

Bättre liv för sjuka äldre

EN KVALITATIV UPPFÖLJNING



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Bättre liv för sjuka äldre

EN KVALITATIV UPPFÖLJNING

Upplysningar om innehållet:
Maj Rom, maj.rom@skl.se, 08-452 76 02

©Sveriges Kommuner och Landsting, 2012

ISBN: 978-91-7164-763-4

Text: Health Navigator

Omslagsfoto: Thomas Henriksson

Foto inlaga: Casper Hedberg, Thomas Henrikson, Maskot,

Matton, Pia Nordlander och Elisabeth Ohlson Wallin

Produktion: ETC Kommunikation

Tryck: Modintryckoffset, januari 2012

Förord

Det är ingen enkel sak att erbjuda god och säker vård och omsorg till de mest sjuka äldre med behov av olika insatser från flera vårdgivare samtidigt. Det ställer stora krav på samarbete mellan kommuner och landsting men också mellan olika vårdgivare och yrkesgrupper ute på arbetsplatserna.

Sveriges Kommuner och Landsting har under lång tid på olika sätt arbetat för att utveckla goda samverkansformer mellan kommuner och landsting för att säkra kvaliteten i vårdens övergångar. År 2010 påbörjades en särskild satsning på *Bättre liv för sjuka äldre*. Genom en överenskommelse med staten avseende prestationsbaserade statsbidrag till kommuner och landsting för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre skapas förutsättningar att arbeta långsiktigt med förbättringar.

Att fråga efter den äldres upplevelser av vård och omsorg är ett viktigt komplement till den uppföljning som traditionellt genomförs genom att samla in och analysera olika data. Den kvalitativa uppföljning av multistjuka äldre som redovisas i denna rapport ingår i arbetet med *Bättre liv för sjuka äldre*.

Ulla Gurner, utredare från Äldrecentrum, som för SKL:s räkning ansvarat för genomförandet har utvecklat metoden under tio år i Stockholm och Gävle. Denna gång har undersökningen omfattat 298 äldre multistjuka kvinnor och män och deras anhöriga. Intervjuerna har genomförts av personal i de områden där undersökningsgruppen bor. Agneta Brinne, projektkoordinator från Landstinget Gävleborg, har varit den sammanhållande länken mellan deltagarna. Rolf Bowin och Dag Norén från Health Care Management har gjort alla kostnadsberäkningar. Rapporten *Bättre liv för sjuka äldre* har sammanställts av Christian Danielsson och Christofer Montell från Health Navigator AB.

Min förhoppning är att denna rapport ska utgöra ett bra underlag för det utvecklingsarbete som nu pågår i alla kommuner och landsting för att förbättra vård och omsorg om sjuka äldre.

Stockholm i januari 2012



Håkan Sörman

VD Sveriges Kommuner och Landsting

Kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare står inför sex stora utmaningar

- | | |
|--|--|
| <p>1. Det finns brister i samordning och planering mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multistjuka äldre</p> | <ul style="list-style-type: none">› Uppskattningsvis hölls samordnad vårdplanering endast vid 30 procent av utskrivningarna från sjukhus› Primärvården, hemtjänsten och den kommunala hemsjukvården tar inte i tillräcklig utsträckning över ansvaret efter utskrivning från sjukhus› Det saknas ofta en fungerande planering och kommunikation mellan vårdcentral och hemtjänst |
| <p>2. Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de multistjuka äldre</p> | <ul style="list-style-type: none">› Trots att det medicinska ansvaret för den stora majoriteten av gruppen ligger på vårdcentralen träffar de multistjuka äldre endast läkare vid vårdcentral i genomsnitt fyra gånger på 18 månader› Under samma period var tre olika läkare vid vårdcentralen, och totalt 15 läkare i samtliga vårdformer, involverade i de äldres vård |
| <p>3. Det finns brister avseende informationsöverföring och helhetsansvar kring de multistjuka äldres läkemedelsanvändning</p> | <ul style="list-style-type: none">› Under samma period var tre Det är betydande skillnader mellan läkemedelslistan och de läkemedel de äldre säger sig använda› Gruppen har i genomsnitt fler än fem läkemedelsrelaterade problem› Det saknas oftast aktuella läkemedelsgenomgångar› Indikation, mål och uppföljningsplan saknas ofta för behandlingen› Information om läkemedel misstolkas eller tappas ofta bort i samband med övergångar i vården |
| <p>4. De multistjuka äldre och deras anhöriga involveras i inte i tillräcklig utsträckning i utformningen av det kommunala stödet</p> | <ul style="list-style-type: none">› Färre än hälften av de äldre får möjligheten att själva definiera sitt behov av stöd› Många äldre säger upp hemtjänstinsatser eftersom de inte är nöjda med kvaliteten eller på grund av att insatserna inte bemöter deras behov› Hemtjänsten följer sällan upp varför insatser sägs upp |
| <p>5. Kontinuiteten i kontakten med hemtjänsten är bristfällig och det saknas ofta någon som de äldre har en förtroendefull relation med</p> | <ul style="list-style-type: none">› De äldre som har beviljats hemtjänst får i genomsnitt besök av 8 olika personer från hemtjänsten per månad men för vissa äldre är det avsevärt fler som kommer hem till dem› Tre av fyra äldre har en utsedd kontaktperson men de upplever ändå att de saknar en person som de känner att de kan diskutera frågor kring sin hemtjänst med› Kontaktpersonerna träffar bara de äldre i genomsnitt en gång per månad |
| <p>6. Anhöriga står för en stor del av de multistjuka äldres omsorg men de ges inte tillräckligt stöd för att hjälpa sina närstående</p> | <ul style="list-style-type: none">› Anhöriginsatserna var mer omfattande än hemtjänstinsatserna för gruppen› Anhöriga upplever att de får ett för stort ansvar för att koordinera vården och omsorgen runt de äldre och att de inte ges tillräckligt stöd för att hjälpa de äldre› 18 procent av de multistjuka äldre fick dagvård, växelvård, anhängavlastning eller korttidsvård någon gång under 18 månader |

Innehåll

- 7 Sammanfattning
- 13 Kapitel 1. Inledning
- 13 Bakgrund och syfte med studien Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre
- 15 Studiens upplägg och genomförande
- 19 Kapitel 2. Vilka är de multisjuka äldre?
- 19 Multisjuka äldre i relation till andra äldre
- 22 Beskrivning av de multisjuka äldre
- 31 Kapitel 3. Vad tycker de multisjuka äldre?
- 37 Kapitel 4. Utmaningar för huvudmännen och alla aktörer kring de multisjuka äldre
- 37 1. Det finns brister i samordning och planering mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multisjuka äldre
- 40 2. Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de multisjuka äldre
- 44 3. Det finns brister avseende informationsöverföring och helhetsansvar kring de multisjuka äldres läkemedelsanvändning
- 47 4. De multisjuka äldre och deras anhöriga involveras i inte i tillräcklig utsträckning i utformningen av det kommunala stödet
- 48 5. Kontinuiteten i kontakten med hemtjänsten är bristfällig och det saknas ofta någon som de äldre har en förtroendefull relation med
- 49 6. Anhöriga står för en stor del av de multisjuka äldres omsorg men de ges inte tillräckligt stöd för att hjälpa sina närstående
- 53 Kapitel 5. Fyra möjligheter för kommuner och landsting att bättre bemöta multisjuka äldres behov
- 55 1. Kommuner och landsting underskattar potentialen i tidig identifiering av multisjuka äldre och evidensbaserat riskförebyggande arbete
- 56 2. Huvudmännen underskattar värdet av att som beställare tillämpa styrsystem och incitament som kräver en samordnad vård och omsorg kring de mest sjuka äldre
- 58 3. Värdet av anpassade lösningar för de multisjuka äldre är underskattat
- 60 4. Potentialen av att involvera äldre och deras anhöriga i vården och omsorgen är underskattad



Sammanfattning

De allra flesta äldre i Sverige har en god hälsa och klarar sig självständigt i vardagen. En liten grupp äldre har dock sammansatta och omfattande behov av vård och omsorg. Även om gruppen till antalet individer är förhållandevis liten så står den för en stor del av de samlade vård- och omsorgsinsatserna för alla äldre. Under de senaste åren har det uppmärksammats att huvudmännen och aktörerna runt dessa svårt sjuka individer inte lyckas möta deras behov av en sammanhållen och förebyggande vård och omsorg.

Denna rapport presenterar resultat från studien *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*. Studien har genomförts av Sveriges Kommuner och Lands-ting tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner och omfattar intervjuer med 298 personer, 75 år och äldre samt deras anhöriga. Samtliga äldre bor i ordinärt boende, har minst tre diagnoser och betydande vårdbehov. Grup- pens vård- och omsorgsdokumentation, kostnader och läkemedelsanvänd- ning har granskats. Syftet med detta omfattande arbete är att skapa en för- djupad förståelse för sjuka äldres situation genom att belysa gruppens behov, resursinsatser och synliggöra hinder i det befintliga vård- och omsorgssyste- met. Förhoppningen är att detta ska leda till förbättring och förnyelse.

I intervjuerna uppger de multisjuka äldre att de är mest nöjda med den hjälp och det stöd de får från sina anhöriga. De är också nöjda med hemsjuk- vården och kontakterna med den öppna specialiserade vården. Uppfattning- arna kring kvaliteten på slutenvården och hemtjänsten är varierande. Kva- liteten inom primärvården och vid sjukhusens akutmottagningar skattas de som mindre bra. Många av de sjuka äldre tycker att primärvården brister i tillgänglighet, kontinuitet och i sitt uppdrag att planera och koordinera den sammanhållna vården.



Primärvård utgjorde endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. I genomsnitt hade de tillfrågade endast fyra läkarbesök inom primärvården under den studerade perioden av 18 månader. På samma tid hade de lika många sjukhusinläggningar. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 hembesök av en distriktssköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktssköterska.

Resultaten i denna studie ger uttryck för att samhällets insatser för de sjuka äldre fortfarande präglas av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Stora och kostsamma insatser sätts in sent i sjukdomsförloppet, när de är oundvikliga, istället för att satsa på tidiga riskförebyggande insatser. Förebyggande insatser kan levereras till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas rätt och riktas till rätt målgrupper.

Med utgångspunkt i denna omfattande kartläggning presenteras här sex stora utmaningar som kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare står inför. Fyra konkreta möjligheter till förbättring och förnyelse som idag är underskattade föreslås.

Kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare står inför sex stora utmaningar

1. Det finns brister i samordning och planering mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multistjuka äldre

Studien visar att kommuner och landsting inte i tillräcklig utsträckning bemöter de multistjuka äldres behov av samordning, planering och informationsöverföring i vården och omsorgen. Samordningsbristerna finns mellan huvudmännen och deras ansvarsområden men också mellan primärvården och den öppna och slutna specialistvården:

- › Uppskattningsvis hölls samordnad vårdplanering endast vid 30 procent av utskrivningarna från sjukhus
- › Primärvården, hemtjänsten och den kommunala hemsjukvården tar inte i tillräcklig utsträckning över ansvaret efter utskrivning från sjukhus
- › Det saknas ofta en fungerande planering och kommunikation mellan vårdcentral och hemtjänst

2. Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de multistjuka äldre

Studien visar att de multistjuka äldres behov av en läkare som tar ett långsiktigt ansvar ofta inte uppfylls och att primärvården behöver ta ett större helhetsansvar för denna patientkategori:

- › Trots att det medicinska ansvaret för den stora majoriteten av gruppen ligger på vårdcentralen träffar de multistjuka äldre endast läkare vid vårdcentral i genomsnitt fyra gånger på 18 månader
- › Under samma period var tre olika läkare vid vårdcentralen, och totalt 15 läkare i samtliga vårdformer, involverade i de äldres vård

3. Det finns brister avseende informationsöverföring och helhetsansvar kring de multistjuka äldres läkemedelsanvändning

Analysen visar att det ofta saknas en läkare som tar det övergripande ansvaret för den multistjuka äldres läkemedelsanvändning. Det medför både risken att behandlingen inte blir optimal och att den äldre utsätts för risk för allvarliga biverkningar. Det är många olika läkare som förskriver läkemedel till de äldre vilket avspeglas i att:

- › Det är betydande skillnader mellan läkemedelslistan och de läkemedel de äldre säger sig använda
- › Gruppen har i genomsnitt fler än fem läkemedelsrelaterade problem
- › Det saknas oftast aktuella läkemedelsgenomgångar
- › Indikation, mål och uppföljningsplan saknas ofta för behandlingen
- › Information om läkemedel misstolkas eller tappas ofta bort i samband med övergångar i vården

4. De multisjuka äldre och deras anhöriga involveras i inte i tillräcklig utsträckning i utformningen av det kommunala stödet

Studien visar att de multisjuka äldre och deras anhöriga inte har tillräckliga möjligheter att påverka utformningen av omsorgen och dess utförande:

- › Färre än hälften av de äldre får möjligheten att själva definiera sitt behov av stöd
- › Många äldre säger upp hemtjänstinsatser eftersom de inte är nöjda med kvaliteten eller på grund av att insatserna inte bemöter deras behov
- › Hemtjänsten följer sällan upp varför insatser sägs upp

5. Kontinuiteten i kontakten med hemtjänsten är bristfällig och det saknas ofta någon som de äldre har en förtroendefull relation med

