgöra basen i hälso- och sjukvården och att det ska ske en förskjutning av resurser från slutenvård vid sjukhusen till primärvården (SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29). Reformen genomförs av regionerna och kommunerna i enlighet med överenskommelser med regeringen i kombination med ekonomiska stimulansmedel. En central del i Nära vård-reformen är att vården utanför sjukhusen ska bli mer samordnad, vilket förutsätter ett förbättrat samarbete mellan regionernas primärvård och kommunernas hemsjukvård. Konkreta förslag gällande samverkan har hittills

varit att fler patienter ska få en individuell samordnad plan än de som omfattas av LUS och att tillgången till en fast vårdkontakt i primärvården ska öka samtidigt som kontaktpersonen får ett tydligare ansvar för samordningen av insatser kring patienten (SOU 2020:19). Uppföljningar hittills av reformarbetet visar att nya sätt att samverka utvecklats till följd av reformen, exempelvis ett utvecklingsarbete vad gäller fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i flertalet regioner (Socialstyrelsen 2021c). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade emellertid i en rapport 2021 att resultaten av reformarbetet varit begränsade så långt och att belägg för att resurser överförts från slutenvård till primärvård saknades (Vårdanalys 2021).

Andra föreslagna lagändringar som kan påverka förutsättningarna för samverkan mellan regioner och kommuner återfinns i den statliga utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner, som presenterades våren 2022 (SOU 2022:41). I utredningens slutbetänkande konstaterades att den nationella styrningen av äldreomsorgen är för svag och att samverkan mellan kommunala och regionala aktörer alltför ofta brister. Detta resulterar, ansåg utredningen, i att äldre som omfattas av kommunala vårdinsatser inte får tillräcklig tillgång till medicinsk kompetens. Utredningen konstaterade också att det råder brist på sjuksköterskor inom den kommunala sjukvården och att alltför långtgående delegering av ansvar sker till omsorgspersonal utan medicinsk utbildning (SOU 2022:41, s. 453). Situationen bedömdes vara särskilt dålig för äldre i ordinärt boende. Utredningen ansåg att de övergripande avtal som ingås mellan region och kommun ofta är otydliga och inte fungerar väl som ett styrinstrument för de lokala avtalen. Avtalen följs också alltför sällan upp. Konsekvenserna blir brister och alltför stora olikheter i tillgången till läkarinsatser för multisjuka äldre (s. 425ff). En slutsats i utredningen var att den nationella lagstiftningen behöver stärkas för att få till stånd en fungerande samverkan mellan kommuner och regioner. Utredaren noterade att det sägs i både HSL, SoL och LUS att huvudmännen ska samverka, men inte *hur* denna samverkan ska ske.

Utredningen kom med en rad förslag för att stärka samordningen mellan kommuner och regioner och öka tillgången till medicinska insatser för äldre patienter med kommunala vårdinsatser. Ett var att HSL direkt ska reglera innehållet i avtal om läkarmedeverkan i kommunal sjukvård avseende områden som tillgång till läkarinsatser (ska finnas

dygnet runt), hembesök av läkare vid behov, läkemedelsgenomgångar och handledning och konsultation för kommunens sjuksköterskor. Ett annat förslag var att ansvaret för samverkan på huvudmannanivå ska tydliggöras genom att en särskilt ledningsansvarig person i kommunens primärvård samt i regionen tillsätts. Utöver detta föreslogs att tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen ska stärkas genom mer reglerad läkarmedverkan och fler sjuksköterskor. Vidare föreslås att kommunerna ska utse en fast vårdkontakt när patienter skrivs in i den kommunala hemsjukvården för att åstadkomma bättre planering och samordning av vården (SOU 2022:41).

Sammanfattning

Det har genomförts en lång rad reformer inom den svenska sjukvården och omsorgen under de senaste decennierna för att förbättra samverkan kring de multisjuka äldre. Den stora mängden förändringar och initiativ, varav många lokalt initierade, gör det svårt att få en överblick av hur samarbetsformerna på verksamhetsnivå ser ut i dagsläget eller vilka reforminslag som är mest effektiva. Det är också svårt att få en bild av hur olika reforminslag samspelar och i vilken kombination de uppträder lokalt. Till detta kommer Nära vård-reformen, som ännu inte har implementerats fullt ut. En av de komponenter som identifierades som mest central för att förstå hur samverkan fungerar i rapportens första del var »gränser«. Utifrån de erfarenheter som beskrivits här är det tydligt att det framför allt är två gränser som samverkansproblematiken kring multisjuka äldre i dag kretsar kring: gränsen mellan slutenvård och öppenvård, som aktualiseras vid utskrivning samt (åter) inskrivning, och gränsen mellan regional primärvård och kommunal hemsjukvård. I det första fallet har man sökt förbättra samverkan genom LUS och lokala reforminslag som förstärkt utskrivning (slutenvården) eller trygg hemgång (kommunerna). Utöver detta finns försök med reformer som syftar till att integrera öppen- och slutenvård, som Norrtäljemodellen. Förutom den senare, där några uppföljande studier publicerats, är det fortfarande oklart i vilken utsträckning dessa reforminslag faktiskt kunnat överbrygga gränsen mellan öppen- och slutenvård. När det gäller LUS står klart att den del som fått tydligast genomslag är den som skapar incitament hos kommunerna att snabbt

ta hem färdigbehandlade äldre patienter, vilket kortat vårdtiderna men skapar mindre tid för planering och samverkan hos den öppna vårdens aktörer.

Den andra gränsen som ständigt aktualiseras i diskussioner om samverkan i Sverige är den mellan regionens primärvård och den kommunala hemsjukvården, som läkare måste röra sig över i enlighet med de avtal som skrivs. Ända sedan Ädelreformen 1992 har trenden varit att kommunernas medicinska ansvar successivt ökat samtidigt som läkarevården legat kvar hos regionerna. En rad utredningar även under de senaste åren har argumenterat för att denna gräns, som alltså gäller läkarprofessionen specifikt, ska upprätthållas. Samtidigt uttrycks ofta en frustration från kommunala företrädare att läkarnas medverkan i hemsjukvården inte fungerar tillfredsställande. Flera rapporter från SKR, och även Läkarförbundet, förstärker bilden av att detta är en akilleshäla i samverkanssammanhang (SKR 2020a, 2020b, Läkarförbundet 2013) och att läkarnärvaron behöver förstärkas i den kommunala sjukvården.

När Coronakommissionen presenterade sitt delbetänkande *Äldreomsorgen under pandemin* (SOU 2020:80) menade man att samverkansbristerna var så allvarliga att kommuner borde få rätt att själva anställa läkare. I den utredning som 2022 presenterade ett förslag till ny äldreomsorgslag (SOU 2022:41) avvisades detta förslag, men man underströk behovet av större medicinsk kompetens inom den kommunala vården genom ökad läkarmedverkan och fler sjuksköterskor. Samtidigt har gränsen mellan regional och kommunal primärvård luckrats upp i flera lokala reformprojekt, som exempelvis Skaraborgs- och Borgholmsmodellerna. Bristen på systematiska utvärderingar av modellerna gör det emellertid svårt att veta om dessa inslag verkligen har förbättrat samverkan och i så fall på vilket sätt.

3. Vad säger den internationella forskningen?

I detta kapitel ges en översiktlig bild av hur problem och lösningar kring samverkan har diskuterats inom den internationella forskningen. Det är främst forskning om *sjukvårdens organisation*; exempelvis hälso- och sjukvårdsforskning och vårdvetenskaplig forskning (health services research, health management och care science) som är aktuell. Studier som undersöker medicinska interventioner och utfall inkluderas inte. Syftet med översikten är att ge en bild av hur den internationella forskningen har formulerat och undersökt problem kopplade till samverkan kring multisjuka äldre, vilka åtgärder och organisatoriska förändringar som införts och studerats och vilka resultaten varit. Detta forskningsfält är omfattande och fragmenterat eftersom man studerar olika aspekter av samverkan kring multisjuka äldre samt mäter resultaten på olika sätt. Huvuddelen av de artiklar som refereras har varit kvantitativt orienterade, vilket innebär att de på ett systematiskt sätt försökt mäta eller uppskatta effekterna av organisatoriska förändringar. Det vanligaste upplägget har varit att studera införandet av så kallade interventioner, det vill säga en slags experimentsituation där forskarna själva initierar eller följer ett nytt sätt att arbeta inom sjukvården i syfte att förbättra koordinering och samverkan. Interventionerna kan vara av olika storlek, från en större reform till (vanligare) mindre organisationsförändringar såsom införandet av ett nytt teamsamarbete eller IT-system. Vissa interventioner fokuserar endast på patienter med specifika diagnoser, exempelvis hjärtsvikt. Vi har uteslutande tagit med studier som rör äldre patienter (65+).

Tillvägagångssättet för att hitta relevant litteratur har varit sökning-
ar i akademiska databaser, främst sökmotorerna Google Scholar, Pub

Med och Scopus. Sökningen har byggt på sökord som »coordinated care«, »integrated care«, »transitional care« kombinerat med begreppen »elderly«, »old people«, »multimorbid« eller »frail«. Vi har i huvudsak begränsat oss till översiktsartiklar som sammanfattar resultaten från ett flertal olika vetenskapliga studier. Samtliga artiklar har undergått så kallad *peer review* och är publicerade i välrenommerade vetenskapliga tidskrifter, vilket innebär att de granskats av andra forskare och därmed kan anses ha en viss kvalitetsstämpel. Huvuddelen av den litteratur vi redovisar återfinns inom det forskningsområde som benämns *coordinated care* och *integrated care* eller på svenska samordnad vård. Utöver detta har vi även inkluderat en underkategori inom denna litteratur som handlar om vårdövergångar (*transitional care*), det vill säga när patienter flyttas mellan olika vårdgivare eller från sjukvård till social omsorg. Åtskillnaden mellan samordnad vård och vårdövergångar svarar även väl mot de olika samordningsproblem som oftast diskuteras i Sverige; där samordnad vård berör personer i eget boende med multipla insatser från region och kommun och vårdövergångar handlar om utskrivningsprocesser från sjukhus till hemmet eller särskilt boende.

Flertalet av artiklar som redovisas nedan bygger på en typ av kvasi-experimentella studier där deltagare väljs ut för att ingå i försök med en ny arbetsmetodik eller organisationsförändring i syfte att förbättra samverkan och sedan jämförs med en liknande grupp individer, exempelvis från en närliggande kommun eller region, där man inte har infört samma organisationsförändring. Denna studietyp har inte lika stor tillförlitlighet som randomiserade studier, där deltagarna slumpmässigt fördelas i olika grupper. Randomiserad gruppfordelning anses dock av många inte vara etiskt försvarbar när det gäller multisjuka äldre eftersom detta gör att de som blir »kontroller« inte får tillgång till de nyaste insatserna. En annan vanligt förekommande forskningsmetod bland de artiklar som refereras är så kallade före-efter-studier där man mäter en viss effekt före och efter en samverkansintervention.

