

Allt sämre samverkan runt äldre

Alla vet att det är viktigt med samverkan mellan olika huvudmän, till exempel kommun och region. Men processen utvecklas ändå inte till det bättre. Tvärtom, den förändring som sker är entydigt till det sämre, konstaterar Åsa Moberg på seminarium hos Studieförbundet Näringsliv och Samhälle.

Det kan vara en åldersrelaterad reaktion hos en desillusionerad 75-åring, men jag kan inte minnas när jag senast blev så dyster till mods som när SNS, Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, ordnade seminarium med utgångspunkt i sin aktuella rapport: [Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning.](#)

Kunniga och intressanta talare summerade skickligt en sorglig situation under en aprilmorgon i Stockholm: Ingen vet exakt hur läget är, eftersom bra saker oftast utspelas i projektform och sedan försvinner. Kartläggning av utgångsläget brukar saknas, så det finns inga ingångsvärden att jämföra med vid de uppföljningar som ibland sker, dock aldrig systematiskt så de blir jämförbara från en studie till en annan.



Från vänster: moderator Gabriella Chirico Willstedt, medlemschef och forskningsledare på SNS Dag Salaj,

äldrevårdsöverläkare, Region Örebro län Göran Stiernstedt, styrelseordförande för Karolinska institutet, tidigare statlig utredare och ledamot i Coronakommissionen, Peter Graf vd, Tiohundra, Christine Lorne (C), primärvårdsregionråd, Region Stockholm och längst till höger rapportförfattarna Ulrika Winblad och Paula Blomqvist.

Foto: Allan Seppa

Det finns ett fåtal uppmärksammade goda exempel som inte drivs i projektform: Tiohundra AB i Norrtälje, Borgholmsmodellen och Skaramodellen tillhör de mest kända. Samtliga redovisas kortfattat i den aktuella rapporten. På seminariet medverkade **Peter Graf**, Tiohundras vd, men det framgick dock inte varför en sådan framgång inte får några efterföljare.

Eftersom jag med intresse följt Tiohundra sedan starten vet jag att även det från början 2006 var ett projekt som blev permanent 2016, efter tio år av politiskt tumult. Aktiebolaget ägs av Norrtälje kommun och Region Stockholm, så att multisyjuka äldre kan få en verkligt sömlös övergång mellan exempelvis regionens slutenvård eller sjukvård i hemmet och kommunens hemtjänst. Ingen som får uppleva det lär "vittna" om det, poängen är ju att det inte ska märkas.

När samverkan ska organiseras måste regler skrivas. Lagen föreskriver att samverkan ska ske, men inte hur. *"Gränserna mellan regioner och kommuner är av både geografisk, juridisk, organisatorisk och professionell karaktär."* Med tanke på komplikationsgraden är det underligt att det ibland ändå uppstår fungerande samarbeten. Primärvården har inte fått de ökade resurser som skulle göra det möjligt att ta ett övergripande samordningsansvar.

Idealet är i teorin att patienterna bor kvar hemma, men då blir samordningen svårare och ett tungt ansvar hamnar hos de anhöriga. De multisyjuka äldre som bor hemma (232 000) skattar sin egen hälsa som sämre än de som bor i särskilt boende (84 000), enligt Socialstyrelsen 2020 och 2021. Kraven på samordningen blir extra stora när hemmet är den huvudsakliga

arbetsplatsen, för insatser på olika tider från olika huvudmän. SKR konstaterade 2020: *"Bristen på läkarstöd i hemsjukvården leder ofta till ständiga ansvarsväxlingar, där patienter skickas fram och tillbaka [...] Det är en i grunden opassande och ineffektiv vård."*

Minst tre olika lagar ska följas, 1) hälso- och sjukvårdslagen, 2) socialtjänstlagen och 3) lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus. *"Flera utredningar under senare år pekar mot att de avtal som ingås inte är ändamålsenliga och fungerar dåligt som styrinstrument."*

Rapportens författare är båda verksamma vid Uppsala universitet: **Paula Blomqvist**, universitetslektor och docent i statsvetenskap, och **Ulrika Winblad**, professor i hälso- och sjukvårdsvetenskap. 24 olika företag och myndigheter ingår tillsammans med Läkarförbundet och Vårdförbundet i den referensgrupp som följer SNS treåriga forskningsprojekt *"Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering"*, som kommer att publicera fler rapporter.



Ulrika Winblad, professor i hälso- och sjukvårdsvetenskap och Paula Blomqvist, universitetslektor och docent i statsvetenskap har skrivit rapporten [Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning.](#) Foto Allan Seppa

Det finns för lite personal, för lite kompetens, för lite resurser, ja för lite av allt utom själva "råvaran", de multisjuka äldre. Den gruppen kommer i stället att växa explosionsartat de närmaste åren.

Vi som har turen att (ännu) inte själva höra dit känner alla någon som gör det. Om vi har det minsta intresse för våra medmänniskors vardag har vi kunnat iaktta de brister som beskrivs. Rapportens sista kapitel heter "*Slutsatser och möjliga vägar framåt*". De två områden där bristerna blir tydligast är 1) när äldre med fortsatta vårdbehov skrivs ut från sjukhus och 2) när regionens primärvård ska samverka löpande med den kommunala hemsjukvården kring läkarinsatser.

Rapporten vill reda ut vilka förutsättningar och vilka hinder som finns för samverkan. Hur ser det ut i andra länder? Svårigheter uppstår redan när ett så diffust begrepp som "samverkan" ska definieras.

Oplanerad återinskrivning på sjukhus inom en månad används ofta som mått för att utvärdera. En sådan är ett misslyckande, en extra kostnad för samhället och ett extra lidande för patienten/brukaren. Mellan 2010 och 2019 gjordes stora ansträngningar för att minska den siffran, som ändå ökade från 25,2 procent till 28,5 procent – över hälften av dessa återinskrevs inom en vecka. De vanligaste diagnoserna var KOL, hjärtsvikt och lunginflammation.

Mått med mindre vetenskaplig tyngd är patienttillfredsställelse och tillgänglighet. På det området är de positiva resultaten tydligast. Man kan tycka att detta skulle vara det viktigaste. Forskningen internationellt pekar på att "multiprofessionella team, förstärkt utskrivning och vårdkoordinatorer" fungerar men resultaten är inte entydiga.

Något som också visat sig fungera, men är mindre vanligt i Sverige, är "patient- och anhörigutbildningar i samband med vårdövergångar". Bäst är sammansatta interventioner med flera åtgärder. Det ligger väl i begreppet "samverkan", liksom svårigheten att nå vetenskaplig evidens. Det som ska fastslås vetenskapligt måste kunna isoleras. Vad gjordes? Av vem? Vilken del av insatsen är verksam? Det ska inte finnas någon annat, något störande vetenskapligt bakgrundsbrus. Vid samverkan finns alltid något annat.

Specifikt svenska förvaltningsregler ställer också till det. Coronakommissionen pekade på de problem som skapas av att lagen förbjuder kommuner att anställa egna läkare. Om kommunläkare i äldreomsorgen vore en nyckelfaktor som gjorde skillnad, hur skulle de 290 kommunerna få möjlighet att testa?

Att frågorna är många och intrasslade i varandra är dock inget skäl att inte tänka nytt. Kommunala eller privata forskningsprojekt i äldreomsorgen borde göras möjliga genom politiskt beslutade avsteg från dagens lagar. Hur ska vi annars få veta på vilket sätt lagstiftningen måste förändras?

Text: Åsa Moberg

Ingångsbild: [Mabel Amber, who will one day](#) från [Pixabay](#)