Studien visar att kontinuiteten i hemtjänsten brister och att den utsedda kontaktpersonen i många fall inte ges möjlighet eller förmår att etablera en förtroendefull relation till den äldre:

- › De äldre som har beviljats hemtjänst får i genomsnitt besök av åtta olika personer från hemtjänsten per månad men för vissa äldre är det avsevärt fler som kommer hem till dem
- › Tre av fyra äldre har en utsedd kontaktperson men de upplever ändå att de saknar en person som de känner att de kan diskutera frågor kring sin hemtjänst med
- › Kontaktpersonerna träffar bara de äldre i genomsnitt en gång per månad

6. Anhöriga står för en stor del av de multisjuka äldres omsorg men de ges inte tillräckligt stöd för att hjälpa sina närstående

Studien visar att 80 procent av 298 sjuka äldre hade aktivt stöd från sina anhöriga och att de anhöriga många gånger inte ges tillräckligt stöd för att hjälpa de äldre:

- › Anhöriginsatserna var mer omfattande än hemtjänstinsatserna för gruppen
- › Anhöriga upplever att de får ett för stort ansvar för att koordinera vården och omsorgen runt de äldre och att de inte ges tillräckligt stöd för att hjälpa de äldre
- › 18 procent av de multisjuka äldre fick dagvård, växelvård, anhörigavlastning eller korttidsvård någon gång under 18 månader

Fyra konkreta möjligheter till förbättring och förnyelse som idag är underskattade

1. Kommuner och landsting underskattar potentialen i tidig identifiering av multisjuka äldre och evidensbaserat riskförebyggande arbete

Flera internationella och svenska exempel, på både system- och vårdgivar-nivå, har tydliggjort att de hinder som ofta anförs för resurseffektivt före-

byggande arbete går att övervinna. I Storbritannien använder 76 procent av beställarorganisationerna modeller för att förutsäga vilka individer som har hög risk för stora behov av både vård och omsorg framöver. De patienter som identifieras med en hög risk kan erbjudas strukturerade riskförebyggande insatser. De riskförebyggande insatserna blir därigenom bättre riktade och mer resurseffektiva. Vårdgivare har också i ökande omfattning möjlighet att använda verktyg för att tidigt identifiera individer med risk för akut försämrat hälsotillstånd. Kvalitetsregistret Senior alert och testet Mini Mental Test (MMT) är exempel på sådana verktyg.

2. Huvudmännen underskattar värdet av att som beställare tillämpa stysystem och incitament som kräver en samordnad vård och omsorg kring de mest sjuka äldre

Huvudmännen har stora möjligheter att åstadkomma förbättrad kvalitet och resurseffektivitet i vården och omsorgen för de äldre genom att våga ompröva dagens uppdragsformuleringar, beställningar och ersättningsmodeller till vård- och omsorgsgivare. Genom att överge modeller som premierar så kallat ”stuprörstänk” och istället kräva att verksamheterna arbetar mot gemensamma mål kan dessa vinster uppnås. Styrning på några få mätetal som reflekterar kvalitet, som exempelvis *andel patienter som blir återinlagda på sjukhus inom 30 dagar eller andel äldre som har en aktuell vårdplan och aktuella läkemedelsgenomgångar*, kan motivera de olika aktörerna att samarbeta bättre kring de sjuka äldre.

3. Värdet av anpassade lösningar för de multisjuka äldre är underskattat

Det finns stora möjligheter för huvudmännen att satsa på anpassade lösningar för de multisjuka äldre, exempelvis i form av nya processer så som förplanerat omhändertagande, nya organisatoriska lösningar så som äldremottagningar eller nya funktioner så som vårdlotsar/vårdcoacher. Målgruppen sjuka äldre är liten till antalet men driver en stor resursinsats vilket talar för att sår lösningar kan vara intressanta. Lösningarna behöver inte nödvändigtvis innebära genomgripande organisatoriska förändringar av hela vården och omsorgen som ändå fungerar väl för de allra flesta äldre.

4. Potentialen av att involvera äldre och deras anhöriga i vården och omsorgen är underskattad

Kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare har stora möjligheter att öka kvaliteten i omhändertagandet av de sjuka äldre, genom att involvera dem och deras anhöriga i utformningen av vården och omsorgen samt stärka de äldres motivation och kunskap kring egenvård. Erfarenheter visar att ett ökat patient- och brukarinflytande och delaktighet oftast leder till lägre vårdbehov över tid.



Inledning

I detta kapitel presenteras bakgrunden och syftet med studien som denna rapport baseras på. Vidare beskrivs studiens upplägg och genomförande på en övergripande nivå.

Bakgrund och syfte med studien Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre

Medicinska framsteg gör att allt fler äldre med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar kan leva längre med god livskvalitet i det egna hemmet. En förutsättning är att de äldre och deras anhöriga får ett bra stöd från samhället. Vården och omsorgen för äldre behöver utvecklas för att möta de nya förutsättningarna. Det gäller särskilt omhändertagandet av äldre med sammansatta och omfattande behov av vård och omsorg som har många kontakter med olika vård- och omsorgsverksamheter. När många olika aktörer är involverade i vården och omsorgen av den sjuka äldre och behoven är av både medicinsk- och omvårdnadskaraktär blir det utmanade att hålla ihop alla insatser till en sammanhållen vård som utgår från den enskilda individens förutsättningar. Trots omfattande resursinsatser och goda lokala exempel på samverkan står huvudmännen och alla aktörer runt de sjuka äldre fortfarande inför stora utmaningar för att bemöta deras behov och skapa en sammanhållen vård och omsorg.

Bättre liv för sjuka äldre är en av SKL:s prioriterade satsningar. Syftet med satsningen är att bidra med kunskap och stöd till kommuner och landsting för att påskynda utvecklingen av vården och omsorgen för sjuka äldre. Inom

ramen för *Bättre liv för sjuka äldre* har SKL tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner genomfört studien *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*. Syftet med studien är att skapa en fördjupad förståelse för sjuka äldres situation genom att belysa gruppens behov, resursinsatser och synliggöra systemhinder för deras vård och omsorg. Föreliggande rapport sammanfattar resultat från *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* och det är tänkt att kunskapen ska kunna användas i det fortsatta förbättrings- och utvecklingsarbetet på lokal och nationell nivå. En mer utförlig redovisning av studieresultaten finns i rapporten *Utanför sjukhuset – Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende* som är tillgänglig via SKL:s hemsida.¹ I föreliggande rapport kompletteras resultaten från studien *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* med erfarenheter från andra studier av sjuka äldre.

Not. 1. Utanför sjukhuset, Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, Sveriges Kommuner och Landsting, 2011



Studiens upplägg och genomförande

Studien *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* omfattar 298 äldre i ordinarie boende med hög sjukvårdskonsumtion och flera diagnoser. *Multisjuka äldre* definieras i studien som personer, 75 år eller äldre, i ordinärt boende med minst tre sjukhusinläggningar under en tolv månaders period och diagnoser från minst tre sjukdomsgrupper enligt diagnossystemet ICD-10.

Intervjuer med 298 multisjuka äldre och deras anhöriga samt granskningar av register, de äldres journaler och övrig vård- och omsorgsdokumentation har genomförts av medarbetare i de deltagande landstingen och kommunerna med instruktioner och stöd från SKL. Studiepopulationen har identifierats genom slutenvårdsregister och målsättningen har varit att inkludera minst två personer från varje vårdcentral i varje område och att uppnå en jämn könsfördelning. Resultat från de lokala intervjuerna och granskningarna av dokumentation har rapporterats till SKL. Resultaten har där sammanställts i en nationell databas som också innehåller läkemedels- och kostnadsanalyser. SKL har sedan återfört resultaten till de inrapporterande kommunerna och landstingen, som sammanställt lokala rapporter, i syfte att stimulera till lokalt utvecklings- och förbättringsarbete. Undersökningsperioden inföll under åren 2008–2010 och omfattar totalt 18 månader.

FIGUR 1. Deltagande landsting, kommuner och antal tillfrågade äldre

Landsting	Kommuner	Antal tillfrågade äldre
Dalarna	Avesta, Falun, Hedemora	22
Gävleborg	Gävle	21
Jönköping	Eksjö, Sävsjö, Tranås	20
Kalmar	Kalmar, Nybro, Torsås	35
Kronoberg	Ljungby, Markaryd, Älmhult	20
Södermanland	Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs, Trosa, Vingåker	40
Stockholm	Norrälje (Tiohundra)	21
Västerbotten	Skellefteå	24
Västmanland	Västerås	20
Västra Götaland	Orust/Uddevalla	29
Örebro	Örebro	22
Östergötland	Norrköping	24



Analyserna av de äldres läkemedelsanvändning som presenteras i denna rapport är genomförda av apotekare i varje deltagande landsting. De baseras på intervjuer med de äldre och granskning av läkemedelslistor och journalanteckningar.

Kostnadsanalyserna i denna rapport baseras på schablonkostnader för vård- och omsorgsinsatser för multistjuka äldre i Landstinget i Östergötland och Örebro kommun. Schablonkostnaderna är kontrollerade mot faktisk Kostnad per patient (KPP) och Kostnad per brukare (KPB) i samma områden och visar överlag en god samstämmighet med dessa. Den kostnadsmodell som har använts syftar till att på ett enkelt sätt beräkna kostnader utifrån insatser och har fördelen att resultaten blir nationellt jämförbara. Metoden gör inte

anspråk på att ange faktiska kostnader utan syftar till att ge en ungefärlig kostnadsuppskattning och belysa de olika insatsernas relativa kostnadsandel av vården och omsorgen för de multisjuka äldre. Modellen finns tillgänglig på SKL:s hemsida.

I denna rapport redovisas resultaten för samtliga 298 tillfrågade multisjuka äldre. Ingen uppdelning på landsting eller kommun görs i redovisningen av resultat eftersom antalet deltagare från varje landsting/kommun är för litet för att kunna dra slutsatser kring enskilda studerade faktorer. Fynden från studien tyder dock på stora likheter mellan samtliga kommuner och landsting. Som en helhet är gruppen tillfrågade tillräckligt stor och representativ för att belysa och besvara de frågor som studien har sökt besvara.

Begreppet *anhöriga* används i denna rapport både för släktingar till de äldre och för andra närstående till de äldre (vänner, grannar med flera).

Resultat avseende vård- och omsorgskonsumtion (exempelvis antal vårdcentralsbesök eller hemtjänsttimmar) presenteras som medianvärden och vård- och omsorgskostnader som medelvärden om inget annat anges. I syfte att grovt uppskatta gruppens storlek på nationell nivå har analyser av de multisjuka äldres vård- och omsorgskonsumtion i stadsdelen Hägersten-Liljeholmen och Umeå kommun använts. Analyserna från Hägersten-Liljeholmen och Umeå kommun baserar sig på samkörningar av landstingets hälso- och sjukvårdsstatistik och kommunens omvårdnadsstatistik för alla äldre på individnivå.

Det bör påpekas att denna rapport varken i sitt upplägg, redovisning av resultat och slutsatser gör anspråk på att vara vetenskapligt korrekt. Det har varit vår ambition att så korrekt som möjligt återge de sjuka äldres situation och utifrån den kunskapen identifiera utmaningar och utarbeta förbättringsförslag till huvudmännen och vård- och omsorgsgivare.



Vilka är de multisjuka äldre?

I detta kapitel ställs den grupp sjuka äldre som har kartlagts i relation till övriga äldre och alternativa avgränsningar av äldre med stora behov av vård och omsorg. I kapitlet ges också en detaljerad bild av de multisjuka äldres symtom och besvär samt resursinsatserna för deras vård och omsorg.

Multisjuka äldre i relation till andra äldre

I Sverige finns idag ca 1,75 miljoner personer över 65 år och ca 800 000 personer över 75 år. Medellivslängden har ökat dramatiskt under 1900-talet och prognoser visar en fortsatt ökande medellivslängd inom överskådlig tid vilket medför att gruppen äldre kommer att fortsätta växa. År 2020 beräknas antalet personer över 65 år vara 2,1 miljoner och antalet personer över 75 år vara 995 000, vilket skapar en resurs- och kvalitetsutmaning.² De allra flesta äldre har en god hälsa och klarar sig självständigt i vardagen. I ett europeiskt perspektiv befinner sig Sverige i topp avseende självskattad hälsa bland personer över 85 år. Av invånarna över 85 år anser sig 51 procent ha god eller mycket god hälsa. I Österrike, Tyskland och Grekland är motsvarande siffror under 20 procent.³

Not. 2. Sveriges framtida befolkning 2011–2060, Sveriges officiella statistik, SCB

Not. 3. Aktuellt på äldreområdet 2008, SKL, 2008.

”I ett europeiskt perspektiv befinner sig Sverige i topp avseende självskattad hälsa bland personer över 85 år.”

Att åldras är förknippat med ökad risk för sjukdom och många lever med kroniska diagnoser såsom högt blodtryck och diabetes. Ca 65 procent av befolkningen över 75 år har fler än en kronisk sjukdom.⁴ En del äldre är också begränsade i sin förmåga att själva klara aktiviteter i vardagen.