Huvuddelen av den forskning som redovisas kommer från USA och Kanada, följt av Europa (mestadels Storbritannien) och Australien. Endast ett fåtal av exemplen är hämtade från de nordiska länderna. I stort sett alla samverkansprogram som beskrivs i översiktsartiklarna är komplexa och innehåller olika typer av interventioner i syfte att förbättra samverkan. I dessa ingår oftast ett flertal komponenter som

kombineras på olika sätt, exempelvis vårdkoordinatorer, multiprofessionella team och nya IT-lösningar.

Ökat internationellt intresse för samverkan kring multisjuka äldre

Den internationella forskningen om samverkan kring multisjuka äldre har ökat stort under det senaste decenniet, vilket inte minst illustreras av den mängd vetenskapliga artiklar som publicerats. Behovet av att skapa mer integrerade lösningar hänger samman med att befolkningen blir äldre och därför har mer sammansatta vårdbehov som kräver insatser från flera vårdgivare och omsorgssektorn. Detta är en fråga som under senare år kommit att uppmärksammas, inte minst av internationella organisationer som WHO och OECD. I en rapport från 2018 konstaterar WHO att det i dag råder en obalans eller bristande anpassning i många av världens sjukvårdssystem eftersom de konstruerats i en tid när de flesta vårdbehov handlade om enstaka diagnoser som kunde åtgärdas genom akutsjukhusvård och medicinering. I dag, när befolkningar världen över åldras, är tvärtom de flesta vårdtillfällen kopplade till kroniska sjukdomar hos äldre, som dessutom ofta uppträder tillsammans med andra diagnoser och sociala omsorgsbehov (WHO 2018). Detta innebär att flera vård- och omsorgsgivare kopplas in, vilket leder till ökad fragmentisering i vårdkedjan och bristande överblick över patienternas behov. Orienteringen mot akutsjukvård leder också till att man missar att åtgärda problem som är grundläggande för en äldre persons hälsoutveckling, som muskelstyrka, inkontinens och förmåga att sköta sin dagliga livsföring (WHO 2018).

I många länder, till exempel USA och England, har man under senare år infört större program för att förbättra samverkan mellan olika vård- och omsorgsaktörer. I USA har det exempelvis inom ramen för det nationella programmet Medicare införts så kallade *Accountable Care Organisations* (ACOs) för äldre, där både finansieringen och produktionen av vården sker i integrerade vårdssystem. I stora nätverk koordineras sjukhus, primärvårdsenheter och äldreboenden som mot en prestationsersättning producerar vårdtjänster enligt en viss kvalitetsstandard (McWilliams m.fl. 2016, D'Aunno m.fl. 2018, Kaufman m.fl. 2019). I England har man nyligen lagstiftat om att införa så kallade *Integrated Care Organisations* (ICOs) som i flera avseenden

liknar de amerikanska ACO-nätverken (NHS 2022). Även i Europa har initiativ tagits för att stärka samverkan kring multisjuka äldre. Exempel på två mer omfattande program är SELFIE, som inkluderar åtta EU-länder (Leijten m.fl. 2018), och SUSTAIN, som även det inbegriper åtta EU-länder (De Bruin m.fl. 2018). Båda programmen syftar till att stärka samverkan kring multisjuka äldre och drivs inom ramen för olika EU-forskningsprojekt. De europeiska samverkansinitiativen berör vanligen mer avgränsade delar av sjukvården snarare än hela landet (Goodwin 2016, Amelung m.fl. 2021, Briggs m.fl. 2018).

Samverkansprogrammets innehåll

Ett första steg i vår översikt är att försöka kategorisera vilka komponenter som ingår i de olika samverkansinterventionerna och hur de beskrivs. De vanligast förekommande visade sig vara multiprofessionella team (*multi-professional teams*), vårdkoordinatorer (*case-managers*) och geriatriska behovsbedömningar (*comprehensive geriatric assessments*, CGA). Ytterligare komponenter som återfanns i de undersökta samverkansprogrammen var utbildning av personal och patienter, läkemedelsgenomgångar och systematiska riskbedömningar av patienter. Nedan beskrivs de vanligaste komponenterna mer ingående.

MULTIPROFESSIONELLA TEAM

Multiprofessionella team bygger på att olika professioner arbetar nära tillsammans under gemensam ledning för att bättre kunna bedöma och tillgodose multisjuka äldre personers behov. Exempel på professioner som ingår i teamen är sjuksköterskor, distriktsläkare, fysioterapeuter, och socialsekreterare. Arbetet i multiprofessionella team handlar oftast om patientnära vård, exempelvis olika former av vårdplanering, läkemedelsgenomgångar samt bedömningar av fysisk och kognitiv funktionsförmåga. Ibland sysslar teamen även med frågor på mer övergripande nivå, exempelvis genomgångar av gemensamma vårdprogram eller utbildningsinsatser (Briggs m.fl. 2018). En allt vanligare form av multiprofessionella team är de som åker hem till de äldre patienterna (Fristedt m.fl. 2019). Mobila team innebär att patienten slipper ta sig till läkare eller akutmottagning och därmed undviker sjukhusburna infektioner och/eller stress kring förflyttning.

Forskningen tyder på att samverkan i team är uppskattat av de med-

verkande professionerna och bidrar till professionell utveckling (Kassianos m.fl. 2015). Studier har visat att särskilt kommunikationen mellan professionerna förbättrades samt att man kände ett ökat gemensamt ansvar för patienterna (Looman m.fl. 2021, Mascia m.fl. 2021). Samtidigt visar flera studier att samverkan genom multiprofessionella team kan vara resurskrävande. Vissa deltagare rapporterade exempelvis att tidsåtgången ökade på grund av fler möten och extra administration (Wieser m.fl. 2019, Janse m.fl. 2016). Andra studier pekar mot att även om multiprofessionella team innebär ett ändrat arbetssätt förefaller de inte påverka de professionella rollerna eller hierarkierna (Harris m.fl. 2013, Lusardi och Tomelleri 2018, Tousijn 2012). Patienterna beskrivs överlag ha en positiv inställning till multiprofessionella team även om det inte alltid var uppenbart för dem vad teamen gjorde (Hughes m.fl. 2020).

VÅRDKOORDINATORER

Den näst vanligaste komponenten i de olika samverkansprogram som studerats är införandet av särskilda vårdkoordinatorer som ansvariga för att koordinera den äldres vård- och omsorgsaktiviteter (Trivedi m.fl. 2013, Baird och Fraser 2018, Douze m.fl. 2022). Vårdkoordinatorn är oftast sjuksköterska. Hughes m.fl. (2020) beskriver i sin översiktsartikel att vårdkoordinatorerna, som vanligen är verksamma på motsvarande kommunal nivå, även bedriver förebyggande vård och verkar för att stärka patienternas egenvård. I flera av de studerade samverkansprogrammen ledde vårdkoordinatorerna även arbetet i de multiprofessionella teamen. Ett exempel på detta är SELFIE-projektet där vårdkoordinatorerna har en central roll för att stärka samverkan för de multisjuka äldre (Leijten m.fl. 2018).

Utfallet av vårdkoordinatorernas arbete tycks ha varit svårare att mäta. Exempelvis tycks inte införandet av vårdkoordinatorer ha minskat sjukhusinläggningar (Huntley m.fl. 2013, Baker m.fl. 2018, Gravelle m.fl. 2007). Forskningen pekar också mot att det är svårt att överföra effekterna av vårdkoordinatorer mellan olika länder. Lyckade utfall av införandet av vårdkoordinatorer i USA gav exempelvis inte samma effekt i England (Boaden m.fl. 2005). I detta fall handlade det troligen om att man misslyckades med att välja ut de äldre patienter till programmet med högst risk att bli inskrivna på sjukhus. Purdy m.fl. (2012) och Carrier m.fl. (2012) visar i sina studier att strukturella och

organisatoriska faktorer, som socioekonomiska faktorer och bostadsförhållanden, också kan påverka varför sjukhusinläggningarna inte alltid minskade trots insatser av vårdkoordinatorer. Sammanfattningsvis tycks det finnas visst belägg i litteraturen för att vårdkoordinatorerna behöver rikta in sig på de mest behövande för att deras arbete ska få effekt.

RISK OCH BEHOVSBEDÖMNING AV PATIENTERNA

Geriatriska behovsbedömningar är en ytterligare vanlig komponent i de samverkansinterventioner som undersöks i litteraturen (Briggs m.fl. 2018, Stoop m.fl. 2019, Ellis m.fl. 2017). Detta innebär att patientens fysiska och kognitiva status bedöms i kombination med att en medicinsk behandlingsplan/omvårdnadsplan utformas. I de flesta fall inkluderar bedömningen medverkan från olika professioner (Parker m.fl. 2018). Dessutom görs ofta någon form av systematisk riskbedömning där varje patient får en viss »riskpoäng« vid utskrivningen. Denna typ av bedömning har av flera forskare ansetts som en förutsättning för att identifiera vilka äldre patienter som behöver ytterligare insatser för att undvika oplanerad återinläggning (Hughes m.fl. 2020, Roland m.fl. 2005, Yen m.fl. 2022).

Organisationsförändringar på regional och nationell styrningsnivå

Briggs m.fl. (2018) noterar i en översiktsartikel att de flesta studier av insatser för att förbättra samverkan berör den patientnära nivån och i mindre utsträckning ger kunskap om vilka strategier som på övergripande nivå kan skapa bättre förutsättningar för samverkan. Författarna ser det som ett problem eftersom det kan innebära att de lösningar man studerar på en nivå i systemet kan vara svåra att tillämpa i systemet som helhet. Redan 2006 påtalade samverkansforskaren Dennis Kodner att en tydligare styrning av samverkan på organisations- och systemnivå är en förutsättning för samverkan på verksamhetsnivå (Kodner 2006). Detta kan antas särskilt gälla multisjuka äldre eftersom det i deras fall ofta handlar om en samverkan mellan sjukvård och socialtjänst där övergripande lagar och regelverk, exempelvis när det gäller sekretess och biståndsbeslut, kan spela stor roll för hur samverkan fungerar i praktiken. Insatser för att styra samverkan på organisations- och sy-

stemnivå kan omfatta allt från helt integrerade system där både finansieringen och organisationen är gemensam till lagstiftning och enskilda avtal, till exempel om läkarmedverkan eller informationsöverföring (Goodwin m. fl. 2014).