En liten grupp äldre har särskilt omfattande och sammansatta behov av vård och omsorg. Denna grupp individer brukar benämnas multisjuka äldre eller mest sjuka äldre. Det finns idag flera olika definitioner som försöker att avgränsa de multisjuka äldre/mest sjuka äldre (se figur 2). Det finns också förespråkare för att man ska frångå specifika definitioner och istället på ett mer generellt sätt tala om sköra äldre nära sin funktionella sviktgräns. Syftet med alla försök till avgränsningar är att identifiera en särskilt utsatt grupp som är liten till antalet individer men betydande med avseende

FIGUR 2. Beskrivning av olika definitioner av äldre med stora behov

Definition	Beskrivning	Antal individer (% av alla 65+)
Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre (SKL 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • 75+ • Ordinärt boende samt • Under en tolv månaders period • Tre eller fler gånger inom slutenvård samt • Tre eller fler diagnoser från olika sjukdomsgrupper enligt ICD10 	31 000 personer (2 %)
Socialstyrelsens definition (2011)	Tre olika grupper, 65+, definierade utifrån kombinationer av kriterierna nedan: Omfattande omsorg (minst ett av följande kriterier):	Omfattande sjukvård och omfattande omsorg: 29 000 personer (2 %)
	<ul style="list-style-type: none"> • Permanent särskilt boende • Beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad • Korttidsboende 	Omfattande omsorg: 154 000 personer (10 %)
	<ul style="list-style-type: none"> • Beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (Lss) 	
	Omfattande sjukvård (minst ett av följande kriterier under en tolv månaders period):	Omfattande sjukvård eller omfattande omsorg: 286 000 personer (18 %)
	<ul style="list-style-type: none"> • Fler än 19 vård dagar i slutenvården • Fler än tre inskrivningar i slutenvård • Fler än sju besök i öppen specialistvård 	

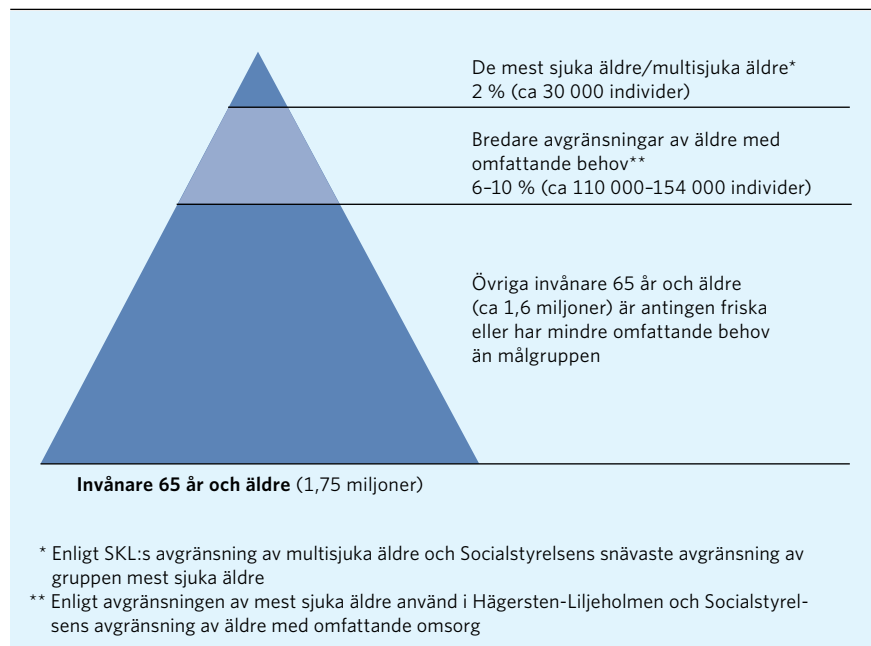
Not. 4. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år - En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård, SOU 2010:48

på den totala vård- och omsorgskonsumtionen. En förbättrad vård- och omsorg för dessa individer har därför en stor resursmässig och kvalitetsmässig hävstångseffekt. Gruppen kan betraktas som utsatt då den utgörs av individer som ofta faller mellan stolarna i dagens vård- och omsorgssystem. För denna grupp är vård- och omsorgssystemet alltför fragmenterat och de äldre blir lidande av aktörernas bristande förmåga att kunna hantera multipla vård- och omsorgsbehov.

Föreliggande studie studerar individer, 75 år eller äldre, med omfattande sjukdom och vårdkonsumtion. Gruppen, som benämns *multisjuka äldre*, omfattar ca två procent (31 000 personer⁵ av alla över 65 år, vilket motsvarar cirka fyra procent av alla äldre över 75 år).

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen under 2011 beslutat om en nationell avgränsning som väger in omfattande behov av både vård och omsorg. Socialstyrelsens snävaste avgränsning omfattar två procent (29 000 personer år 2008) av alla äldre över 65 år och benämns *de mest sjuka äldre*.⁶

FIGUR 3. De mest sjuka äldre utgör en liten del av befolkningen 65 år eller äldre



Not. 5. Antalet personer 65 år eller äldre som omfattas av definitionen *multisjuka äldre* i ordinärt boende baseras på analyser av vård- och omsorgskonsumtionen för gruppen inom stadsdelen Hägersten-Liljeholmen i Stockholm och inom Umeå kommun i Västerbottens läns landsting

Not. 6. De mest sjuka äldre, avgränsning av gruppen, Socialstyrelsen, 2011

Det är inte utrett hur stort överlappet mellan dessa båda grupper är. En viktig skillnad är att en stor andel av de mest sjuka äldre enligt Socialstyrelsens avgränsning bor i särskilt boende.

Även lokalt i kommuner och landsting pågår arbete med att avgränsa målgrupper av sjuka äldre, exempelvis i stadsdelen Hägersten-Liljeholmen i Stockholm stad.⁷

Det är viktigt att komma ihåg att de sjuka äldre inte utgör en statisk grupp. Studierna från Socialstyrelsen och Hägersten-Liljeholmen visar att bara ca en tredjedel av individerna befinner sig i gruppen i mer än ett år. En tredjedel av individerna som befinner sig i gruppen under ett år lämnar gruppen på grund av minskade behov av vård och omsorg under nästkommande år medan den resterande tredjedelen avlider. Att bli vård- och omsorgskrävande är således ofta ett snabbt förlopp och likaså avtar vård och omsorgsbehov hos många sjuka äldre snabbt, vilket har stor betydelse för hur gruppen bör stödjas.

”Det är viktigt att komma ihåg att de sjuka äldre, oavsett definition, inte utgör en statisk grupp. Studier har visat att bara ca en tredjedel av individerna befinner sig i gruppen i mer än ett år.”

Beskrivning av de multisjuka äldre

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende visar att de utgör en heterogen grupp. Några få har trots sin ålder, flera diagnoser och tidigare sjukvårdskonsumtion, en god funktionsförmåga och relativt god hälsa. Andra behöver hjälp med de flesta aktiviteter i vardagen och besväras av svår sjukdom. Som grupp utgör de dock en utsatt andel av befolkningen med sammansatta vård- och omsorgsbehov som långt överstiger behoven hos andra äldre. Därför utgör de en grupp som behöver särskild uppmärksamhet från huvudmännen och vårdgivare.

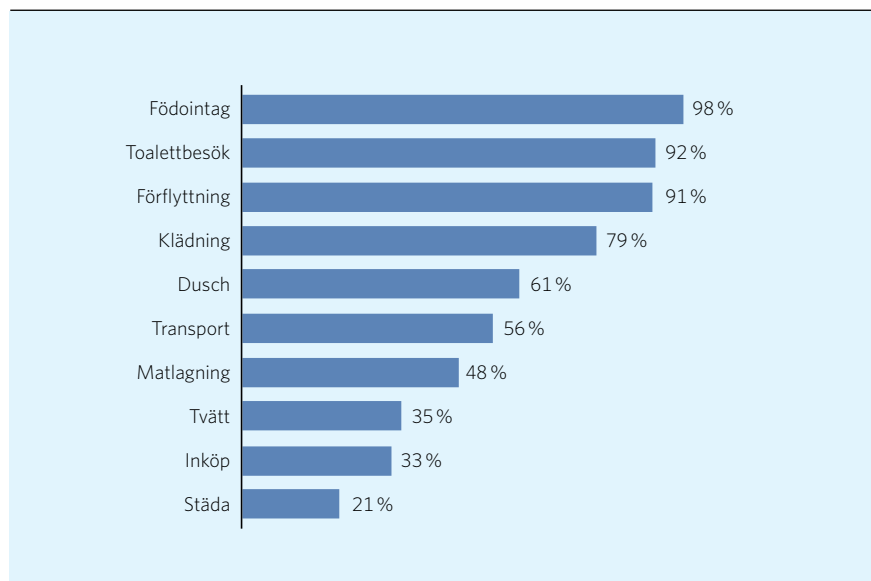
Ålder, funktion och hjälpmedel

En genomsnittlig person bland de sjuka äldre är 83 år gammal och drygt hälften av gruppen är ensamboende. I studien eftersträvades en jämn köns-

Not. 7. Patient- och brukarnytta genom projektet ”Bättre samverkan – Bättre liv”, Analysrapport, Stockholm Stad och Stockholms läns landsting, 2011; notera att studien genomfördes med en annan definition av mest sjuka äldre

fördelning och därför svarar den inte på hur könsfördelningen ser ut bland de multisjuka äldre. De sjuka äldre har nedsatt förmåga att självständigt klara av aktiviteter i sin vardag. Endast en femtedel klarar själva att städa, ca en tredjedel att tvätta och handla och ca hälften klarar själva dusch och transport (se figur 4).

FIGUR 4. De multisjuka äldres funktionsförmåga
Andel av de äldre som självständigt klarar respektive aktivitet



I genomsnitt klarar endast sex av tio av de aktiviteter som ingår i bedömningen av funktionsförmågan enligt den så kallade ADL-trappan.⁸ Helt utan hjälp i vardagen klarar sig tolv procent, medan några har en mycket låg funktionsnivå och stora behov av hjälp i hemmet. De sjuka äldre använder flera olika hjälpmedel som larm och rollator och hela 20 procent är beroende av rullstol.

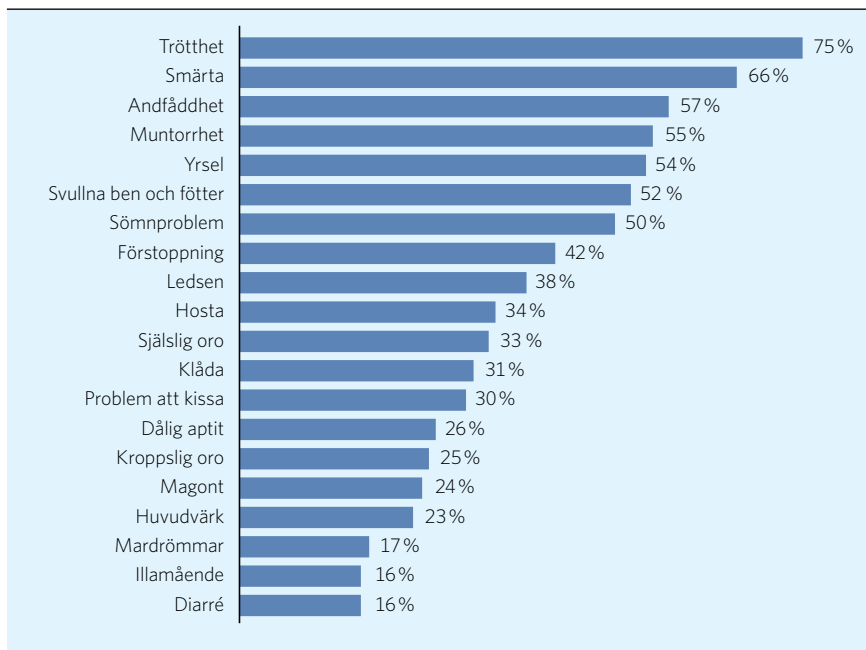
Symtom, besvär, sökorsaker och diagnoser

De äldre som ingår i studien begränsas och besväras ofta av flertalet problem och symtom i vardagen varav de vanligaste är trötthet, smärta, andfåddhet, muntorrhet och yrsel. Utöver dessa uppger de i genomsnitt ytterligare tre besvär av totalt 20 efterfrågade i studien.

Not. 8. ADL-trappan, Hulter Åsberg, K. Lund, Studentlitteratur, 1990

FIGUR 5. Symtom och besvär hos de multisjuka äldre

Andel (%) av de multisjuka äldre med respektive symptom/besvär



Journalgranskningen visar att de framförallt uppsöker läkare i primärvård på grund av hjärt- och kärlsjukdom, läkemedelsrelaterade frågor, smärta, urin-vägsinfektioner och rörelsefunktionshinder.