Flera av de nordiska länderna har genomfört insatser på övergripande systemnivå för att förbättra samverkan inom den patientnära verksamheten. Det handlar främst om ny lagstiftning, men också om handlingsplaner och avtal för samarbetet på den kliniska nivån. En aktuell förändring i Danmark är inrättandet av en nämnd som ska styra arbetet mot ett mer sammanhängande regionalt sjukvårdssystem, bland annat för äldre (Schmidt m.fl. 2022). Ett annat exempel är den handlingsplan för vård och omsorg som nyligen togs fram i Norge, som bland annat syftar till att utveckla specialistvårdens samarbete med primärvården, som i Norge ligger på kommunal nivå. Handlingsplanen har medfört att det numera finns ett krav på gemensam planering mellan kommun och specialistvård i lagstiftningen (Schmidt m.fl. 2022). Effekterna av dessa systemövergripande förändringar har emellertid ännu inte studerats inom forskningen.

Effekter av samverkansåtgärder i vården av multisjuka äldre

Ett stort antal vetenskapliga artiklar och rapporter har försökt att kartlägga effekterna av olika samverkansinterventioner. Det tycks dock ännu inte finnas någon samstämmighet i forskningen kring hur man bäst gör detta, vilket innebär att litteraturen är relativt svåröverskådlig. Det vanligaste sättet att mäta effekter av samverkan kring multisjuka äldre är utfallsmått relaterade till sjukvårdskonsumtion, som exempelvis sjukhusinläggningar (planerade och oplanerade), vårdtid på sjukhus och besök på akutmottagningar. Även mer processrelaterade utfallsmått, som väntetider och kontinuitet, förekommer. Det har också blivit vanligare att studierna innehåller effektmått relaterade till patienternas välmående, exempelvis patienttillfredsställelse eller patientens förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Patienttillfredsställelse är ett kvalitetsmått som beskriver i vilken utsträckning patienterna är nöjda med den vård de fått och som också inkluderar i vilken utsträckning de har upplevt att de fått relevant information och varit delaktiga i beslut om sin behandling (Sitzia och Wood 1997). Ett problem med

många studier om man vill dra lärdomar av dem, är att de sällan redogör detaljerat för samverkansinterventionernas utformning och innehåll. Det kan också vara svårt att få en uppfattning om hur interventionen genomfördes.

Trots komplexiteten i forskningsfältet går det att inhämta viss generell kunskap om effekter av samverkan från så kallade systematiska översiktsstudier. Ett exempel är en omfattande kartläggning av Baxter m.fl. (2018) av 153 studier under perioden 2006–2019, varav de flesta utförts i Storbritannien (54 studier) och USA (48 studier). Även om alla de ingående studierna inte enbart inkluderade äldre patienter utgjorde denna grupp, enligt författarna, huvuddelen av studiepopulationen. Sammanfattningsvis visade Baxters översikt på tre relativt tydliga samband: samverkan tycktes leda till ökad patientnöjdhet, ökad tillgänglighet (bland annat genom minskade väntetider) och en upplevd förbättring av vårdens kvalitet bland både patienter och personal. Övriga resultat var mer motsägelsefulla och pekade i olika riktningar. När det gällde exempelvis vårdtider visade 24 studier att tiden på sjukhus minskade efter samverkansinterventioner medan 11 studier inte visade på några signifikanta skillnader, och två studier visade att vårdtiderna ökat. Gällande återinskrivningar visade två studier på en minskning, två studier på en ökning och åtta studier på avsaknad av signifikanta effekter. Även med avseende på kostnader pekade resultaten i olika riktningar, dock var studierna som visade på kostnadsminskningar fler. Dessvärre är det svårt att från de studier som ingick isolera vilka åtgärder som gav bäst resultat, eftersom de flesta samverkansinterventioner i studierna byggde på flera komponenter. De vanligaste komponenterna var olika former av multiprofessionella team, vårdkoordinatorer och en behandlingsplan / omvårdnadsplan där samverkan ingick som en komponent.

I en annan översiktsstudie av Liljas m.fl. (2019), specifikt inriktad på äldre multisjuka personer, framkom en liknande bild. Författarna visade att samverkansinterventioner för multisjuka äldre minskade sjukvårdskonsumtion för vissa utfallsmått, som sjukhusinläggningar och återinskrivningar, och ökade patientnöjdheten. Samtidigt var resultaten, i likhet med Baxter, motsägelsefulla eftersom flera av studierna inte uppvisade några statistiskt signifikanta effekter. Det går dessvärre inte att utläsa från översiktsstudien exakt vilka komponenter som ingick i de undersökta samverkansinterventionerna eller vilken typ av samverkansintervention som kan kopplas till de olika utfallsmåtten.

Det enda som nämns i översikten är att man enbart inkluderat multifaktoriella interventioner som innehåller flera komponenter, såsom ett multiprofessionellt team och en vårdkoordinator.

I en översiktsstudie av Sempé m.fl. (2019) undersöks vilka interventioner som kan motverka att äldre multisjuka personer söker sjukhusvård eller annan institutionsvård eller återinskrivs på sjukhus (*avoidable displacement from home*). Totalt inkluderades femton artiklar i översikten, varav endast tre angavs vara av så god kvalitet att de ingick i den slutgiltiga resultatredovisningen. Av dessa tre visade sig endast en studie ha positiv effekt på återinskrivningar till sjukhus (Stranges m.fl. 2015). De två andra studierna visade inga signifikanta effekter. Författarna för ett utförligt resonemang om bristen på positiva resultat av samverkansinterventionerna. De anger exempelvis att studierna ofta har ett för litet antal inkluderade patienter, att det saknas en tydlig teoretisk koppling mellan intervention och utfall samt att de mer traditionella »hårda« utfallsmåtten egentligen inte är lämpade att mäta effekter av samverkan utan att man i stället borde efterfråga patienternas uppfattning om samverkan.

I en nyligen publicerad översiktsstudie av Alderwick m.fl. (2021), som inkluderade 36 översiktsstudier, undersöktes effekterna av samverkansinsatser mellan sjukvård och socialtjänst. I stort sett samtliga av dessa studier undersökte om samverkan hade någon effekt på patienternas dödlighet. Resultatet visade att ingen av samverkansinterventionerna visade någon signifikant effekt på dödligheten. Vad gäller tillgänglighet, vårdkvalitet och patientnöjdhet fann man dock i flera av studierna belägg för att den förbättrats av samverkan. Författarna konstaterade liksom Sempé m.fl. (2019), att kvaliteten på många av de inkluderade översiktsstudierna var bristfällig, exempelvis på grund av ofullständig redovisning av vilka aktörer som samverkade eller hur de undersökta interventionerna var utformade.

Svenska samverkansmodeller har ganska sällan utvärderats i den internationella litteraturen. Ett undantag är den så kallade Norrtäljemodellen. I en studie som granskade äldre patienter före och efter införande av modellen såg man att ökningen av antalet besök till akutmottagningar minskade något efter modellens införande (Doheny m.fl. 2020). I en annan studie undersöktes undvikbara sjukhusinläggningar som ett resultat av Norrtäljemodellen. Resultaten indikerade att antalet sjukhusinläggningar för äldre patienter hade minskat i högre

utsträckning för invånare i Norrtälje jämfört med övriga Stockholm under perioden 2000–2011, men att skillnaden inte var statistiskt signifikant (Agerholm m.fl. 2021).

Sammanfattningsvis visar den forskning som presenterats här att positiva effekter kan uppnås av samverkansåtgärder, framför allt vad gäller patientnöjdhet och tillgänglighet. När det gäller mått relaterade till vårdkonsumtion, som vårdtid och sjukhusinläggningar är resultaten svagare och mer motstridiga. Viktigt att komma ihåg är emellertid att även små effekter, exempelvis i form av resultat som inte är signifikanta, kan få stor betydelse i den praktiska verksamheten. Exempelvis kan vårdplatser frigöras på sjukhusen om vårdtiderna minskar endast marginellt (Spangler m.fl. 2022). En vanlig brist i studierna är att det saknas information om vilken typ av samverkansprogram som leder till ett visst utfall. Det tycks dock som om de flesta av samverkansinterventionerna inbegriper multiprofessionella team, vårdkoordinatorer och någon form av patientbedömning. En ytterligare brist är studierna ofta omfattar relativt få patienter, vilket kan vara en möjlig förklaring till att statistiskt mätbara effekter uteblir.

Den största bristen i studierna är emellertid att det i de flesta fall saknas information om det kontextuella sammanhanget, exempelvis om lagstiftning, ersättningssystem eller hur vården finansieras i de länder eller delstater där studierna genomförs. En observation är att de amerikanska studierna oftare tycks kunna visa på tydligare effekter av samverkaninterventioner med avseende på återinskrivningar. Detta kan till viss del förklaras av att de ekonomiska incitamenten ser annorlunda ut i USA, där man under ett antal år haft en straffavgift för sjukhusen för återinskrivning till sjukhus för äldre personer som omfattas av det offentliga vårdprogrammet Medicare. Kunskap om den lokala kontexten kan därför vara av stor betydelse för att bedöma om en viss intervention har förutsättningar att fungera i ett annat land än där den genomförs (Yip m.fl. 2021, Deschodt m.fl. 2020).

Litteratur om vårdövergångar

En särskild underkategori inom forskningen om integrerad vård är litteraturen om *transitional care* (TC) eller vårdövergångar. Vårdövergångar brukar definieras som aktiviteter inom sjukvården som syftar till att bibehålla en koordinerad vård när patienter flyttas mellan vårdgivare eller skrivs ut från sjukhus till hemmet (Coleman 2003). Även inslag som förstärkt utskrivning (*enhanced discharge*) kan ses som att det tillhör litteraturen om vårdövergångar. En stor del av denna litteratur fokuserar på äldre, multisjuka patienter som skrivs ut från sjukhus till hemmet med vårdinsatser i öppenvård samt omsorg. Exakt hur öppenvården och omsorgsinsatserna ser ut skiljer sig mycket mellan olika sjukvårdssystem och beror i vissa länder på vilken sorts försäkring patienterna har eller vilket offentligt vårdprogram de omfattas av. Gemensamt för studier av vårdövergångar är att patienten behöver fortsatta vårdinsatser efter utskrivning från sjukhus och att det är övergången mellan sjukhusvården och dessa som står i fokus.

Det ökade internationella intresset för vårdövergångar kan förstås mot bakgrund av den växande andelen äldre i många länder men också av en strävan att minska kostnader för sjukhusvård och undvika att äldre patienter hamnar på sjukhus i onödan. Brister i vårdövergångar har kommit att ses som ett stort problem i sjukvården, särskilt för äldre patienter, som får negativa effekter i form av sänkt vårdkvalitet, skador, försämrad patienthälsa och för tidig eller undvikbar död. Äldre patienter har också beskrivits som extra känsliga för dåligt fungerande vårdövergångar genom att de ofta har sämre förmåga än yngre patienter att kompensera för bristande kommunikation mellan vårdgivare och kan vara känsligare för uppehåll i vårdinsatser och medicinering (Garåsen och Johnsen 2007, Naylor och Keating 2008). Laugaland m.fl. (2012) noterar att WHO har listat kommunikation i samband med vårdövergångar som ett av de fem viktigaste områdena för att förbättra patientsäkerheten i världen.