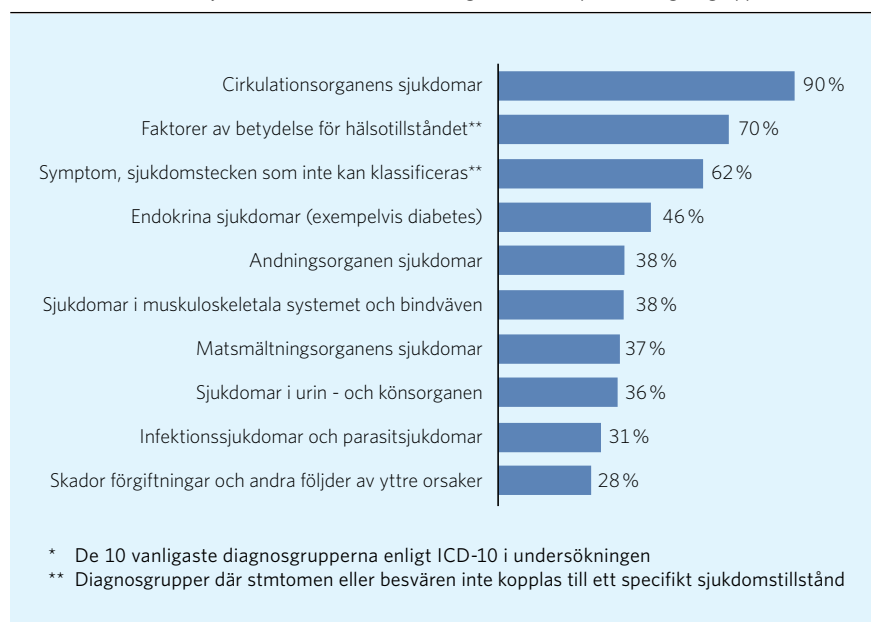
Under en period om 18 månader träffar en tredjedel i gruppen läkare på internmedicinska, kirurgiska och ögonmottagningar inom den öppna specialiserade vården. En fjärdedel träffar läkare i öppen specialistvård på ortopedisk mottagning och en femtedel på hjärtmottagning under samma tidsspann.

Hjärt- och kärlsjukdom återkommer som en viktig del av sjukdomsbilden även inom de multisjuka äldres slutenvård. Hela 90 procent i gruppen har slutenvårdstillfällen relaterade till hjärt- och kärlsjukdom under de studerade 18 månaderna. Det är också mycket vanligt förekommande att vårdas för diagnoser som inte kopplas till ett specifikt sjukdomstillstånd. Dessa diagnoser rör utredning för misstänkt sjukdom och vård för symptom där man inte finner någon specifik diagnos eller orsak. Diagnoserna används inom slutenvården övervägande vid akuta vårdepisoder. Andra vanligt förekommande orsaker till slutenvård är endokrina sjukdomar (exempelvis diabetes), sjukdomar i andningsorganen och sjukdomar i muskler och leder. Sammantaget

är hjärt- och kärlsjukdom det som utmärker sig som den största orsaken till ohälsa i den studerade gruppen varefter flera olika sjukdomar utgör den resterande sjukdomsördan. Att en stor andel av slutenvården inte tillskrivs en diagnos som kan kopplas till en specifik sjukdom kan tolkas som att de multisjuka äldre ofta vårdas akut på grund av försämrat allmäntillstånd eller misstanke om akut sjukdom.

FIGUR 6. Slutenvårdsdiagnoser för de multisjuka äldre

Andel (%) av de multisjuka äldre som vårdats med diagnos inom respektive diagnosgrupp*



Multisjuka äldre bör gagnas av den sammanhängande vård som ges vid geriatriska kliniker. Geriatrisk vård präglas av en helhetssyn av patientens olika diagnoser och funktionsbegränsningar. Trots detta vårdades endast 18 procent av gruppen vid geriatrisk klinik under den studerade 18-månadersperioden.

Vård- och omsorgskonsumtion

De sjuka äldre har frekventa kontakter med många olika vårdgivare inom öppen- och slutenvård. Gruppen är utvald för sin höga slutenvårdskonsumtion vilket avspeglas i att de äldre i genomsnitt har fyra slutenvårdsepisoder och totalt 25 vårddygn under en 18-månadersperiod.

Andra studier visar att en stor del av de multisjuka äldres vårdkonsumtion utgörs av akuta återinläggningar, det vill säga oplanerade sjukhusinläggningar som inträffar efter en tidigare inläggning. I genomsnitt hade de multisjuka äldre i Hägersten-Liljeholmen 3,7 akuta inläggningar per år jämfört med 0,3 akuta inläggningar för alla medborgare över 65 år, motsvarande fler än tio gånger fler inläggningar per person och år.

En nyckelobservation i den föreliggande studien är att den öppna läkarvården av de sjuka äldre i större utsträckning sker inom den specialiserade öppenvården än i primärvården. Gruppen besöker läkare i specialiserad öppenvård i genomsnitt sju gånger (1–68 besök) och akutmottagningen i genomsnitt fyra gånger (1–27 besök) under 18 månader. Under samma period gör de endast fyra läkarbesök på vårdcentral (1–30 besök). Vid vårdcentralen gör de även i genomsnitt fyra distriktssköterskebesök. Förutom dessa besök har de äldre även kontakter per telefon med läkare och träffar andra personalkategorier. Journalgranskningen visar att dessa kontakter sällan är koordinerade och kopplade till en långsiktig plan för de äldres vård och omsorg.

Endast ca hälften av tillfrågade äldre får vård i hemmet av distriktssköterska från primärvården eller av sjuksköterska inom den kommunala hemsjukvården. De som får hemsjukvård har i genomsnitt elva besök av distriktssköterska eller 17 besök från den kommunala hemsjukvården. I några av de områden där kommunen tagit över hemsjukvårdsansvaret sker hemsjukvårdsbesök både av vårdcentralens distriktssköterskor och av kommunens sjuksköterskor. Journalgranskningen visar att hemsjukvårdsinsatserna inte är sammanhållna utan utförs av många olika sjuksköterskor, ofta utan fungerande samråd med läkare. Hembesök av läkare sker i liten utsträckning för gruppen.

”Studien visar att de multisjuka äldre var inlagda på sjukhus lika många gånger som de besökte läkare på vårdcentralen. Det väcker frågor om vården levereras på den mest effektiva nivån och i rätt tid.”

De multisjuka äldres omsorgskonsumtion varierar stort. Det är uppseendeväckande att endast 60 procent av de multisjuka äldre någon gång har insatser från hemtjänsten om man tar i beaktande att 88 procent behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor. Anhöriga, i form av familj och andra som står den

multisjuka äldre nära, står för en stor del av stödet till gruppen. Totalt står de anhöriga för mer stöd till gruppen än vad hemtjänsten gör. De som får stöd från hemtjänsten har i genomsnitt hemtjänstinsatser motsvarande drygt 15 timmar i månaden. För många av de äldre är hemtjänsten dock betydligt mer omfattande än så.

”Inte mer än drygt varannan av de multisjuka äldre hade också någon omsorgsinsats. Multisjuklighet och hög vårdkonsumtion behöver inte nödvändigtvis betyda att den äldre också har stora omsorgsinsatser.”

Andra studier visar att multisjuklighet och hög vårdkonsumtion inte nödvändigtvis betyder att den äldre också har stora kommunala omsorgsinsatser. Socialstyrelsens kartläggning från 2008 har visat att endast 10 procent av de 286 000 personer över 65 år som erhåller antingen omfattande omsorg och/eller omfattande vård erhåller både omfattande vård och omsorg. Hägersten-Liljeholmens undersökning av äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov visar att ca en tredjedel av de 10 procent mest vårdtunga äldre över 65 år inte har insatser från kommunen.

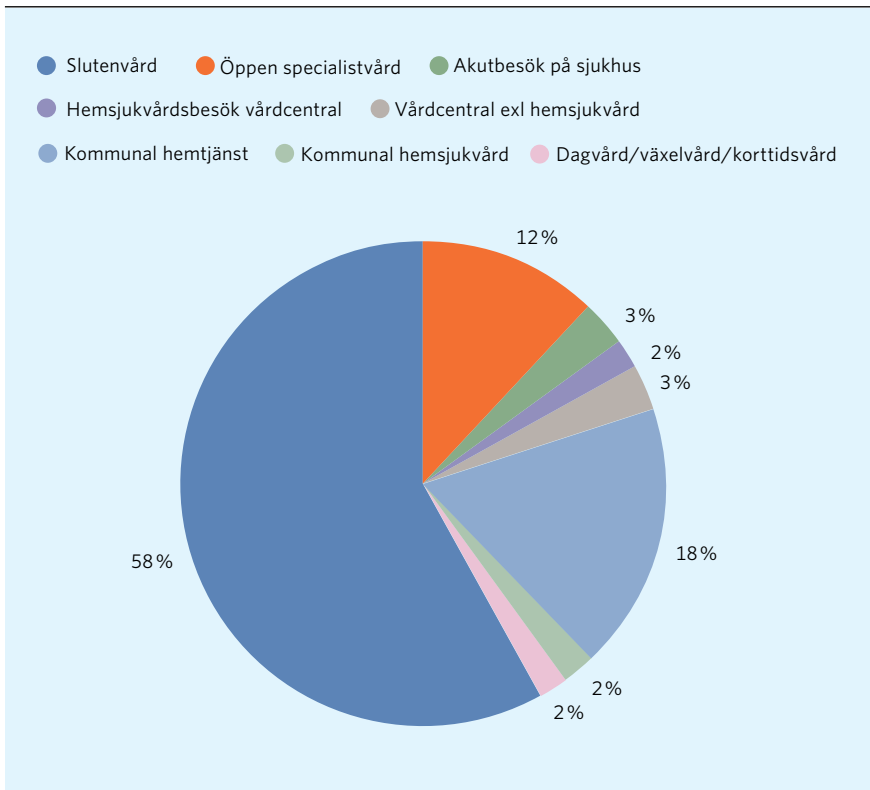


Vård- och omsorgskostnader

De sjuka äldre driver stora kostnader för vård- och omsorg för huvudmännen. Vården och omsorgen för de 298 studerade multisjuka äldre kostade totalt 123 miljoner kronor under de 18 studerade månaderna. För hela gruppen sjuka äldre enligt definitionen som används i denna studie uppgår kostnaden till ca 8,5 miljarder per år. För den enskilda sjuka äldre motsvarar detta en genomsnittlig resursinsats på 412 000 kronor under en 18-månadersperiod. Resursinsatserna per person varierar kraftigt inom gruppen, mellan 55 000 kronor och 1,2 miljoner kronor.

Den höga slutenvårdskonsumtionen avspeglas i att vårdkostnaderna domineras av kostnader för slutenvård. Slutenvård utgör den överlägset största enskilda kostnadsdrivaren och står för 58 procent (239 000 av 412 000 kronor) av de totala kostnaderna under en 18-månadersperiod (se figur 7).

FIGUR 7. Fördelning av vård- och omsorgskostnader för en multisjuk äldre





Specialiserad öppenvård utgör tolv procent (50 000 kronor) och akutvård vid akutmottagningen tre procent (12 000 kronor). Den begränsade omfattningen av läkarvård i primärvården avspeglas i de låga kostnaderna för vården vid vårdcentral, som utgör tre procent av de totala kostnaderna (motsvarande 12 000 kronor). Likaså står vård i hemmet för en liten del av resursinsatserna. Hemsjukvård via distriktssköterska från vårdcentralen eller via den kommunala hemsjukvården utgör två procent vardera (motsvarande totalt 16 000 kronor).

Kostnaden för hemtjänst utgör 18 procent (74 00 kronor) av den totala resursinsatsen inom vård- och omsorg för den genomsnittliga sjuka äldre.

De multisjuka äldre är betydligt mer resurskrävande än den genomsnittliga äldre över 65 år. Resultat från undersökningen i Hägersten-Liljeholmen visar att vård och omsorgskostnaderna för de sjuka äldre är drygt tre gånger större än en genomsnittlig medborgare 65 år eller äldre.



Vad tycker de multisjuka äldre?

I detta kapitel ges en beskrivning av vad de tillfrågade äldre och deras anhöriga tycker om vården och omsorgen.

I intervjuer med de tillfrågade äldre och deras anhöriga framkommer deras uppfattning om innehållet i vården och omsorgen. Framförallt har frågorna som ställts fokuserat på att inhämta uppfattningar kring befintliga insatsers kvalitet, vad som saknas i omhändertagandet och hur de upplever att samarbete och samordning mellan olika vård och omsorgsgivare fungerar.

På den generella frågan om vad de tillfrågade äldre tycker om vården och omsorgen uttrycker de allra flesta att de är nöjda och betonar att mötet med de olika personalkategorier de träffar är gott. ”Det är bra som det är” är en vanlig åsikt. En mer nyanserad bild, som också speglar brister och missnöje, framträder dock vid frågor kring det specifika innehållet i vården och omsorgen. Det finns en stor spridning i de äldres åsikter kring primärvård, öppen specialistvård, akutbesök, slutenvård och hemtjänst. Det finns exempel på positiva och negativa upplevelser och åsikter från enskilda kontakter och möten med alla verksamheter. Samtidigt framträder ett flertal tydliga mönster avseende upplevd kvalitet av olika verksamheter.

Mest nöjda är de äldre med anhörigas hjälp och stöd. De anhöriga upplevs som en stor trygghet och en viktig källa till social samvaro. En av de äldre uttrycker sin uppskattning: ”Vardagslivet fungerar när anhöriga finns. Utan dem skulle jag inte klara mig.” Anhöriga delar bilden av att det är värdefullt att ta hand

om de äldre, men upplever inte att de ges tillräckliga förutsättningar och efterfrågar mer avlastning för att på ett bättre sätt kunna hjälpa sina äldre. En anhörig beskriver belastningen: *”Jag blev slutkörd och sjukskriven.”*

”Mest nöjda är de tillfrågade äldre med anhörigas hjälp och stöd.”

Generellt är de tillfrågade nöjda med hemsjukvården och den öppna specialistvården. Exempelvis beskriver några av de äldre kvaliteten i hemsjukvården: ”Distrikts-sköterskekontakten fungerar mycket bra” och den specialiserade öppenvården: ”Dialogen mellan onkolog och oss var suverän. Här finns mycket att lära för övriga inom vård och omsorg.” Däremot upplever många att den öppna specialiserade vården, som är fokuserad på en av deras flera diagnoser eller besvär, inte alltid tar hänsyn till hela situationen och andra behandlingar.

Den upplevda kvaliteten på slutna sjukhusvård är varierande. Många av de tillfrågade äldre uttrycker att de inte får den information de behöver och att personalen ofta upplevs som stressad. En person berättar: ”Läkarna är överbelastade och hinner inte prata, fick inte bra information utan bara medicin, frun fick söka information på webben om vilken mat man skulle undvika” och en anhörig beskriver: ”Det är stressigt för personalen, de hinner inte informera anhöriga om vad som händer, man blir hela tiden överraskad.” Många identifierar problem med sin medicinering i samband med utskrivning från sjukhus i form av uteblivna ordinationer och att läkemedelslistor inte är uppdaterade. Anhöriga upplever att utskrivning från sjukhus sker för tidigt och att det ofta saknas en plan för omhändertagande i hemmet. En anhörig berättar om utskrivningen av sin mor: ”Vi vet inte vad som är planerat. En gång blev mamma hemskickad i dåligt skick. Hon hade mycket vätska i kroppen och högt blodtryck och blev snart återinlagd.”

Olika uppfattningar framkommer också om kvaliteten inom hemtjänsten. Många av de tillfrågade uttrycker att personalkontinuiteten är låg och att det är för många olika personer från hemtjänsten som kommer hem till dem. Exempelvis beskriver ett par tillfrågade äldre i intervjuerna: ”Det kommer olika personer hela tiden, i snitt 7–10 personer per vecka.” och ”Det är svårt att hela tiden beskriva vad som ska göras.”

En annan vanligt förekommande åsikt bland de tillfrågade och deras anhöriga är att inflytandet och möjligheterna att påverka utformningen och genomförandet av insatserna är lågt. Exempel på åsikter om inflytandet från

de tillfrågade äldre är: ”Hemtjänsten har inte varit så lätt att påverka. De vill gärna dra ner på hjälpen och säger att det kan du klara själv” och ”Mycket är slarvigt, jag får tjata för att få den hjälp jag behöver.”

Flera upplever att de saknar en kontaktperson som de har en förtroendefull relation till med vilken de kan diskutera frågor som rör deras hemtjänst. Några av de äldre belyser problematiken: ”Jag har ingen kontaktperson”, ”En fungerar som kontaktperson, men henne ser jag inte här så ofta” och ”Jag har två kontaktpersoner men jag tycker inte att de verkar veta vad de ska göra för mig.”

De tillfrågade äldre är generellt mindre nöjda med tillgängligheten, kontinuiteten och ansvarstagandet från primärvården och husläkaren. På vårdcentralen upplevs framförallt läkarkontinuiteten som ett problem. Tre beskrivande exempel på hur de tillfrågade upplever kvaliteten i omhändertagandet på vårdcentralen: ”Det beror helt på vilken av de många olika läkarna jag har kontakt med.”, ”Vi har försökt att undvika kontakt med vårdcentralen så långt det varit möjligt” och ”Det som är jobbigt är att man inte alltid får samma läkare på vårdcentralen.” Många beskriver att de saknar en enskild läkare som de uppfattar har en överblick över deras sjukdomar och medicinering. Många upplever också att låg tillgänglighet hindrar dem från att få den hjälp de behöver. De har svårt att få kontakt med vårdcentralen per telefon och besökstid när de önskar samt tycker att det är svårt att hinna med allt på de korta besöken. En av de äldre berättar: ”Jag får bara en kvart och får bara ta upp en krämpa i taget. Jag ser att han sitter och tittar på klockan. Det är också svårt med telefonkontakt utifrån många knapptryck och det går för fort med informationen.” En anhörig beskriver svårigheten att få kontakt med husläkaren: ”När dom inte hittar något skickas hon hem och själv vill jag gärna veta vad som är fel och orsakar besvären. Har sökt kontakt med husläkaren men han var mycket upptagen.”

”På den generella frågan om vad de tillfrågade äldre tycker om vården och omsorgen uttrycker de allra flesta att de är nöjda och betonar att mötet med de olika personalkategorier de träffar är gott.”



Även mötet med den akuta vården på sjukhus upplevs av flera som bristfälligt. Vid besök på akutmottagningen är de tillfrågade äldre missnöjda med att få vänta länge, att de får bristfällig information och att deras smärta inte behandlas tillfredställande. Vanligt är beskrivningar av en känsla av övergivenhet när de ligger och väntar på akutmottagningen. Tre exempel från intervjuerna om den upplevda kvaliteten på akutbesök: ”Det är besvärligt när man inte får mat eller dryck på många timmar och brist på information”, ”Det är lång väntan, jag har väntat upp till 11 timmar. Önskar att man kunde få bättre information vad som händer – eller snarare inte händer” och ”Man kommer in i ett rum och får klä av sig och får sen ligga där och frysa. Jag får sen själv säga till om en filt.”

”De tillfrågade äldre är mindre nöjda med vården på akutmottagningen och med tillgängligheten, kontinuiteten och ansvarstagandet från primärvården och husläkaren.”

Anhöriga är generellt sett mindre nöjda med de äldres vård och omsorg än de äldre själva. De anhöriga uppfattar framförallt bristen på samordning mellan de olika aktörerna som ett stort problem. Anhöriga berättar om de hur de upplever samordningen kring de äldre: ”Det finns knappast något samarbete, det är rena rama turen om det råkar fungera” och ”Sjukhuset har bristande kunskaper om kommunens insatser. Det brister i samverkan och kunskaper om varandras områden”

De upplever också att det är svårt att förstå hur vården och omsorgen är organiserad och att de får ta ett för stort ansvar för att koordinera de olika vård- och omsorgsinsatserna.

Tre anhöriga berättar: ”Det har varit så många personer inblandade från olika håll så vi visste inte riktigt vad alla gjorde”, ”Det blir för mycket ansvar lagt över på oss anhöriga” och ”Jag måste alltid själv ta kontakt om min förälder. Då har det fungerat bra.”



Utmaningar för huvud- männen och alla aktörer kring multisjuka äldre

I detta kapitel presenteras sex identifierade utmaningar som kommuner, landsting och enskilda vård- och omsorgsgivare står inför i deras vård och omsorg om de sjuka äldre.

1. Det finns brister i samordning och planering mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multisjuka äldre

De tillfrågade äldre och deras anhöriga upplever brister i informationsöverföringen, planeringen och uppföljningen mellan olika vård- och omsorgsgivare.

Resultaten från studien visar att planering av de multisjuka äldres vård- och omsorg sällan utformas eller följs upp i samråd mellan de olika vård- och omsorgsaktörerna. Samordningsbristerna finns mellan huvudmännen men också mellan primärvården och den öppna och slutna specialistvården.

Föreliggande studie har kartlagt antalet samordnade vårdplaneringar som hållits vid utskrivning från slutenvård och i hur stor utsträckning representanter från vården och omsorgens olika verksamheter medverkat. Resultaten visar att ca tre av fem av de sjuka äldre någon gång under de studerade 18 månaderna hade en samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus. Uppskattningsvis hölls samordnad vårdplanering endast vid 30 procent av utskrivningstillfällena. Vid dessa medverkade oftast kommunens biståndsbedömare medan personal från hemtjänsten och distriktssköterska från



FALLBESKRIVNING 1

Gösta är 83 år. Ett långt arbetsliv som truckförare och gjutare gör sig påmint i kroppen i form av en besvärlig värk i ryggen och problem att gå. Gösta har dessutom haft flera hjärtinfarkter och som en följd av det fått både svår kärlekskramp och hjärtsvikt. Detta har förändrat Göstas liv: ”Det som är mest värdefullt är att familjen och jag själv mår bra. Det som är besvärligt är att jag inte kan röra på mig mer och att jag inte kan köra bil. Jag har flyttat från huset för det var för jobbigt.”

Gösta har flyttat från hustrun Ellen och bor idag i ett anpassat boende med hjälp av hemtjänst. Hustrun Ellen städar, handlar, tvättar och lagar mat samt sköter ekonomin. Gösta har trygghetslarm och hemtjänsten hjälper till med dusch, på- och avklädning samt tillsyn på natten. Han är inte nöjd med det är så många olika personer från hemtjänsten som besöker honom: ”Det är omkring sju olika som kommer varje vecka. Jag önskar att jag slapp nattbesöken.”

Göstas olika hälsoproblem har medfört att han behöver upprepade sjukvårdsinsatser. Under de senaste 18 månaderna har han haft lika många akutbesök som besök hos vårdcentralen och totalt har han varit i kontakt med minst 20 olika läkare. Hustrun Ellen berättar: ”Varje vårdtillfälle på sjukhus har inneburit nya läkare och med varje ny läkarkontakt upprepningar och onödiga diskussioner. Det är också problematiskt att det bara är hemtjänsten som får meddelande om att han legat på sjukhus och inte hans egen läkare.”

Not: Gösta och Ellen heter egentligen något annat

vårdcentralen medverkade betydligt mer sällan (vid 9 procent respektive 29 procent av fallen). Läkare från primärvården var aldrig med vid vårdplaneringarna. Läkarna i primärvården får del av utskrivningsanteckningar från slutenvården. Att informationen når fram är en förutsättning för att primärvårdsläkaren ska kunna följa upp och omvärdera planen för patientens vård.

Studien visar att det i genomsnitt tar åtta dagar innan primärvårdsläkarna signerar utskrivningsanteckningen men att det många gånger tar betydligt längre tid. Alla multisjuka äldre är beroende av en god samordning mellan primärvård och den öppna och slutna specialistvården. Kartläggningen av vårdplaneringar och utskrivningsmeddelanden tyder på att samordningen däremellan inte fungerar tillfredställande för de äldre i studien.

”Samordningsbristerna finns mellan huvudmännen och mellan primärvården och den öppna och slutna specialistvården.”

För den äldres fortsatta vård och omsorg är det också viktigt att primärvårdens plan och mål för vården även genomsyrar hemsjukvårdens och hemtjänstens insatser. Granskningen av vård och omsorgsdokumentationen indikerar att en tydlig och långsiktig individuell vårdplan både inom primärvården och inom hemtjänsten ofta saknas och att kommunikationen över huvudmannagränsen kring planering och uppföljning är mycket begränsad.

Flera kommuner samarbetar med landstingen i särskilda samverkansformer för att förbättra omhändertagandet för äldre med sammansatta vård- och omsorgsbehov. De äldre i denna studie fick i liten utsträckning del av sådana samordnade insatser. Ett fåtal var under undersökningsperioden inskrivna i palliativ vård eller avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Den vanligaste specifika samverkansinsatsen var enstaka möten i vårdplanerings- eller hemsjukvårdsteam, som ca 10 procent av de tillfrågade hade tillgång till.

Sammantaget visar studien att kommuner och landsting inte i tillräcklig utsträckning bemöter de multisjuka äldres behov av samordning och samarbete kring planering och informationsöverföring i vården och omsorgen. Samordningen mellan huvudmännen är en utmaning, men också samordningen mellan primärvård och specialiserad öppen- och slutenvård inom landstingen.

2. Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de multisjuka äldre

De tillfrågade sjuka äldre och deras anhöriga upplever ofta att det inte finns någon som tar det övergripande långsiktiga ansvaret för deras vård. De uttrycker även att tillgängligheten och läkarkontinuiteten på vårdcentralen utgör ett hinder för att de ska få den hjälp de behöver.

Sjukvårdsdokumentationen bekräftar de äldres och deras anhörigas upplevelser. Trots att det övergripande medicinska ansvaret för de äldre i huvudsak ligger på vårdcentralerna visar journalgranskningen att de äldre sällan träffar primärvårdsläkarna (i genomsnitt endast fyra gånger under 18 månader) och läkarkontinuiteten där är låg.

En tät kontakt mellan läkare och patient är en förutsättning för att läkaren och övrig medicinsk personal inom primärvården ska kunna ta det

medicinska ansvaret och samordna planering och prioritering av patientens vård. Det medicinska ansvaret bedömdes för ca nio av tio av de sjuka äldre ligga på vårdcentralen. Ansvaret delades för en femtedel av de äldre med läkare i öppen specialistvård och för en liten andel med den kommunala hemsjukvården. I genomsnitt var tre olika läkare på vårdcentralen involverade i de äldres vård vid i genomsnitt fyra läkarbesök under de studerade 18 månaderna. Samtidigt hade de äldre under perioden sju besök hos läkare i öppen specialistvård och fyra inneliggande vårdepisoder. I genomsnitt var totalt 15 olika läkare involverade i den sjuka äldres vård. Alla dessa kontakter belyser behovet av en läkare som tar det övergripande medicinska ansvaret för prioritering och planering av vården. Resultaten från den här studien visar att de sjuka äldres behov av en läkare som tar det ansvaret idag inte uppfylls.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 5§ ska primärvården svara för befolkningens grundläggande behov medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Formuleringen återkommer i landstingens uppdragsbeskrivningar till primärvårdsgivarna. I exempelvis Stockholms läns landstings uppdragsbeskrivning till primärvården 2011 beskrivs dessutom att: "Vårdgivaren skall prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov samt kroniskt sjuka patienter till fasta och kontinuerliga vårdkontakter samt koordinera vården och läkemedelsbehandlingen för dessa patientgrupper."