Intresset för vårdövergångar förstärktes ytterligare i USA sedan införandet av 2010 års sjukvårdsreform, *Affordable Care Act*, som gav många fler individer tillgång till sjukvårdsförsäkring och därmed ökade användningen av sjukhusvård i landet. Sedan införandet av reformen har också en rad initiativ tagits i USA för att motverka återinskrivningar av multisjuka och äldre patienter, främst i form av särskilda utskriv-

ningsprogram. Utöver detta har också finansiella incitament införts för sjukhus för att minska antalet återinskrivningar av patienter. Ett exempel är straffavgifter vid högre nivå än förväntat på återinskrivningar (Kripalani m.fl. 2014). Detta har lett till ett starkt ökat intresse inom amerikansk sjukvård för att dels identifiera patienter med hög risk för återinskrivning, dels motverka att återinskrivning sker (Naylor och Keating 2008). En grupp som ofta studeras i amerikansk kontext är så kallade Medicare-patienter, alltså patienter över 65 år om omfattas av det offentligt finansierade vårdprogrammet för äldre. I denna grupp har det visats att en av fem patienter återinskrivs i sjukhusvård inom 30 dagar efter att de skrivits ut (Rennke m.fl. 2013). Bland Medicare-patienterna är det också en stor andel, två tredjedelar, som har minst två kroniska sjukdomar (Lochner m.fl. 2015). Även i många andra länder, som exempelvis Kanada, Australien, Nederländerna, Storbritannien och de nordiska länderna, märks ett ökat intresse för att förbättra utskrivningen för äldre patienter för att minska oplanerade återinskrivningar.

I likhet med forskningen om samverkan i sjukvården i stort är studier av vårdövergångar oftast upplagda som interventionsstudier, där man studerar effekter av samverkansåtgärder eller andra organisationsförändringar. I randomiserade kontrollerade studier sker detta genom att man slumpvis fördelar patienter så att vissa får del av särskilda utskrivningsprogram medan andra skrivs ut som vanligt. Sedan jämför man grupperna för att se om det blir några skillnader med avseende på utfallsmått, exempelvis oplanerade återinskrivningar. Även andra effektmått förekommer, som hur ofta patienten besöker en akutmottagning, hur stora vårdresurser patienten förbrukar i öppenvården, om patienten måste skrivas in på någon annan form av institution, som särskilt boende, samt patienthälsa eller patientnöjdhet. Förutom randomiserade studier finns studier som följer patienter som skrivs ut över tid för att observera deras hälsotillstånd, undersöka läkemedelsanvändning eller intervjua patienter och deras anhöriga om hur de upplevt vårdövergången (Weeks m.fl. 2018, Alstveit m.fl. 2011, Manderson m.fl. 2012, Coleman m.fl. 2006).

Innehållet i program som införs för att förbättra vårdövergångar varierar mellan studierna, men några komponenter återkommer i de flesta:

- › *Särskild utskrivningspersonal* som har till uppgift att övervaka patienternas utskrivning och se till att korrekt information kommuniceras till nästa vårdgivare, oftast läkare i öppenvård. Utskrivningsansvarig person är i de flesta studier sjuksköterskor, men även socialarbetare (*social workers*) förekommer. Det finns också exempel på multidisciplinära utskrivningsteam.
- › *Uppföljning av patienternas hälsotillstånd efter att de har kommit hem.* Formen och omfattningen för detta varierar starkt mellan studier. De vanligaste formerna för uppföljning är telefonsamtal och hembesök, ofta i kombination. Antalet kontakter med patienterna efter utskrivning varierar också, från ett enskilt telefonsamtal till uppföljning under flera år.
- › *Riskbedömning för återinskrivning på sjukhuset innan utskrivning.* Denna bedömning inkluderar vanligen patienternas allmänna hälsostatus samt förmåga att sköta sin dagliga livsföring. Många bedömningar inkluderar också en bedömning av risken för att patienten kommer att återinskrivas, vilket styr om patienten får del av särskilda utskrivningsresurser.
- › *Läkemedelsgenomgångar,* antingen av den utskrivande vårdgivaren eller av speciellt utsedda apotekare på sjukhusen eller i öppenvården.

De flesta studier finner positiva effekter av införandet av särskilda utskrivningsprogram, även om det är svårt att säga något generellt om deras storlek eftersom många studier har olika design och därför inte är jämförbara. Det bör också noteras att vissa studier endast fokuserar på särskilda patientgrupper, exempelvis patienter med hjärtsvikt. I en översiktsstudie av 23 studier av utskrivningsprogram genomförda i sju länder (varav de flesta i USA) fann Weeks och hennes forskningsteam en tydlig effekt i form av minskad återinskrivning till sjukhus inom 30 dagar. Utöver detta fann teamet också en tendens att utskrivningsprogram ökade, snarare än minskade, användningen av primärvård efter utskrivning, och att längre perioder av uppföljning inte hade bättre effekt på återinskrivningar än kortare program. Av detta drog forskarna slutsatsen att program som varade upp till en månad var den mest effektiva interventionen (Weeks m.fl. 2018). En annan forskningsöversikt av Rennke m.fl. (2013) analyserade 47 forskningsstudier av utskrivningsprogram men fann inga statistiskt signifikanta effekter

på återinskrivningar, vilket förklarades av författarna med att metoderna var bristfälliga och varierade för mycket. Dock fann man i 10 av studierna en effekt i form av minskade återinskrivningar. Förutom återinskrivningseffekter fann man en rad andra positiva effekter, som en minskad andel felaktiga läkemedelsförskrivningar och minskat antal besök på akutmottagningar. Rennke m.fl. (2013) konstaterade också att många interventionsstudier saknar beskrivningar av den kontext i vilka de införs samt vilka kostnader som följer av själva interventionen.

En tredje översiktsstudie av utskrivningsprogram av Vedel och Khanassov (2015) fokuserade särskilt på patienter som behandlats för hjärtsvikt, vilket är en grupp med hög risk för återinskrivning. Sammantaget 41 randomiserade interventionsstudier undersöktes i studien, där man fann en tydlig positiv effekt av utskrivningsinterventioner på återinskrivningar och besök på akutmottagning. Studien undersökte även effekter av olika typer av utskrivningsprogram, där det visade sig att den mest effektiva var program som innehöll hembesök hos patienterna efter utskrivning. Program som enbart innebar besök i öppenvård eller telefonbaserad uppföljning var inte lika effektiva. Ett genomgående resultat i forskningen om effekter av vårdövergångar är att de bör bygga just på multipla åtgärder för att få effekt på återinskrivningar (se exempelvis Kripalani m.fl. 2014, Verhaegh m.fl. 2014). Enstaka organisationsförändringar, som uppföljande telefonsamtal efter utskrivning eller förstärkt koordinering med primärvården, tycks ge begränsad eller obefintlig effekt. De flesta studier av vårdövergångsinterventioner har genomförts i USA, där en särskild utmaning är att förhållandena för patienten skiljer sig mycket åt beroende på inkomstnivå och sjukförsäkring. En annan skillnad är att primärvården är mindre utbyggd än i många europeiska länder.

TCM-MODELLEN

Den förmodligen mest kända av alla utskrivningsprogram som prövats i USA under senare år är den som utvecklats av Mary Naylor och hennes team vid University of Pennsylvania, känd som TCM, *the transitional care model* (Naylor och Keating 2008, Naylor m.fl. 2009, Naylor m.fl. 2017). TCM har utvecklats och testats kliniskt i olika miljöer under närmare två decennier och har haft dokumenterade positiva effekter både på patienthälsa och minskad återinskrivning på sjukhus (Morkisch m.fl. 2020, Pauly m.fl. 2018, Naylor 2012, Naylor m.fl. 2018).

Den riktar speciellt mot äldre multisjuka patienter. TCM-modellen kan ses som en relativt omfattande form av utskrivningsprogram genom att den bygger på en ansvarig sjuksköterska som övervakar och planerar för patientens utskrivning och under minst en månad, ofta två, koordinerar alla medicinska och sociala insatser kring patienten efter återkomsten till hemmet. Modellen betonar också vikten av patient- och anhörigutbildning som ett sätt att få patienterna och deras familjer att själva i tid upptäcka tecken på försämrad hälsostatus och slå larm innan situationen blir akut. I likhet med de flesta andra amerikanska program bygger TCM på det utskrivande sjukhuset som en bas för vårdövergångsinterventioner snarare än öppenvård eller sociala myndigheter. De nio komponenterna i modellen (i vissa tidigare versioner åtta)⁵ illustreras i figur 3.

TCM-modellen förefaller främst ha implementerats i USA, även om enstaka studier finns från andra länder. Ingen av dessa ger emellertid någon tydlig beskrivning av hur modellen anpassats till andra organisatoriska förhållanden.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att forskningen om vårdövergångar pekar mot att organisatoriska åtgärder som geriatriska bedömningar, uppföljning i hemmet efter utskrivning och en särskild person som koordinerar vård- och omsorgsinsatser efter utskrivning kan minska oplanerade återinskrivningar och öka patienttillfredsställelsen. När det gäller effekter på vårdkonsumtion måste resultaten emellertid betraktas som osäkra eftersom entydig evidens saknas. Det är också i praktiken omöjligt utifrån den forskning som finns att urskilja vilka av de komponenter i utskrivningsprogrammen som prövats som har störst effekt. Resultaten tyder snarare på att det är kombinationen av flera olika komponenter som ger resultat.

5. Denna beskrivning bygger på Hirschman m.fl. (2015), där TCM-modellen beskrivs utförligt.

Figur 3. TCM-modellen.

Komponent	Innehåll
1. Bedömning av behov av TCM	Standardiserad bedömning, t.ex. genom antal diagnoser eller omsorgsbehov.
2. Utbildad TCM-personal	En särskilt utsedd sjuksköterska som är ansvarig för pre- och postutskrivning och har utbildats i TCM.
3. Fast vårdkontakt även efter utskrivning	TCM-ansvarig gör hembesök även efter utskrivning samt följer upp via telefon.
4. Involvering av patient och omvårdnadsteam	Individuell vårdplanering innan utskrivning i samråd med patient, anhöriga eller andra omsorgsgivare.
5. Riskbedömning innan utskrivning	Geriatrisk riskbedömning av hälsa och funktion innan utskrivning, även avseende fall, nutrition etc.
6. Patientutbildning för egenvård	Utbildning av patienter och anhöriga för egen riskbedömning vid försämrad hälsa/funktion och planering för snabb kontakt vid behov.
7. Samverkan bland alla vårdaktörer	TCM-sköterska kontaktar öppenvård innan utskrivning och ser till att alla aktörer får relevant information.
8. Kontinuitet	Samma TCM-sköterska följer patienten genom utskrivning. Uppföljning under minst två månader.
9. Koordinering mellan alla aktörer	TCM-sköterska koordinerar kontakt med primärvård och social omsorgsgivare samt andra vårdgivare efter utskrivning.