Det kan samtidigt konstateras att de beställnings- och ersättningsmodeller som styr vårdvalsenheter inom primärvården inte till fullo stödjer och stimulerar primärvården att ta ett sådant heltäckande och omfattande ansvar för sjuka äldre.

"I genomsnitt är tre läkare vid vårdcentralen och totalt 15 läkare involverade i de äldres sammanlagda vård, vilket väcker frågan om kontinuiteten kan förbättras."

Bilden av att vården för äldre med komplexa behov i liten utsträckning bedrivs från vårdcentralerna utan istället koncentreras till den öppna specialistvården och slutenvården bekräftas av andra studier. I Umeå visar en kartläggning av sjukvårdskonsumtionen för alla invånare 65 år, att i takt med att



sjukvårdskostnaderna ökar, så minskar både den totala mängden och andelen av vården som utgörs av läkarbesök vid vårdcentral.⁹

De tillfrågade äldre och deras anhörigas upplevelser av brister i tillgängligheten till vård bekräftas även av nationella undersökningar. I den återkommande undersökningen av patienternas upplevda kvalitet i vården, *Nationell patientenkät*, skattas tillgängligheten som sämre i jämförelse med andra parametrar.¹⁰ Befolkningsundersökningen *Vårdbarometern* visar också att personer som skattar sitt hälsotillstånd som lågt upplever sämre tillgång till vård.¹¹ De sjuka äldre i denna undersökning kan i hög utsträckning antas tillhöra den gruppen.

Not. 9. Strategier för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre inom ramen för Multi7, Umeå kommun och Västerbottens läns landsting, 2011

Not. 10. Nationell patientenkät 2010, Sveriges Kommuner och Landsting

Not. 11. Befolkningsundersökning 2010, Vårdbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting

FALLBESKRIVNING 2

Nils är 86 år. När han var yngre arbetade han som buss- och spårvagnschaufför. Nu bor han med sin fru i en lägenhet en trappa upp från gatan. Nils har färdtjänst men i övrigt klarar han och frun sig själva och hjälps åt i vardagen. Med åldern har Nils fått flera sjukdomar, bland annat hjärtsjukdom, njursvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Han har också tidigare haft en propp i lungan och totalt har han 14 olika diagnoser. Nils tycker att hans hälsa är dålig. Varje dag har han ont i nacke och rygg, känner sig trött och andfådd och besväras av torrhet i munnen. Han är orolig för sin KOL och känner sig nedstämd.

Nils har besökt akutmottagningen åtta gånger och varit inlagd på sjukhus vid sju tillfällen under de senaste 18 månaderna. Under samma period har han varit på vårdcentralen tre gånger. Nils dotter beskriver att kontakten med vårdcentralen inte alls fungerar: ”det är så långa väntetider och personalen är kort i tonen”. Hennes pappa har fått träffa många olika läkare och hon tycker inte att han blivit väl bemött. Hon berättar: ”Vissa läkare har en tendens att prata över huvudet på patienten, de pratar mer med mig som anhörig än med pappa.”

Nils har många olika läkemedel för sina besvär, totalt 14 olika. Han upplever inte några problem med detta men han önskar att det skulle kunna finnas något bra läkemedel mot KOL. Apotekaren som har talat med Nils och gjort en genomgång av hans läkemedelsanvändning har dock konstaterat att det finns flera problem.

Apotekaren berättar att de läkemedel som skrivs ut på recept på vårdcentralen är olämpliga för äldre och för hans diagnoser. Nils var inte heller informerad om att de receptfria läkemedel han tar är olämpliga med tanke på hans övriga medicinering och sjukdom. Det framkom också att vårdcentralen inte har gått igenom Nils läkemedelsanvändning och att medicinlistan inte var uppdaterad. Dessutom har remisser från sjukhuset inte åtgärdats och ingen samordning mellan primärvården och slutenvården finns kring Nils läkemedelsbehandling.

Apotekaren berättar att en stor del av den trötthet och muntorrhet som Nils upplever kan bero på hans medicinering och det finns risk för allvarigare biverkningar, såsom blödning, om inga förändringar sker.

Not: Nils heter egentligen något annat

3. Det finns brister avseende informationsöverföring och helhetsansvar kring de multisjuka äldres läkemedelsanvändning

De tillfrågade äldre och deras anhöriga beskriver brister i information kring och hantering av gruppens läkemedelsbehandling. De saknar någon som har en överblick över deras medicinering och upplever framförallt problem med läkemedel i samband med akutbesök och inläggningar.

De äldres läkemedelsanvändning undersöktes genom intervjuer samt analys av journaler och läkemedelslistor. Granskningen bekräftar beskrivningen av att det finns stora brister i informationsöverföring och helhetsansvar kring läkemedelsanvändning för gruppen. Det är vanligt att information kring läkemedelsbehandling misstolkas eller tappas bort och att de äldres många läkemedel ger upphov till biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem.

”Det är vanligt att information kring läkemedelsbehandling misstolkas eller tappas bort och att de multisjuka äldres många läkemedel ger upphov till biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem.”

De äldres många diagnoser återspeglas i att de använder många läkemedel. I genomsnitt har de tio läkemedel (1–27) varav de vanligaste är blodförtunnande läkemedel, läkemedel mot hjärtsvikt, läkemedel mot högt blodtryck och lättare smärtstillande läkemedel. Detta får anses som en omfattande läkemedelsanvändning som är jämförbar med de nivåer som funnits hos äldre i särskilt boende.¹² Det finns stora skillnader mellan vilka läkemedel de själva uppger att de använder och de läkemedel som finns registrerade i deras journal. Av de läkemedel som de äldre använder finns 10 procent inte angivna i journalen och 20 procent av de läkemedel som finns angivna i journalen uppger sig patienten inte använda. Dessa resultat överensstämmer med tidigare studier av äldres läkemedelsanvändning.^{13,14} I de flesta fall innebär detta

Not. 12. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning, KÄLLA projektet, Socialstyrelsen, 2004

Not. 13. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting 2006

Not. 14. Hemma-DAKS. Läkemedelsgenomgångar i samverkan för äldre personer i ordinärt boende, anslutna till hemsjukvården. Nestor FoU-center, 2009

ingen eller låg risk för patienten. De vanligaste identifierade skillnaderna mellan vad patienten använder och vad som finns angivet i läkemedelslistan rör exempelvis lätta smärtstillande preparat och läkemedel mot förstoppning. Vid analysen identifierades dock fall där patienten använde läkemedel som kan medföra risk för biverkningar om de inte följs upp (exempelvis läkemedel mot hjärtsvikt) och fall där patienten inte använde läkemedel, där utebliven behandling kan medföra hälsorisker (exempelvis läkemedel mot kärlekskramp).

Granskningen visar också att de äldre har flera läkemedelsrelaterade problem (LRP). I genomsnitt har de äldre 5,1 LRP, varav de vanligaste är biverkningar. Biverkningar förekommer hos mer än hälften av gruppen. Andra vanliga LRP är oklar eller felaktig indikation, underbehandling samt användning av riskläkemedel, som samtliga noteras hos ca en tredjedel av de studerade multisjuka äldre.

FIGUR 8. Läkemedelsrelaterade problem i de multisjuka äldres läkemedelsanvändning
Andel (%) av de multisjuka äldre med respektive läkemedelsrelaterat problem (de tio vanligaste LRP)



De granskande apotekarnas analys identifierar viktiga faktorer som bidrar till problemen i läkemedelsanvändningen för de sjuka äldre. Deras övergripande observation är att det saknas en läkare som i tillräcklig omfattning följer, utvärderar och omprövar läkemedelsanvändningen. Bristen på någon som tar det övergripande ansvaret leder till att det snabbt uppstår fel och risker

när flera olika förskrivare ordinerar läkemedel till patienten. Stora brister i informationsöverföringen kring läkemedel noterades. Exempelvis misstolkas eller tappas ordinationer ofta bort i samband med överföringar mellan vårdgivare eller olika vårdnivåer. En viktig bidragande faktor är att behandlingsindikation, planerad uppföljning och behandlingens längd ofta saknas i ordinationer eller notat. Apotekarna noterade även att akutsatser och tillfälliga vårdkontakter oftare resulterar i symtomlindrande behandling än i långsiktiga behandlingar av underliggande sjukdomar. Tillfälliga och akuta kontakter ökar risken för en icke ändamålsenlig förskrivning där biverkningar symtomlindras med andra läkemedel.

”Det saknas ofta en läkare som i tillräcklig omfattning följer, utvärderar och omprövar läkemedelsanvändningen.”

Sammantaget visar analysen att de äldres läkemedelsanvändning är omfattande och inte fungerar tillfredställande. Avsaknaden av en läkare som tar ett övergripande ansvar för den äldres läkemedelsanvändning medför både risken att behandlingen av den äldres sjukdomar inte blir optimal och att den äldre utsätts för risk för allvarliga biverkningar. Resultaten överensstämmer med Socialstyrelsens senaste rapport på området.¹⁵

Resultaten från *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011* visar samtidigt att läkemedelsanvändningen för äldre inte är ett område som uppvisar några tydliga förbättringar.¹⁶ Andelen individer, 80 år och äldre, med riskfyllda läkemedelskombinationer är oförändrad jämfört med föregående års mätning. Den uppgår i riket till 2,6 procent, vilket motsvarar knappt 13 000 patienter. Samtidigt har antalet individer, 80 år och äldre, med tio eller fler läkemedel ökat med ca en procent till 12,1 procent vilket motsvarar knappt 60 000 personer i landet.

Not. 15. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning - Läkarens roll, Socialstyrelsen 2011-6-12

Not. 16. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2011, SKL, 2011

4. De multisjuka äldre och deras anhöriga involveras i inte i tillräcklig utsträckning i utformningen av det kommunala stödet

En viktig faktor för ett bibehållet oberoende är att de äldre själva har möjlighet att påverka innehållet i vården och omsorgen. Intervjuerna i denna studie visar att de tillfrågade äldre och deras anhöriga inte anser att de har tillräckligt stort inflytande över utformningen och utförandet av hemtjänstens insatser.

Granskning av omsorgsdokumentationen bekräftar att de äldre kan involveras i större utsträckning i att definiera sina biståndsbehov och ges större möjligheter att påverka insatsernas dagliga genomförande. Studien visar också att en stor andel av de äldre säger upp sina hemtjänstinsatser och tydliggör att det finns brister i dokumentation och uppföljning av de bakomliggande skälen till att insatserna säg upp.

I biståndsdokumentationen framgår att för de äldre med hemtjänst formulerades behovet av bistånd i cirka hälften av fallen av den äldre själv, i ca en fjärdedel av fallen av deras anhöriga och i resterande fall av biståndsbedömaren eller vårdpersonal. Ur intervjuerna framkom att många av de tillfrågade äldre inte upplever sig ha möjlighet att påverka insatserna eller hur de genomförs. I många fall resulterade detta i att de avsåg sig hemtjänsten.

Under den studerade 18-månadersperioden sade 40 procent någon gång helt upp sina insatser. Hemtjänstens dokumentation visar att det sällan noteras varför insatserna sägs upp eller genomförs en utredning kring om behoven kvarstår. Intervjuerna ger en bättre bild av orsakerna. Några av de äldre återfår förmågan att under en period klara sig på egen hand eller genom ökad hjälp från anhöriga.

Orsaken till uppsägning av insatserna är dock i många fall missnöje med insatsernas utförande eller att de inte motsvarar den äldres behov. Hjälpbehoven för många av de sjuka äldre kvarstår och för flera återupptas insatserna igen efter en tid.

”Av tio tillfrågade säger fyra upp kommunens insatser och orsaken är i många fall missnöje med insatsernas utförande och att de inte motsvarar den multisjuka äldres behov.”

Sammantaget visar studien att de äldre och deras anhöriga inte har tillräckliga möjligheter att påverka utformningen av omsorgen och dess utförande och att missnöje i flera fall leder till att de säger upp insatser som de är i behov av.

Resultaten från uppföljningen bekräftas av Socialstyrelsens nationella undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten.¹⁷ De tillfrågade äldre skattar inflytande över omsorgens utformande och utförande bland de lägsta av de undersökta kvalitetsdimensionerna. De äldre som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt upplever sitt inflytande som betydligt sämre än de som skattar sitt hälsotillstånd som gott. Denna observation gäller även för övriga kvalitetsdimensioner.

5. Kontinuiteten i kontakten med hemtjänsten är bristfällig och det saknas ofta någon som de äldre har en förtroendefull relation med

De tillfrågade äldre och deras anhöriga upplever kontinuiteten i hemtjänsten som låg, och anser att det stora antalet olika personer som levererar deras insatser är ett problem.

”Trots att de flesta multisjuka äldre har tillgång till en utsedd kontaktperson i hemtjänsten upplever många att det inte finns någon som de har förtroende för och som de kan tala med kring sina behov av stöd i hemmet.”