Sammanfattning

Den internationella forskningen om samverkan kring multisjuka äldre domineras av forskningsmetoder som bygger på kvasiexperimentell design och kvantitativa analysmetoder. Det vanligaste sättet att bedöma effekten av förbättrad samverkan i form av nya arbetsrutiner, exempelvis geriatriska riskbedömningar, förstärkt utskrivning eller multiprofessionella samverkansteam, är att sedan jämföra utfallen hos en grupp patienter som behandlats i enlighet med dessa med en kontrollgrupp som inte gjort det. De vanligaste effektmåten är vårdkonsumtion, oplanerade återinskrivningar på sjukhus eller patienternas

upplevelser av vården. Denna typ av studier har större förklaringskraft än kvalitativt orienterade fallstudier men har samtidigt den nackdelen att de ofta saknar utförliga beskrivningar av de organisationsförändringar som studeras och i vilken kontext detta sker.

Vår forskningsöversikt visar att de positiva resultaten av förbättrad samverkan är mest entydiga när det gäller mått relaterade till patienternas upplevelser av vården, som patienttillfredsställelse och tillgänglighet. När det gäller »hårda« resultatmått som oplanerade återinskrivningar är resultaten mer motstridiga, även om den dominerande bilden är att det kan finnas mätbara effekter också i detta avseende. Forskningen är svår att dra lärdomar av för svensk del eftersom det ofta är omöjligt att veta om den kontext i vilken nya rutiner införts liknar den svenska. Forskningen domineras dessutom av praktisknära, relativt små studier där ett nytt angreppssätt prövats på en enskild klinik, vilket gör det svårt att veta om samma rutiner skulle kunna implementeras i större skala. Samtidigt kan man peka på några tendenser som har relevans för svensk del. En är att forskningen är relativt entydig när det gäller vilken sorts interventioner som införts; det finns alltså en samstämmighet bland vårdforskare om vilken typ av insatser man tror kan fungera. Det är i detta perspektiv positivt att de flesta av dessa, som multiprofessionella team, förstärkt utskrivning och vårdkoordinatorer, prövats även i Sverige. Ett undantag är patient- och anhörigutbildningar i samband med vårdövergångar, som inte så ofta förekommer i Sverige. En annan slutsats av forskningen är att de interventioner som fungerar bäst är sammansatta och inkluderar flera insatser.

4. Slutsatser och möjliga vägar framåt

Att samverka kring multisjuka äldre som vårdas och får omsorg i hemmet är en komplex uppgift i alla sjukvårdssystem. Själva begreppet samverkan är i sig mångfasetterat och omfattar många olika sorters organisationslösningar. I denna rapport har vi försökt att ge en översiktlig bild dels av erfarenheterna av samverkan kring multisjuka äldre i Sverige, dels av den internationella forskningen om samordnad vård och omsorg. Att samverkan kring multisjuka äldre alltför ofta brister inom det svenska sjukvårdssystemet, trots många års arbete för att förbättra den, framgår av utvärderingar från en rad myndigheter, som Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Tydligt är också att de äldre patienterna själva upplever att koordineringen mellan olika aktörer ofta inte fungerar väl (Vårdanalys 2022).

I rapporten har vi identifierat två områden där förbättring av samordningen förefaller särskilt angelägen: 1) när äldre skrivs ut från sjukhus och behöver fortsatta vård- och omsorgsinsatser och 2) när regionens primärvård ska samverka löpande med den kommunala hemsjukvården för att tillhandahålla läkarinsatser.

I det nedanstående sammanfattar vi rapportens innehåll under tre rubriker som knyter an till de frågor som ställdes inledningsvis: förutsättningar för samverkan, hinder för samverkan och lärdomar från internationell forskning. Därefter formulerar vi ett antal övergripande slutsatser samt pekar ut möjliga vägar framåt för att ytterligare förbättra samverkan i vården och omsorgen av multisjuka äldre.

Förutsättningar för samverkan

I Sverige präglas uppgiften att samverka kring multisjuka äldre som vårdas i hemmet av ansvarsuppdelningen mellan regioner och kommuner. Ädelreformen 1992 löste till viss del problemet med att äldre blev liggande för länge på sjukhus efter att de ansetts vara färdigbehandlade. Men reformen ledde samtidigt till att kommunerna blev ansvariga för allt sjukare patienter utan att kunna erbjuda läkarvård i egen regi.

Sveriges internationellt sett korta vårdtider på sjukhus innebär sannolikt att kommunerna får ta emot mer vårdkrävande äldre än vad som är fallet i många andra länder. Det torde också spela in att Sverige är ett av de länder inom OECD som har den lägsta tillgången till sjukhusplatser (OECD 2021). Vårdtyngden bland kommunens omsorgstagare förstärks av den inriktning mot kvarboende och minskad tillgång till särskilt boende som präglat äldreomsorgens utveckling i Sverige (Johansson m.fl. 2018). Att äldre med flera medicinska diagnoser och stora omsorgsbehov i ökad utsträckning bor kvar hemma har inneburit att samverkan mellan vård- och omsorgsgivare i dag i många fall organiseras med hemmet som primär arbetsplats för de samverkande aktörerna.

Ansvarsuppdelningen mellan kommuner och regioner innebär att läkarvård är regionernas ansvar medan kommunerna är ansvariga för de äldres omsorg och medicinska vård upp till sjuksköterskenivå.⁶ En viktig samordningsfråga blir då hur läkarvård ges till hemmaboende multisjuka äldre och hur denna integreras med hemsjukvård och hemtjänst. I dag regleras läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården främst genom avtal mellan kommun och region, men flera instanser har påtalat att avtalen är illa anpassade till verksamhetens behov (SKR 2020b, IVO 2018, SOU 2022:41). Till detta kommer att två skilda lagar, HSL och SoL, reglerar vården och omsorgen av äldre, vilket försvårar samordningen exempelvis vid utskrivning och gör att kommunerna måste förhålla sig till två olika lagrum när de planerar och utför hemtjänst respektive hemsjukvård.

En ytterligare omständighet som påverkar förutsättningarna för samverkan i Sverige är det långtgående kommunala och regionala självstyret. Det innebär att vårdens och omsorgens organisation till stor del bestäms lokalt och därmed kommer att variera markant mellan olika

6. Undantaget är Region Stockholm utom Norrtälje kommun.

kommuner och regioner. Det lokala självstyret förstärks av att sjukvård och äldreomsorg till övervägande del finansieras av regionerna och kommunerna själva. Det delade huvudmannaskapet innebär att varje region har många kommuner att samverka med, samtidigt som varje kommun självständigt organiserar sin vård och omsorg. Sammantaget gör det systemet svåröverskådligt, vilket ökas av att få av de reformer som införts under de senaste decennierna tycks ha utvärderats systematiskt av nationella myndigheter. När utvärderingar görs, bygger de ofta på »goda exempel« från enstaka kommuner och regioner, snarare än systematiska jämförelser eller andra resultatmätningar. Därför saknas i dagsläget en översiktlig bild av vilka samverkansåtgärder som tillämpas i vården av multisjuka äldre liksom kunskap om hur väl de fungerar. Systemets svåröverskådlighet ökas ytterligare av att primärvården och en stor del av kommunerna tillämpar valfrihetssystem, vilket gör att en mängd privata aktörer tillkommer som måste ingå i samverkan kring de äldre patienterna. Detta diskuteras sällan i myndighetsrapporter om samverkan. Det lokala självstyret innebär också att den nationella styrningen blir svagare och till stor del kommer att bygga på så kallade mjuka styrmedel, som frivilliga initiativ och tillfälliga ekonomiska bidrag. Mest sjuka äldre-satsningen är ett exempel på sådan styrning, liksom den nu pågående Nära vård-reformen.

Det finns också faktorer som bidrar till goda förutsättningar för samverkan i Sverige. Den viktigaste av dessa är att både sjukvården och omsorgen utgör en del av den universella välfärden och därmed är tillgängliga för alla äldre patienter på samma villkor och enligt samma finansieringsprinciper. Att primärvården är relativt väl utbyggd med avseende på geografisk tillgänglighet och redan i dag bygger på idén om samverkan mellan olika professioner är ytterligare en bra förutsättning. I Sverige finns dessutom väl utarbetade system för att dokumentera och följa upp vård och omsorg i olika kvalitetshänseenden, exempelvis genom Öppna jämförelser, vilket skapar förutsättningar för att i ökad utsträckning än vad som görs i dag följa upp och mäta effekter av samverkansåtgärder.

Hinder för samverkan

Många av de myndighetsrapporter och det material som redovisats i rapporten pekar ut specifika hinder för samverkan mellan regioner och kommuner i vården av multisjuka äldre som finns i dag. Bland de som nämns mest frekvent är:

Frånvaro av effektiva system för informationsöverföring, både mellan slutenvård och primärvård och mellan primärvård och kommun. Svårigheterna att dela information påtalas både i samband med utskrivningar och i den löpande samverkan mellan primärvård, hemsjukvård och hemtjänst. Frågan kompliceras av sekretesslagstiftning samt det faktum att kraven på dokumentation ser olika ut i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Möjligheten att överföra information mellan olika aktörer inom vården och omsorgen kommer förhoppningsvis att förbättras genom den nya lagstiftning som trädde i kraft 1 januari 2023 men det är oklart om problemen kommer att avhjälpas fullt ut.

Primärvårdens begränsade kapacitet att fungera som det »nav« i vården av de äldre som den tycks vara tänkt att göra. Detta märks inte minst i utvärderingar av samverkanslagen, där det ofta framkommer att primärvården ännu inte förmått axla rollen som samordnare av de äldres vård. Primärvården tycks fortfarande främst vara inriktad mot mottagningsverksamhet och endast i begränsad utsträckning engagerad i patienterna i den kommunala hemsjukvården.

Variierande och suboptimala lösningar för läkarmedverkan i kommunernas hemsjukvård. Flera rapporter och utredningar under de senaste åren pekar mot att dagens avtal om läkarmedverkan i kommunerna inte fungerar som ett effektivt styrmedel och dessutom uppvisar stora skillnader. Många av de nya organisationsmodeller som initierats lokalt under senare år har också handlat om att få till stånd mer mobilitet bland primärvårdsläkarna och ett närmare samarbete med hemsjukvårdens sjuksköterskor. Ett allmänt behov tycks finnas av bättre tillgänglighet till läkarbedömningar för patienterna samt tätare kontakt och mer regelrätt samarbete mellan hemsjukvården och läkarna.