Hemtjänstens dokumentation bekräftar att det är många olika personer från hemtjänstpersonalen som kommer hem till de äldre. Tre av fem av de äldre i studien hade någon gång under studiens 18 månader hemtjänstinsatser. En genomsnittlig äldre bland dessa har beviljats drygt 15 timmar hemtjänst i månaden men stora variationer förekommer i gruppen. Antalet hemtjänsttimmar per månad varierar mellan 0,4 och 122 timmar, för den med minst respektive mest hemtjänst. I genomsnitt får de äldre stöd från åtta olika personer ur hemtjänstpersonalen under en månad. För vissa är det dock avsevärt fler olika personer från hemtjänsten som besöker dem i deras hemmiljö, upp till 40 (!) olika personer under en månad.

Not. 17. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen, 2010

Trots att de flesta äldre har tillgång till en utsedd kontaktperson i hemtjänsten upplever många att det inte finns någon som de har förtroende för och som de kan tala med kring sina behov av stöd i hemmet. Ca 75 procent av de äldre med hemtjänst har en utsedd kontaktperson. En förklaring till många äldres upplevelse av att de inte har någon kontaktperson att tala med kan vara att kontaktpersonen i genomsnitt bara är hemma hos dem en gång per månad. En annan förklaring kan vara att de inte känner förtroende för den utsedda kontaktpersonen, exempelvis på grund av att man helt enkelt inte hunnit lära känna varandra.

Sammantaget visar kartläggningen att kontinuiteten i hemtjänsten brister och att den utsedda kontaktpersonen i många fall inte ges möjlighet eller förmår att etablera en förtroendefull relation till den sjuka äldre.

Resultaten från uppföljningen kompletteras av Socialstyrelsens nationella undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten.¹⁸ Information om vem av hemtjänstens personal som kommer och information om vilken hjälp de kommer att få skattas i undersökningen lågt i jämförelse med andra studerade kvalitetsindikatorer inom hemtjänsten.

6. Anhöriga står för en stor del av de multisjuka äldres omsorg men de ges inte tillräckligt stöd för att hjälpa sina närstående

För de sjuka äldre är den hjälp de får från sina anhöriga mycket värdefull och uppskattad. Anhöriga upplever dock inte att de ges tillräckliga förutsättningar för att kunna ge det stöd de önskar till de äldre.

Denna studie har kartlagt omfattningen i det stöd de anhöriga ger de sjuka äldre. Hela 80 procent av de äldre får hjälp av anhöriga och omfattningen av stödet är ofta mycket omfattande. I genomsnitt hjälper de anhöriga de äldre med insatser motsvarande tolv hemtjänsttimmar i månaden.¹⁹ Detta innebär att anhöriga totalt står för mer stöd till de 298 äldre än vad hemtjänsten gör. De vanligaste hjälpinsatserna är att handla, städa och tvätta. Anhöriga bidrar också i hög utsträckning med matlagning, förflyttning och transporter samt med läkemedels- och ekonomiadministration.

De anhörigas bild av att de inte ges tillräckliga förutsättningar för att stödja sina sjuka äldre bekräftas av att de i liten utsträckning erhåller avlastning från kommunen för sina insatser. Endast 18 procent av de multisjuka äldre fick dagvård, växelvård, anhörigavlastning eller korttidsvård någon gång under 18 månader.

Not. 18. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen, 2010

Not. 19. Uppskattningen baseras på en schablon för kommunens biståndsbeslutade tid för motsvarande insats. Anhörigas insatser har räknats endast då den äldre på grund av funktionsbortfall inte kunnat genomföra insatsen utan hjälp och stöd.



FALLBESKRIVNING 3

Elsa är 86 år och änka. Efter folkhögskolan började Elsa arbeta som barnflicka och senare följde arbete som städerska fram till 62 års ålder när hon blev förtidspensionerad. Elsa bor i sin lägenhet sedan 30 år tillbaka. På senare tid har lägenheten anpassats efter hennes behov. Hon har astma, en besvärlig yrsel och dessutom tarmfickor som ger en hel del smärtor i magen. Nu för tiden tycker inte längre Elsa att hon klarar av så mycket själv. Hon klarar förvisso av att damma, diska lite och värma färdiglagad mat men hon kan bara gå kortare sträckor och vågar på grund av yrseln bara duscha när någon anhörig finns i hemmet. Hon är uppgiven över sin situation: "Ensamheten är värst och även att behöva äta mat som inte smakar så mycket. Jag önskar också att jag själv kunde klara städningen."

Det har varit en vårdplanering men Elsa "minns inte mycket från det mötet". Hon har fått hjälp av hemtjänsten, men inte så mycket som hon önskar: "men eftersom sonen kommer varje veckohelg fungerar det. Grannar finns också tillhands ifall det skulle behövas." De svåra magsmärtorna och yrseln har gjort att hon vid fem tillfällen under de senaste 18 månaderna har besökt akuten. Elsa berättar om upplevelsorna från akuten: "Omhändertagandet var bra men det var så många sjuka så det var jobbigt att ligga där." Kontakterna med vårdcentralens läkare fungerar inte så bra: "Det beror helt på vilken av de många olika läkarna jag har kontakt med."

Elsas son tar ett stort ansvar för att få livet att gå ihop för sin mamma. Bland annat måste han förbereda Elsas läkemedel varje helg så att hemtjänstpersonalen kan ställa fram varje dags läkemedelsintag på morgonen.

Elsas son beskriver situationen: "Visst, det fungerar hemma men det har varit väldigt mycket olika personer som besöker henne och det har varit jobbigt för mamma. Hon har själv inte känt igen alla olika och vid några tillfällen har personalen inte vetat vad de ska hjälpa henne med. Det viktigt att familjen finns kvar som trygghet då så många vänner fallit ifrån. Ensamheten är svår för mamma. För egen del skulle jag vilja slippa att vara hos mamma varje helg. Någon gång ibland skulle man själv behöva göra andra saker men om inte för något annat så är min läkemedelsdelning viktig."

Not: Elsa heter egentligen något annat



Fyra möjligheter för kommuner och landsting att bättre bemöta multisjuka äldres behov

I detta kapitel presenteras fyra underskattade åtgärder som snabbt kan ge stor avkastning i form ökad kvalitet för de äldre och samtidigt öka resurseffektiviteten i huvudmännens och vård- och omsorgsgivarnas verksamheter.

I syfte att tydliggöra den stora kvalitets- och resurseffektivitetspotentialen illustreras inledningsvis vinsterna av en förbättrad vård- och omsorg för de multisjuka äldre.

Studien visar att multisjuka äldre har omfattande slutenvårdsinsatser och att de till största delen är sjukhusinläggningar. Under 18 månader har de i genomsnitt fyra slutenvårdsepisoder och 25 vårddagar per person. Kostnaderna för slutenvård uppgår till i genomsnitt 240 000 kronor per person motsvarande en total kostnad för landstingen om 7,4 miljarder (58 procent av de totala kostnaderna) för hela gruppen (givet att det finns ca 31 000 multisjuka äldre enligt definitionen i denna studie). Under samma period har de endast fyra läkarbesök per person i primärvården. Kostnaden för den samlade primärvården vid vårdcentral skulle på motsvarande sätt vara 381 miljoner eller tre procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård för gruppen. Det väcker frågan om vården för gruppen levereras på rätt nivå och i rätt tid.

Varje slutenvårdsepisod för de äldre i studien kostar i genomsnitt 60 000 kr i direkta slutenvårdskostnader. Lägg därtill den försämrade livskvaliteten som oron och den eventuella rädslan i samband med akuta besök och inläggningar är förknippade med samt risken för fel i läkemedelsbehandlingen. Även om man helt bortser från kvalitetsaspekter innebär detta att varje landsting/kommun borde vara beredda att investera 60 000 kronor i förebyggande vård för att förhindra ett akut slutenvårdstillfälle. 60 000 kronor skulle räcka till 56 primärvårdsbesök hos läkare, 220 hemtjänsttimmar eller 38 dagar i ett korttidsboende. För alla de 31 000 multisjuka äldre i landet skulle det frigöra resurser för landstingen motsvarande 1,8 miljarder kronor endast i slutenvårdskostnader eller 31 000 vårdtillfällen och 194 000 vårddygn.

”De frigjorda resurserna från en enda förhindrad akutinläggning skulle räcka till 56 primärvårdsbesök hos läkare, 220 hemtjänsttimmar eller 38 dagar i ett korttidsboende. Lägg därtill vinsten i livskvalitet till följd av att inte behöva åka in akut.”

Om så mycket som hälften av inläggningarna skulle kunna förebyggas skulle de frigjorda resurserna räcka till 112 läkarbesök i primärvården, 34 specialistläkarbesök i öppenvården eller 213 hembesök av distriktssköterska från vårdcentralen (nästan ett besök varannan dag) för var och en av de äldre under de 18 månader som studerats. Det ska dock noteras att det kan vara svårt att minska landstingens och sjukhusens verkliga kostnader i takt med att konsumtionen av akutsjukvård minskar. Den omedelbara effekten av minskad akutsjukvård kan exempelvis vara färre överbeläggningar, vilket primärt har en kvalitetshöjande effekt och bara en mindre kostnadssänkande effekt. På sikt kommer det dock vara avgörande för landstingens resurseffektivitet att skifta om proportionerna mellan akut slutenvård och riktade förebyggande insatser genom primärvård, öppen specialistvård och geriatrik. En noggrann uppföljning av slutenvårdskonsumtionen för målgruppen är därför viktig i syfte att kunna påvisa frigjorda resurser till följd av en mer förebyggande vård och i slutändan motivera omfördelningar av resurser.

1. Kommuner och landsting underskattar potentialen i tidig identifiering av multisjuka äldre och evidensbaserat riskförebyggande arbete

De potentiella vinsterna med att tidigt identifiera de äldre med risk för försämring och akut inläggning är stora. Som hinder för att arbeta förebyggande anføres ofta att det är svårt att identifiera vilka äldre som är nära en försämring som medför risk för akut slutenvård. Det finns också uppfattningar om att riskförebyggande arbete enbart är att betrakta som en långsiktig investering. Flera internationella och svenska exempel visar att så inte är fallet. Det går att med relativt enkla medel systematiskt identifiera de äldre som har störst risk att försämras i närtid och agera med ett strukturerat riskförebyggande arbete baserat på denna information. Det pågår redan idag arbete på både system- och vårdgivarnivå med att tidigt identifiera dem med stor risk för akut försämring.

Vid den oberoende stiftelsen Nuffield Trust i Storbritannien har man kommit långt i utvecklingen av sådana modeller på systemnivå. I samarbete med Storbritanniens hälso- och sjukvårdsmyndighet NHS har Nuffield Trust utvecklat modeller som utifrån tillgängliga hälso- och sjukvårdsregister kan förutsäga vilka individer som har hög risk för stora behov av både vård och omsorg inom en nära framtid. Metodiken kallas prediktiv modellering och används av 76 procent av beställarorganisationerna i Storbritannien för att öka den förebyggande vården för rätt individer.²⁰

Liknande initiativ pågår även i Sverige inom Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland, där man genom att analysera landstingets sjukvårdsstatistik på systemnivå försöker ta fram konkreta verktyg för att bättre kunna identifiera patienter med risk för försämring. De patienter som identifieras med en hög risk kan sedan erbjudas strukturerade riskförebyggande insatser. Insatserna kan variera beroende på den enskildes situation, från frekvent återkommande men enkla kontakter med primärvården till mer omfattande genomgångar av patientens hela situation för att hitta och minska orsakerna till patientens höga risk för försämring. På så sätt kan det riskförebyggande arbetet fokuseras till de patienter som faktiskt har en hög risk, istället för att spridas till allt för breda grupper, och därigenom bli resurseffektivt.

På vårdgivarnivå används andra verktyg för att tidigt identifiera individer med risk för akut försämrat hälsotillstånd. Exempel på verktyg är kvalitetsregistret Senior alert och testet Mini Mental Test (MMT). Senior alert innebär att upprepade standardiserade bedömningar om risk för fall i hemmet,

Not. 20. The challenge for clinical commissioning, Setting priorities in health, Nuffield Trust, september 2011

liggsår och undernäring genomförs för att möjliggöra förebyggande åtgärder innan försämring inträder. Verktøget ger också vägledning i hur det strukturerade riskförebyggande arbetet kan läggas upp och fungerar därmed både som verktyg för att identifiera och leverera riskförebyggande insatser. MMT är ett verktyg för att snabbt bedöma symtom kopplade till sviktande minne och kognitiv funktion och möjliggör tidig identifiering av begynnande besvär. Erfarenheter från arbetet med Senior alert och MMT visar att om man lägger resurser på att tidigt identifiera individer med risk att försämrans i närtid kan akuta ”brandkårsutryckningar” undvikas och därigenom kvaliteten för de sjuka äldre ökas och vårdens och omsorgens kostnader minskas.

”Det går att med relativt enkla medel systematiskt identifiera de äldre som har störst risk att försämrans i närtid. I Storbritannien används sådana verktyg redan idag av ca 75 procent av alla beställarorganisationer.”

Kartläggningen visar att kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare i låg utsträckning använder både nationellt och internationellt tillgänglig kunskap för proaktiv identifiering av äldre med risk för försämring och underskattar potentialen i de kvalitets- och resurseffektivitetsförbättringar som ett sådant arbete medför.

2. Huvudmännen underskattar värdet av att som beställare tillämpa styrsystem och incitament som kräver en samordnad vård och omsorg kring de mest sjuka äldre

För att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg för de mest multisjuka äldre är det viktigt att uppdragsformulering, beställning, styrsystem och uppföljning av resultat understödjer och kräver samarbete över verksamhetsgränserna. Goda resultat för den enskilde åstadkoms när prestationsmåttn och ersättningssystem premierar att verksamheterna runt den multisjuka äldre arbetar mot ett fåtal men tydliga gemensamma mål.

En möjlighet för att åstadkomma en bättre styrning mot resultat är att huvudmännens beställarorganisationer vågar ompröva dagens uppdragsformuleringar, beställningar och ersättningsmodeller till vård- och omsorgsgivare. Många gånger speglar inte modellerna de övergripande målen för de sjuka äldre och saknar ofta koppling till några kraftfulla mätetal som reflekterar kvalitet. Idag premieras i många fall produktivitet genom belöning av antal utförda insatser till lägsta möjliga kostnad inom de enskilda verksamheterna vilket ofta leder till så kallat ”stuprörstänk”. Bristen på helhetssyn och gemensamma mål resulterar i att ersättningsmodellerna motverkar förändringsarbete över verksamhetsgränserna och försenar kvalitetsförbättringar.

Inom Umeå kommun utvecklas för närvarande mätetal för gemensam styrning av huvudmännens verksamheter inom ramen för samverkansprojektet Multi7. En parameter för styrning av verksamheternas fokus som diskuteras i Multi7 är undvikbar slutenvårdskonsumtion, där målsättningen är att aktörerna ska samverka för att hitta lösningar som minskar de akuta sjukhusinläggningarna hos sjuka äldre med 20 procent. En annan parameter som diskuteras är att mäta andelen äldre som har aktuella läkemedelsgenomgångar och aktuella vårdplaner, där målsättningen är att 100 procent ska ha en aktuell läkemedelsgenomgång och vårdplan. Goda resultat på de ovan beskrivna måtten kräver att huvudmännen arbetar gemensamt för att åstadkomma en reell påverkan på kvaliteten i den äldres vård- och omsorg. För att uppnå goda resultat krävs vidare att huvudmännen i sina beställningar skiftar fokus mot kvalitet och resultat istället för styckes/enhetsproduktion och pris.

Kunskapen inom kommuner och landsting kring vad som ska mätas och hur man ska förhålla sig till utfallen är också i många fall begränsad. Det är vanligt att prestationsmått för bred uppföljning blandas med prestationsmått för styrning av verksamheten och att kvalitetsuppföljningen inte är integrerad den totala produktionsuppföljningen. I många kommuner och landsting används ett allt för stort antal mått och mätetal vilket försvårar fokus på det som verkligen skapar det önskvärda utfallet.

”Det är vanligt att mätetal för bred uppföljning blandas med mätetal för styrning av verksamheten vilket inte är optimalt.”

3. Värdet av anpassade lösningar för de multisjuka äldre är underskattat

De multisjuka äldre har komplexa behov och många kontakter med olika vård- och omsorgsgivare. De uttrycker att ett för stort ansvar faller på dem och deras anhöriga för att koordinera vården och omsorgen. I många fall anser också de tillfrågade äldre att de ansvars- och verksamhetsstrukturer som levererar insatserna är svåra att förstå. Kartläggningen av multisjuka äldre visar tydligt på behovet av anpassade lösningar för gruppen.

Anpassade lösningar kan utformas på olika sätt och vara av varierande omfattning beroende på vilken avgränsad del av gruppen sjuka äldre som de riktar sig till. När man diskuterar anpassade lösningar är det viktigt att komma ihåg att gruppen, oavsett definition, utgör en liten del av de äldre och att den är heterogen avseende diagnoser, funktionsnedsättningar och behov. Det är lockande att tänka sig nya organisatoriska enheter med helhetsansvar för gruppens vård och omsorg.

I Norrköping har konceptet med en äldremottagning utvärderats inom ramen för SKL:s satsning på 19 försöksverksamheter för multisjuka äldre. Försöket visar att mycket stora kvalitetsvinster kan uppnås genom omfattande öppenvårdsinsatser från geriatriker, farmaceuter, biståndsbedömare och sjuksköterskor för en liten grupp sjuka äldre. Utvärderingen visar dock att äldremottagningen driver stora resurser vilket belyser utmaningen med att få nya organisatoriska enheter resurseffektiva.



”En individ som har helhetsbilden och tät kontakt med den multisjuka äldre ger en trygghet som saknas idag. Brister i vård- och omsorgskedjan kan uppdagas tidigt, vilket är svårt för de enskilda aktörerna att göra.”

Det finns exempel på initiativ där kommuner och landsting har angripit frågan på andra sätt. På Hisingen i Göteborg utvärderas en modell med förplanerat omhändertagande för utvalda äldre. Projektet *Inskrivningsklar – Utskrivningsklar patient* är ett samverkansprojekt mellan befintliga vård- och omsorgsaktörer som bland annat erbjuder hembesök av läkare och säkerställer direktinläggningar och planerade utskrivningar. Utvärderingar visar att den standardiserade samverkansformen ökar tryggheten för de äldre och förebygger akuta inläggningar. Andra samverkansprojekt mellan kommun och landsting i Stockholm (mellan stadsdelen Hägersten-Liljeholmen och landstinget) samt i Västerbotten (mellan Umeå kommun och landstinget) arbetar på liknande sätt med förplanerat omhändertagande.

Ett annat sätt för huvudmännen att bygga vidare på befintliga vård- och omsorgsstrukturer för sjuka äldre är att erbjuda dem en fast vårdkontakt i form av en fysisk individ med en helhetsbild av individens situation som kan koordinera deras insatser och vara en naturlig kontaktpunkt för frågor och synpunkter. Erfarenheter visar att det finns stora möjligheter för huvudmännen i att våga satsa på en fast vårdkontakt för de multisjuka äldre. Försök med så kallade vårdlotsar/vårdcoacher visar att de har potential att medföra stora kvalitets- och effektivitetsvinster. En individ som har helhetsbilden och tät kontakt med den multisjuka äldre ger en trygghet som ofta saknas idag. Det möjliggör också att brister i vård- och omsorgskedjan snabbt kan uppdagas, vilket är svårt för de enskilda aktörerna att göra idag. Dessutom kan de snabbt upptäcka nya behov eller försämring och därmed agera för att utöka den förebyggande vården och förhindra resursdrivande akuta inläggningar. En viktig utmaning som har identifierats med vårdlotsar/vårdcoacher är att de behöver ges mandat att koordinera vården och omsorgen för att effektivt kunna förbättra situationen för gruppen. I synnerhet då de många gånger utgår från landstingens organisation och därför inte har en naturlig ingång i omsorgens verksamhet.

Flera kommuner och landsting, bland annat i Blekinge, Stockholm och Östergötland, utvärderar just nu satsningar på att erbjuda utsatta grupper

med stora vård- och omsorgsbehov en vårdlots som stödjer den utsatta individen och koordinerar dess vård och omsorg. I Stockholm visar utvärderingar att vårdlotsar/vårdcoacher de ger de äldre och kroniskt sjuka en ökad trygghet och hälsa, samtidigt som de förebygger slutenvård genom att tidigt identifiera risker och försämring. Konceptet med individuella vårdlotsar eller så kallade case managers används även inom andra delar av vården, exempelvis inom psykiatri i Sverige och inom konceptet med virtuella vårdavdelningar, som har prövats framgångsrikt på flera håll i England.

Lagstiftningen har nyligen identifierat de multisjuka äldres behov av en fast vårdkontakt. Patienter med många kontakter med olika vård- och omsorgsgivare har sedan 1 juli 2010 en lagstadgad rätt till en fast vårdkontakt enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Den fasta vårdkontakten har ansvaret för att koordinera och samordna vården och omsorgen runt individen. Ansvaret för att utse en fast vårdkontakt ligger på hälso- och sjukvården. Kartläggningen av de multisjuka äldre är genomförd innan lagändringen trädde i kraft men visar att huvudmännen inte bemöter de multisjukas behov av en fast vårdkontakt under de studerade 18 månaderna, som inföll 2008–2010. Socialstyrelsen utreder nu vilket genomslag som lagändringen har fått och planerar att redovisa sina resultat i augusti 2012.

Sammantaget visar både den kartläggning som SKL har genomfört och flera andra studier att det finns stora möjligheter för huvudmännen att satsa på anpassade lösningar för sjuka äldre. Lösningarna kan exempelvis vara nya organisatoriska enheter som äldremottagningar, förplanerat omhändertagande i samverkan eller en fast fungerande vårdkontakt. Insatserna har potential att leda till en större kontinuitet i planeringen kring de multisjuka äldres vård och kan förebygga en stor del av de försämringar som till slut leder till en akut slutenvårdsepisod samtidigt som de erbjuder en större trygghet för gruppen.

4. Potentialen av att involvera äldre och deras anhöriga i vården och omsorgen är underskattad

Kartläggningen *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* har visat på behovet av att involvera de äldre i vården och omsorgens utformning. När den multisjuka äldre idag uttrycker missnöje eller ökade behov svarar vården och omsorgen många gånger med att öka omfattningen på insatserna. Reaktionen borde istället vara att involvera de äldre och deras närstående för att förstå vad som för den enskilde ska definieras som en lösning på problemet. Om de äldre erbjuds bättre möjligheter att vara är delaktiga i att påverka beslut kring behandling och insatser kan en bättre kvalitet utifrån den äldres perspektiv uppnås.



Internationellt och i Sverige utvecklas metoder för ökad patientcentrering och delat beslutsfattande mellan läkare och patient där kvaliteten men också resurseffektiviteten i vården förbättras. Erfarenheterna visar att ett ökat patient- och brukarinflytande inte nödvändigtvis resulterar i dyrare behandlingar eller mer omfattande insatser.²¹

”Om de äldre erbjuds bättre möjligheter att vara delaktiga i beslut kring behandling och insatser kan en bättre kvalitet uppnås, utifrån den äldres perspektiv.”

Inom reumatologin är konceptet med delat beslutsfattande mellan läkare och patient välutvecklat. Genom kvalitetsregistret för patienter med reumatoid artrit, Reuma-registret, har patienten själv möjlighet att utvärdera sin behandling och rapportera sina symtom. Patientens ökade involvering i sin vård möjliggör en dialog mellan läkare och patient kring behandlingsval och prioriteringar, där patientens upplevda symtom och livskvalitet kan vägas mot eventuella negativa effekter av behandlingen.

Not. 21. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions, Cochrane Systematic Review, 2009



”Genom ett ökat delat ansvarstagande med patienten kring rehabilitering och behandling kan stora hälsovinster uppnås.”

Det finns ytterligare vinster i att involvera de sjuka äldre i sin vård och omsorg. Kartläggningen och andra studier visar att de sjuka äldre ofta inte tar sina läkemedel som det är avsett och att de ofta inte genomför livsstilsförändringar som är viktiga för deras hälsa. Genom ett ökat delat ansvarstagande med patienten kring rehabilitering och behandling kan stora hälsovinster uppnås. Satsning på utbildning av de multisjuka äldre kring sina diagnoser, behandling och egenvård i kombination med coaching och motivation till ökad fysisk aktivitet är exempel på sådana aktiviteter. Erfarenheter visar att följsamheten till behandling kan öka och att patienternas egen förmåga att söka vård tidigt på rätt vårdnivå ökar. I USA har exempelvis organisationen Health Dialog kunnat uppvisa goda resultat genom att arbeta med stöd och rådgivning till patienter med kroniska diagnoser.²²

Sjuka äldre är mindre benägna att ta en aktiv del i beslut kring behandling och omsorg jämfört med andra grupper. Det beror delvis på generationsbundna värderingar men också på att vissa inte orkar eller förmår att vara delaktiga i någon större utsträckning. Merparten av den forskning som visar på fördelarna med ett ökat delat beslutsfattande och ökad involvering studerar också andra grupper än specifikt sjuka äldre. Föreliggande studie talar dock för att de som vill och kan bör erbjudas möjlighet till ökad delaktighet. Behovet av att stärka brukarnas och patienternas ställning och delaktighet betonas också i flera nationella initiativ på området, bland annat i den pågående utredningen Patientens rätt.²³

Not. 22. A Randomized Trial of a Telephone Care-Management Strategy, N Engl J Med 2010;363:1245-55

Not. 23. Patientens rätt, SOU 2008:127



Bättre liv för sjuka äldre

En kvalitativ uppföljning

Denna rapport presenterar resultat från studien Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre. Studien har genomförts av Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner och omfattar intervjuer med 298 personer, 75 år och äldre samt deras anhöriga. Syftet med detta omfattande arbete är att skapa en fördjupad förståelse för sjuka äldres situation genom att belysa gruppens behov, resursinsatser och synliggöra hinder i det befintliga vård- och omsorgssystemet.

Med utgångspunkt i denna omfattande kartläggning presenteras här sex stora utmaningar som kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare står inför. Fyra konkreta möjligheter till förbättring och förnyelse som idag är underskattade föreslås.

Förhoppningen är att denna rapport ska utgöra ett bra underlag för det utvecklingsarbete som nu pågår i alla kommuner och landsting för att förbättra vård och omsorg om sjuka äldre.