Personalbrist. I många sammanhang påtalas att brist på personal med rätt kompetens bidrar till att det är svårt att bygga upp stabila samverkanssystem i vårdens verksamhet. Detta gäller både läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och övrig personal i hemtjänsten. Personalbristen pekar mot ett större problem med sjukvårdens och socialtjänstens

arbetsförhållanden, attraktionskraft och svårigheter att rekrytera och behålla personal. I personalbristen kan också räknas in brist på personal med erforderlig kompetens för att kunna samverka över professionsgränserna. Från kommunernas sida efterfrågas fler sjuksköterskor med geriatrisk kompetens, vilket skulle kunna bidra till effektiv kommunikation med den geriatriska slutenvården. Förutsättningarna för närmare samverkan mellan hemsjukvården och hemtjänsten skulle sannolikt även underlättas av att en större andel av hemtjänstpersonalen hade minst undersköterskeutbildning.

Brist på finansiella incitament till samverkan eller system som ersätter samverkansåtgärder. Som det är nu präglas vården och omsorgen fortfarande till alltför stor del av en »Svarte Petter-logik« där incitamenten snarare tycks handla om att föra över en äldre multisjuk patient till en annan aktör än att ta gemensamt ansvar för patientens hälsa. Samverkande åtgärder som i sig kan vara tids- och kostnadskrävande ersätts ofta inte specifikt, och ersättningssystem som belönar effekter av god samverkan, exempelvis i form av minskad återinskrivning, tycks mindre vanliga. Här ingår även risken att LUS har skapat så starka ekonomiska incitament för snabb utskrivning att förberedelser och vårdplanering inte hinns med hos öppenvårdens aktörer.

Lärdomar från den internationella vårdforskningen om samverkan

Många av de organisationsförändringar som diskuteras i den internationella litteraturen om samordnad vård, som mobila team, vårdkoordinatorer, förstärkt utskrivning et cetera, har provats i Sverige. I det avseendet tycks utvecklingen i Sverige ligga i linje med forskningen. Den internationella forskningen om samverkan saknar emellertid ofta beskrivningar av den organisatoriska kontext i vilken nya organisationsförändringar införs, vilket gör det svårt att bedöma om erfarenheterna är relevanta för svensk del. Detta sammanhänger sannolikt med att de flesta studier i den internationella samverkansforskningen främst undersöker den patientnära verksamhetsnivån. Endast ett fåtal studier beskriver den mer övergripande politiska eller administrativa styrning som ofta är avgörande för att samverkan ska komma till stånd och bli ett permanent inslag i verksamheten.

Samtidigt finns inom forskningen relativt tydliga belägg för att pa-

tientnöjdhet och tillgänglighet till vården ökar genom olika former av samverkansinitiativ. Resultaten när det gäller utvärderingsmått som oplanerade återinskrivningar och vårdkonsumtion är mer oklara, även om det finns indikationer på att positiva resultat har uppnåtts även i detta avseende. Forskningen ger inga tydliga fingervisningar om hur olika komponenter i samverkansprogram ska kombineras för bästa effekt, även om det mesta tyder på att flera komponenter är nödvändiga för att nå ett tillfredsställande resultat. Slutligen kan man konstatera att det både i den amerikanskt orienterade litteraturen om vårdövergångar och många av de europeiska samverkansprogrammen finns ett fokus på patientutbildning och egenvård samt anhörigutbildning. Dessa komponenter tycks inte vara lika vanliga när samverkan diskuteras i Sverige.

Rapportens övergripande slutsatser

1. De decentraliserade svenska sjukvårds- och omsorgssystemen i kombination med nationella styrmedel som har en företrädelsevis mjuk (icke-bindande) karaktär gör att arbetet med att förbättra samverkan kring multisjuka äldre är svåröverskådligt samtidigt som det präglas av stor lokal variation. Detta kan vara bra för möjligheterna till lokal anpassning, men gör det svårt att få en överblick av hur samverkan organiseras i praktiken och vilka lösningar som fungerar. För att förbättra den nationella uppföljningen av de reformer som introducerats behövs mer strukturerade översikter av vilka organisationsmodeller som används i dag samt systematiska utvärderingar av deras effekter. Först då kan effektiv kunskapsspridning ske.
2. Den bristande kapaciteten inom primärvården framstår som ett centralt problem när det gäller samverkan kring de multisjuka äldre. Primärvården spelar en nyckelroll både i utskrivningen från slutenvården och planeringen för fortsatta vårdinsatser samt när det gäller tillgång till och kontinuitet i läkarinsatser i den kommunala hemsjukvården. I båda fallen hindras samverkan av att primärvården inte avsätter tillräckligt med resurser och därmed inte intar den koordinerande och ledande roll som lagstiftaren tycks ha avsett. Det är i detta perspektiv oroande att Nära vård-reformen ännu inte tycks ha realiserat sin övergripande målsättning att förstärka primärvården.

3. Även inom den kommunala vården och omsorgen framstår bristen på kompetent personal som ett stort hinder för välfungerade och stabila samverkanssystem. En genomgående brist på sjuksköterskor i både hemsjukvården och hemtjänsten, inklusive sjuksköterskor med specialistkompetens, har påtalats av flera statliga utredningar. Som påpekades bland annat av Coronakommissionen (SOU 2020:80) är dagens kommunala vård och omsorg i detta avseende illa anpassat till de allt sjukare och mer medicinskt resurskrävande patienter som vårdas i sina hem. Den ökade vårdtyngden och mer sammansatta behoven hos patienterna i den kommunala verksamheten innebär att större krav ställs även på omsorgspersonalen, både när det gäller grundläggande medicinska färdigheter, omvårdnadskompetens och språkkunskaper.
4. Den internationella forskningen ger inga tydliga lärdomar om vilka enskilda organisationsförändringar som fungerar bäst för förbättrad samverkan utan pekar mot att interventioner med flera olika komponenter behövs. Inslag som är vanligt förekommande i den internationella litteraturen men tycks mindre vanliga i Sverige i dag är geriatrika riskbedömningar av äldre patienter (även utanför geriatriken) samt utbildning i egenvård av patienter och deras anhöriga.

Möjliga vägar framåt för stärkt samverkan

Avslutningsvis vill vi framhålla några åtgärder som framstår som extra angelägna för att förbättra förutsättningarna för välfungerande samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare som ger insatser till äldre patienter. Vi har delat upp förslagen mellan de aktörer som vi ser som bäst lämpade att genomföra dem.

Staten bör ...

- › verka för mer systematisk kunskapssammanställning om de samverkansmodeller och samverkansavtal som har införts runtom i landet. Bristen på nationell överblick gör det svårt att få en bild av hur samverkan mellan vårdens huvudmän faktiskt fungerar. I dag bygger alltför stora delar av myndigheternas rapportering på »goda exempel« från olika kommuner, vilket inte säger någonting om helhetsbilden eller vad som krävs för att skapa tillfredsställande

resultat. Staten skulle också kunna uppmuntra mer forskning om och utvärdering av samverkan kring äldre som både har kommunala och regionala insatser.

- › förstärka den nationella styrning som reglerar samverkan mellan regionala och kommunala aktörer. I dag bygger mycket av styrningen på allmänna uppmaningar att samverka men väldigt lite anvisningar ges om hur denna samverkan bör gå till. Till exempel skulle man kunna ge tydligare anvisningar om innehållet i de avtal som specificerar läkarmedverkan i den kommunala äldreomsorgen. Mot värdet av lokala initiativ måste ställas värden som kvalitet i systemet generellt samt grundad kunskap om vilka lösningar som man vet fungerar och vill sprida i landet.
- › utreda hur de finansiella incitamenten för samverkan kan stärkas. Finansiella incitament har enligt både forskningen samt tidigare erfarenhet i Sverige en starkt styrande effekt och det finns ingen anledning att tro att samordningsåtgärder skulle vara ett undantag. Framför allt bör man undanröja negativa incitament som styr bort från samverkansinsatser. Ett förslag vore att införa målbase-rad ersättning för primärvården när de uppnår målen avseende SIP-planer för alla som skrivs ut från sjukhus.
- › hitta vägar framåt för att förstärka läkarnas närvaro i den kommunala sjukvården. Allt tyder på att detta är en nyckelfaktor, inte minst om man vill bryta trenden med en hög andel oplanerade återinskrivningar. Erfarenheterna från kommuner som prövat samlokalisering av primärvård och hemsjukvård bör beaktas. Det har ibland förslagits i debatten att kommunerna borde få möjlighet att anställa egna läkare i hemsjukvården, vilket kan förefalla en logisk lösning på samordningsproblemen kring läkarmedverkan, men detta har avvisats av både av SKR och statliga utredningar (SKR 2020b, SOU 2022:42). Möjligen bör denna lösning ändå prövas, eftersom inga lösningar hittills verkar ha fungerat särskilt bra och den skulle lösa ett av de mest uppenbara samverkansproblemen.

Regionerna bör ...

- › utvärdera de nya organisationsmodeller som införs mer systematiskt. Mer vetenskapliga metoder bör användas för att bedöma effekter av dessa. Tydligare belägg för vilka lösningar som faktiskt

fungerar lägger också grunden för mer systematisk och effektiv kunskapsspridning.

- › se över och förstärka primärvårdens förutsättningar för att axla sin nya roll som sammankallande för samordnande individuell planering (SIP) och koordinera de äldre patienternas vårdkontakter. Mycket pekar mot att denna del av samverkanslagen inte implementerats fullt ut i dag och att detta åtminstone delvis beror på att primärvården är hårt belastad. Sannolikt måste även – vilket ligger i linje med Nära vård-reformen – primärvårdens personal ställa om mot att arbeta mer utanför sina lokaler, i patienternas hem.
- › överväga att införa geriatrika helhetsbedömningar och förstärkt utskrivning på bred front inom slutenvården när äldre patienter skrivs ut från sjukhus. På detta sätt ges en solid medicinsk grund för risken för återinskrivning och vilka vård- och omsorgsinsatser som behövs i hemmet, även av rehabiliterande och förebyggande karaktär. LUS införande bör inte leda till att sjukhusen överlämnar allt ansvar till primärvården för planering i samband med utskrivning.
- › säkerställa att utskrivningsprocessen i ökad utsträckning inkluderar patient- och anhörigutbildningar för egenvård för att göra vården mer personcentrerad och effektiv. Det är svårt att få en överblick av i vilken utsträckning sådana ges i dag, men det tycks åtminstone inte vara en framträdande del när patienter skrivs ut. För äldre, multisjuka patienter är anhöriga en oerhört viktig resurs, som behöver ses som en integrerad del i teamet kring patienten. Detta är också en bärande tanke i Nära vård-reformen.

Kommunerna bör ...

- › förstärka både hemsjukvårdens och hemtjänstens medicinska kompetens genom fler sjuksköterskor, undersköterskor och paramedicinsk personal. Som ofta påpekas är det hemtjänstens personal som mest regelbundet besöker de äldre patienterna i deras hem (de enda i de fall där patienterna inte har hemsjukvård) och därför de som först kan uppmärksamma en försämring av patienternas tillstånd. Att detta görs i tid är avgörande för att vårdresurser sätts in på rätt vårdnivå, exempelvis i hemmet eller på vårdcentral, så att onödigt sjukhusvård undviks. Hemtjänstpersonalen är också en viktig länk i vårdkedjan genom att de i praktiken ofta är de som är ansvariga för att patienterna tar sin medicin.

- › se över och utveckla samverkansavtalen med regionerna gällande läkarmedverkan i hemsjukvården i syfte att öka tillgängligheten till läkarinsatser. Detta kan exempelvis innebära fler fysiska hembesök hos äldre patienter som har svårt att ta sig till vårdcentral och garanterad tillgänglighet för akuta läkarbedömningar dygnet runt. Även kontinuiteten i läkarinsatserna bör förstärkas genom att endast ett fåtal läkare på vårdcentralen (eller hos annan vårdgivare) tar sig an denna roll. På så sätt skapas bättre förutsättningar för samverkan både med patienterna och deras anhöriga samt hemsjukvårdens personal.
- › utvärdera systematiskt lokala varianter av trygg hemgång. Det är i dagsläget oklart varför vissa kommuner men inte andra tillämpar denna rutin, vilka dokumenterade effekter av den som finns i landet och vilka patientgrupper som i första hand bör komma i åtnjutande av åtgärden för bäst effekt.

Referenser

- Agerholm, J., de Leon, A. P., Schön, P. och Burström, B. (2021). Impact of integrated care on the rate of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions among older adults in Stockholm County: An interrupted time series analysis. *International Journal of Integrated Care*, 21(2).
- Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A. och Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21, 1–16.
- Alstveit, K. L., Aase, K. och Barach, P. (2011). Addressing risk factors for transitional care of the elderly-literature review. *Healthcare systems ergonomics and patient safety*, 183–191.
- Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E. och Suter, E. (red.) (2021). *Handbook integrated care*. Basel, Schweiz: Springer.
- Antman, P. (1994). Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970–1992 [The road to the system shift – The public sector in politics 1970–1992]. I R. Å. Gustafsson (red.), *Köp och sälj, var god svälj? Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsmiljöperspektiv*. Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
- Antman, P. (1996). *Barn och äldreomsorg i Tyskland och Sverige. Sverigedelen. Valfärdsprojektet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Axelsson, R. och Bihari Axelsson, S. B. (2014). Organisering av samverkan: Modeller, svårigheter och möjligheter. I *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (s. 205–218). Oslo: Universitetsforlaget.

- Baird, L. G. och Fraser, K. (2018). Home care case managers' integrated care of older adults with multiple chronic conditions: A scoping review. *Professional Case Management*, 23(4), 165–189.
- Baker, J. M., Grant, R. W. och Gopalan, A. (2018). A systematic review of care management interventions targeting multimorbidity and high care utilization. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–9.
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E. och Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–13.
- Benbassat, J. och Taragin, M. (2000). Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Archives of Internal Medicine*, 160(8), 1074–1081.
- Boaden, R., Dusheiko, M., Gravelle, H., Parker, S., Pickard, S. och Roland, M. (2005). *Evercare Evaluation Interim Report: Implications for supporting people with long term conditions in the NHS*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.
- Briggs, A. M., Valentijn, P. P., Thiyagarajan, J. A. och de Carvalho, I. A. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ open*, 8(4), e021194.
- Carrier, E., Dowling, M. K. och Pham, H. H. (2012). Care coordination agreements: Barriers, facilitators, and lessons learned. *American Journal of Managed Care*, 18(11).
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 549–555.
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S. och Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822–1828.
- D'Aunno, T., Broffman, L., Sparer, M. och Kumar, S. R. (2018). Factors that distinguish high-performing accountable care organizations in the Medicare shared savings program. *Health Services Research*, 53(1), 120–137.
- Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Stockholm: Gothia.

- De Bruin, S. R., Stoop, A., Billings, J., Leichsenring, K., Ruppe, G., Tram, N. ... och Baan, C. A. (2018). The SUSTAIN project: a European study on improving integrated care for older people living at home. *International Journal of Integrated Care*, 18(1).
- Deschodt, M., Laurent, G., Cornelissen, L., Yip, O., Zuniga, F., Denhaerynck, K. ... och De Geest, S. (2020). Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103552.
- Doheny, M., Agerholm, J., Orsini, N., Schön, P. och Burström, B. (2020). Impact of integrated care on trends in the rate of emergency department visits among older persons in Stockholm County: an interrupted time series analysis. *BMJ open*, 10(6), e036182.
- Douze, L., Di Martino, C., Calafiore, M., Averlant, L., Peynot, C., Lotin, M. ... och Beuscart, J. B. (2022). The care coordinator's tasks during the implementation of an integrated care pathway for older patients: A qualitative study based on the French National »Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy« Pilot Program. *International Journal of Integrated Care*, 22(2).
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H. ... och Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
- Fristedt, S., Nystedt, P. och Skogar, Ö. (2019). Mobile geriatric teams – a cost-effective way of improving patient safety and reducing traditional healthcare utilization among the frail elderly? A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1911–1924.
- Garåsen, H. och Johnsen, R. (2007). The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Services Research*, 7(1), 1–7.
- Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G. och Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies*. London: Kings Fund.
- Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4).

- Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R., Sargent, P., Boaden, R., Pickard, S. ... och Roland, M. (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ*, 334(7583), 31.
- Gray, B.H., Winblad, U. och Sarnak, D.O. (2016). *Sweden's Esther Model: Improving Care for Elderly Patients with Complex Needs*. Case Study September 15, The Commonwealth Fund.
- Gustafsson, R. Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Doktorsavhandling. Solna: Esselte studium.
- Hagman, L. (2014). *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:6.
- Harris, M., Greaves, F., Gunn, L., Patterson, S., Greenfield, G., Car, J. ... och Pappas, Y. (2013). Multidisciplinary integration in the context of integrated care-results from the North West London Integrated Care Pilot. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V. och Naylor, M. D. (2015). Continuity of care: the transitional care model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3).
- Hovlin, L., Gillsjö, C., Dahl Aslan, A. K. och Hallgren, J. (2021). Mutual trust is a prerequisite for nurses' sense of safety and work satisfaction – Mobile Integrated Care Model: A qualitative interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, OnlineFirst.
- Hughes, G., Shaw, S. E. och Greenhalgh, T. (2020). Rethinking integrated care: a systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 446–492.
- Huntley, A. L., Thomas, R., Mann, M., Huws, D., Elwyn, G., Paranjothy, S. och Purdy, S. (2013). Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Family Practice*, 30(3), 266–275.
- IVO (2018). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Janse, B., Huijsman, R., de Kuyper, R. D. M. och Fabbricotti, I. N. (2016). Delivering integrated care to the frail elderly: The impact on professionals' objective burden and job satisfaction. *International Journal of Integrated Care*, 16(3).

- Johansson, L. och Thorslund, M. (2014). Samverkan i vården och omsorgen om äldre – en evig fråga. I Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (red.). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, L., Sundström, G. och Malmberg, B. (2018). Ett halvt århundrade svensk äldreomsorg – var står stat och familj? *Tidsskrift för omsorgsforskning*, 4(1), 62–68.
- Kassianos, A. P., Ignatowicz, A., Greenfield, G., Majeed, A., Car, J. och Pappas, Y. (2015). »Partners rather than just providers...«: A qualitative study on health care professionals' views on implementation of multidisciplinary group meetings in the North West London Integrated Care Pilot. *International Journal of Integrated Care*, 15.
- Kaufman, B. G., Spivack, B. S., Stearns, S. C., Song, P. H. och O'Brien, E. C. (2019). Impact of accountable care organizations on utilization, care, and outcomes: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 76(3), 255–290.
- Kodner, D. L. (2006). Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & social care in the community*, 14(5), 384–390.
- Kodner, D. L. och Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2.
- Kripalani, S., Theobald, C. N., Anctil, B. och Vasilevskis, E. E. (2014). Reducing hospital readmission: current strategies and future directions. *Annual Review of Medicine*, 65, 471.
- Krohwinkel Karlsson, A. och Winberg, H. (2012). *På väg mot en värdefull styrning. Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. Stockholm: LHC Report, 1.
- Kron, A. (2019). Mobil närvård ger nöjda patienter och minskar trycket på sjukhusen. *VGRFokus*. Tillgänglig: <https://vgrfokus.se/2019/05/mobil-narvard-ger-nojda-patienter-och-minskar-trycket-pa-sjukhusen/> [Hämtad 2023-02-15]
- Laugaland, K., Aase, K. och Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care—a review of the evidence. *Work*, 41(Supplement 1), 2915–2924.

- Leading Change (2018). *Care staff leadership implementing the Esther care model at a care home in Kent*. England NHS. Tillgänglig: https://www.england.nhs.uk/atlas_case_study/care-staff-leadership-implementing-the-esther-care-model-at-a-care-home-in-kent/ [Hämtad: 2023-03-06]
- Leijten, F. R., Struckmann, V., van Ginneken, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M. ... och Rutten-van Mölken, M. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: development and description. *Health policy*, 122(1), 12–22.
- Lifvergren, S. (2013). *Quality improvement in healthcare*. Avhandling. Göteborg: Chalmers tekniska högskola.
- Liljas, A. E. M., Brattström, F., Burström, B., Schön, P. och Agerholm, J. (2019). Impact of integrated care on patient-related outcomes among older people – A systematic review. *International Journal of Integrated Care*. Jul 24;19(3):6.
- Lindberg, K. (2009). *Samverkan*. Malmö: Liber.
- Lochner, K. A. och Shoff, C. M. (2015). Peer reviewed: County-level Variation in prevalence of multiple chronic conditions among Medicare beneficiaries, 2012. *Preventing Chronic Disease*, 12, E07.
- Looman, W., Struckmann, V., Köppen, J., Baltaxe, E., Czypionka, T., Huic, M. ... och Rutten-van Mölken, M. (2021). Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries. *Social Science & Medicine*, 277, 113728.
- Lum, H.D., Studenski, S.A., Degenholtz, H.B. m.fl. (2012). Early Hospital Readmission is a Predictor of One-Year Mortality in Community-Dwelling Older Medicare Beneficiaries. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1467–1474.
- Lusardi, R. och Tomelleri, S. (2018). Phenomenology of health and social care integration in Italy. *Current Sociology*, 66(7), 1031–1048.
- Läkarförbundet (2013). *Varför kan doktorn inte komma? Problembild och lösningar för mer läkarnärvaro*. Stockholm: Läkarförbundet.
- Manderson, B., McMurray, J., Piraino, E. och Stolee, P. (2012). Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 20(2), 113–127.

- Mascia, D., Rinninella, E., Pennacchio, N. W., Cerrito, L. och Gasbarrini, A. (2021). It's how we communicate! Exploring face-to-face versus electronic communication networks in multidisciplinary teams. *Health Care Management Review*, 46(2), 153-161.
- McWilliams, J. M., Hatfield, L. A., Chernew, M. E., Landon, B. E. och Schwartz, A. L. (2016). Early performance of accountable care organizations in Medicare. *New England Journal of Medicine*, 374(24), 2357-2366.
- Mor, V., Leone, T. och Maresso, A. (2014). *Regulating long-term care quality*. Cambridge University Press.
- Morkisch, N., Upegui-Arango, L. D., Cardona, M. I., van den Heuvel, D., Rimmel, M., Sieber, C. C. och Freiburger, E. (2020). Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-18.
- Naylor, M. D. (2012). Advancing high value transitional care: the central role of nursing and its leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 36(2), 115-126.
- Naylor, M. och Keating, S. A. (2008). Transitional care. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 65-73.
- Naylor, M. D., Feldman, P. H., Keating, S., Koren, M. J., Kurtzman, E. T., Maccoby, M. C. och Krakauer, R. (2009). Translating research into practice: transitional care for older adults. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 1164-1170.
- Naylor, M. D., Shaid, E. C., Carpenter, D., Gass, B., Levine, C., Li, J. och Williams, M. V. (2017). Components of comprehensive and effective transitional care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (6), 1119-1125.
- Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Toles, M. P., Jarrín, O. F., Shaid, E. och Pauly, M. V. (2018). Adaptations of the evidence-based transitional care model in the US. *Social Science & Medicine*, 213, 28-36.
- NHS (2022). *What are integrated care systems?* Tillgänglig: <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/> [Hämtad 2023-02-15].
- Nolte, E. och McKee, M. (2008). *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead: European Observatory on Health Systems and Policies.

- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K. ... och Conroy, S. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149–155.
- Pauly, M. V., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Huang, L., Bowles, K. H., Bradway, C. ... och Naylor, M. D. (2018). Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 7(09), 913–922.
- Prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet.
- Purdy, S., Paranjthy, S., Huntley, A., Thomas, R. L., Mann, M. K., Huws, D. W. ... och Elwyn, G. (2012). Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews. Final Report.
- Region Jönköpings län (2022). *Esther SimLab – att träna praktiskt tillsammans*. Tillgänglig: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=44911> [Hämtad 2022-11-21].
- Rennke, S., Nguyen, O. K., Shoeb, M. H., Magan, Y., Wachter, R. M. och Ranji, S. R. (2013). Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 433–440.
- Roland, M., Dusheiko, M., Gravelle, H. och Parker, S. (2005). Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. *BMJ* 330(7486), 289–292.
- SBU (2021). *Trygg hemgång – intensiva hemtjänstinsatser vid utskrivning från slutenvård*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
- SCB (2022). *Prognos: Stora lokala skillnader när Sveriges befolkning växer*. Tillgänglig: <https://www.scb.se/pressmeddelande/prognos-stora-lokala-skillnader-nar-sveriges-befolkning-vaxer/> [Hämtad 2023-02-15].
- Schmidt, I., Lundholm, P., Fastbom, J. och Nyman, F. (2022). *De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg: Centrala iakttagelser av lagstiftning, policys och exempel på tillämpat arbete*. Nordiska ministerrådet.

- Sempé, L., Billings, J., Lloyd-Sherlock, P. (2019). Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review. *BMJ Open*.
- SFS 2001:453 Socialtjänstlag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2022:913 Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Stockholm: Socialdepartementet.
- Singhealth (2022). *ESTHER Network Singapore*. Tillgänglig: <https://www.singhealth.com.sg/rhs/about-us/esther-network-singapore> [Hämtad 2023-02-15].
- Shaw J. A., Stiliannoudakis, S. och Kaiser, R. m.fl. (2020). Thirty-Day Hospital Readmissions: A Predictor of Higher All-cause Mortality for Up to Two Years. *Cureus*, 12(7): e9308.
- Sitzia, J. och Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829–1843.
- SKL (2012). *Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2017). *Trygg hemgång. För effektivare och säkrare utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2018a). *Indikatorer för sammanhållen vård och omsorg. En vägledning med fokus på indikatorer som belyser förmågan till samordning vid utskrivning från slutet vård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2018b). *Nära vård i Borgholm*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR (2020a). *Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR (2020b). *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR (2020c). *Nära vård – Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR (2021). *Informationsöverföring inom vård och omsorg* (SOU 2021:4). Yttrande, 2021-05-28.

- SKR (2022). *Flertalet undersökningar pågår under hösten och vintern 2022*. Tillgänglig: <https://patientenkat.se/nationellpatientenkat/aktuellt/aktuelltinomnationellpatientenkat/flertaletundersokningarpagarunderhostenochvintern2022.67268.html> [Hämtad: 2023-02-15].
- Socialdepartementet (2014). *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (1996). *Ädelreformen – slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en kartläggning av översikter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). *Meddelandeblad nr 9/2020. Kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021a). *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021b). *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021c). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialutskottet (2017). 2017/18: RFR5. Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering. Riksdagstryckeriet, Stockholm.
- SOU 2015:20. *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:53. *God och nära vård En gemensam färdplan och målbild*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin*. Delbetänkande från Coronakommissionen. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOU 2022:41. *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer*. Betänkande av utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner. Stockholm: Socialdepartementet.
- Spangler, D., Lindner, W. och Winblad, U. (2022). The impact of the Swedish Care Coordination Act on hospital readmission and length-of-stay for multimorbid elderly patients: A controlled interrupted time series analysis. Manuskript under granskning. Statskontoret (2014). *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Slutrapport*. Stockholm: Statskontoret.
- Stoop, A., Lette, M., van Gils, P. F., Nijpels, G., Baan, C. A. och De Bruin, S. R. (2019). Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review. *Health & social care in the community*, 27(5), e549–e566.
- Storsthlm och Stockholm läns landsting (2017). Uppföljning av sammanhållen överenskommelse av vård och omsorg för äldre.
- Stranges, P. M., Marshall, V. D., Walker, P. C. Hall, K. E., Diane K. Griffith, D. K. och Tami Remington, T. (2015). A multidisciplinary intervention for reducing readmissions among older adults in a patient-centered medical home. *The American Journal of Managed Care*, 21(2), 106–113.
- Ström, M. (2018). Borgholmsmodellen prisas. *Läkartidningen*. Tillgänglig: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2018/08/borgholmsmodellen-prisas/> [Hämtad: 2023-02-15].
- Ström, M. (2019a). Hyllad Skaraborgsmodell på väg att kollapsa. *Läkartidningen*. Tillgänglig: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/10/hyllade-skaraborgsmodellen-pa-vag-att-kollapsa/> [Hämtad: 2023-02-15].
- Ström, M. (2019b). Ny modell för närsjukvårdsteam på gång i Skaraborg. *Läkartidningen*. Tillgänglig: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/12/ny-modell-for-narsjukvardsteam-pa-gang-i-skaraborg/> [Hämtad: 2023-02-15].
- Sveriges Radio (2022). Missförstånd när äldre skrivs ut från sjukhus: »Man blir frustrerad«. *Sveriges Radio*. Tillgänglig: <https://sverigesradio.se/artikel/missforstand-nar-alldre-skrivs-ut-fran-sjukhus-man-blir-frustrerad> [Hämtad: 2023-02-15].

- Söderlindh, J., Månsson, U. och Johansson, F. (2019). *Ekonomiska effekter av Borgholmsmodellen*. Region Kalmar.
- Think Local Act Personal (2020). *Kent ESTHER Care Philosophy Webinars*. Think Local Act Personal. Kent ESTHER Care Philosophy Webinars – Coronavirus (COVID-19) social care provision: Stories of promise – Covid-19 information – Think Local Act Personal.
- Tousijn, W. (2012). Integrating health and social care: Interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy. *Current Sociology*, 60(4), 522–537.
- Trivedi, D., Goodman, C., Gage, H., Baron, N., Scheibl, F., Iliffe, S. ... och Drennan, V. (2013). The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 21(2), 113–128.
- Vedel, I., och Khanassov, V. (2015). Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 562–571.
- Verhaegh, K. J., MacNeil-Vroomen, J. L., Eslami, S., Geerlings, S. E., de Rooij, S. E. och Buurman, B. M. (2014). Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs*, 33(9), 1531–1539.
- Vårdanalys (2016). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2017) *Från medel till mål*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2020). *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2021). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2022). *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre. International Health Policy Survey (IHP) 2021*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Västra Götalandsregionen (2019). *Breddinförande av Mobil närvård – Slutrapport*. Diarienummer: HS 2019-00305.

- Västra Götalandsregionen (2022). Mobil närvård. *Vårdsamverkan i Västra Götaland*. Tillgänglig: <https://www.vardsamverkan.se/omraden/god-och-nara-varld/mobilnarvard/> [Hämtad: 2023-02-15]
- Weeks, L. E., Macdonald, M., Martin-Misener, R., Helwig, M., Bishop, A., Iduye, D. F., och Moody, E. (2018). The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: a systematic review. *JBIM Evidence Synthesis*, 16(2), 345–384.
- Westrin CG (1986). Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 1986;7(8):280–285.
- WHO (2018). *Integrated care for older people. Realigning primary health care to respond to population ageing*. Genève: World Health Organization; 2017.
- Wieser, H., Mischo-Kelling, M., Vittadello, F., Cavada, L., Lochner, L., Fink, V., ... och Reeves, S. (2019). Perceptions of collaborative relationships between seven different health care professions in Northern Italy. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2), 133–142.
- Yen, H.-Y., Lin, S.-C. och Chi, M.-J. (2022) Exploration of risk factors for high-risk adverse events in elderly patients after discharge and comparison of discharge planning screening tools. *Journal of Nursing Scholarship*, 54, 7–14.
- Yip, O., Huber, E., Stenz, S., Zullig, L. L., Zeller, A., De Geest, S. M. och Deschodt, M. (2021). A contextual analysis and logic model for integrated care for frail older adults living at home: The INSPIRE project. *International Journal of Integrated Care*, 21(2).
- Åhlfeldt, E. (2017). Hållbart utvecklingsarbete i vård och omsorg: Ett institutionellt perspektiv på projektet i en professionell och byråkratisk kontext. Doktorsavhandling. Linköping University Electronic Press.
- Øvretveit, J., Hansson, J. och Brommels, M. (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy* 97(2–3), 113–121.

Trots flera reformer som syftat till att förbättra regioners och kommuners samverkan kring äldre patienters vård- och omsorgsbehov finns fortfarande brister. Vilka är orsakerna till dessa brister och vad får de för konsekvenser? Och finns det något att lära av den internationella forskningen om samverkan kring multisjuka äldre?

Paula Blomqvist är universitetslektor och docent i statsvetenskap, och Ulrika Winblad är professor i hälso- och sjukvårdsvetenskap, båda är verksamma vid Uppsala universitet.

Rapporten är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering«.

