



Kunskapsunderlag för Workshop den 30 maj 2013

Några observationer och tankar om:  
Resurser och vårdflöden i vården av de mest  
sjuka äldre – hinder och möjligheter.

Ulf-Johan Olson  
Utvecklingspartner i Stockholm AB  
2013-06-04

## Till läsaren:

Maurice Chevalier lär ha sagt att lösningen på ungdomsproblemen kommer med inträdet i vuxen ålder eller ålderdomen. Lösningarna för ålderdomens problem är mer definitiva om man ska följa tidlinjeanalogen. Redan innan inträdet i ålderdomen har man den största delen av sin framtid bakom sig.

Nu är det dock inte ålderdomen i sig som är temat för föreliggande workshop, även om den utgör en grundläggande förutsättning för diskussionen om problemen att tillgodose äldre människors ökade behov av hälso- och sjukvård och omsorg.

Min presentation bygger på mina mångåriga erfarenheter att följa upp, utvärdera och utveckla olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med undantag från en granskning av geriatrikens vårdflöden för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL hösten 2011, är använda underlag lätt tillgängliga på olika webbplatser.

De senaste åren har för mig inneburit en tyngdpunkt vid kunskapsstyrning, från att tidigare mer utgått från ekonomi- och kvalitetsstyrning. Jag har arbetat på uppdrag av statliga utredningar, myndigheter, landsting/regioner och SKL samt, framför allt tidigare, kommuner. Insatserna har inneburit kontakter och samverkan med politiker, chefstjänstemän, företrädare för olika professioner och patientföreträdare.

Denna PM sammanfattar några av de delar jag bedömer som väsentliga för vården av ”de mest sjuka äldre”. Underlaget har en viss tonvikt på geriatriken och dess samband med övriga delar av hälso- och sjukvården, eftersom det är här mitt primärmaterial är störst. Flera av bedömningarna i promemorian är relevanta även för vård och omsorg om andra behovsgrupper.

I dokumentet tecknas först en bakgrund som beskriver utvecklingen inom området och de problem som finns. Därefter ges några exempel på olika arbeten med vårdflöden och erfarenheter av integrerad vård. Slutligen ges några indikationer kring vad som behövs och vad som behöver göras för att skapa en bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

För den systemintresserade är frågan inte bara hur en ny terapi, ett nytt regelverk om samverkan eller nya incitament påverkar avsedda patienter/brukare, utan också hur de påverkar övriga patienter/brukare, personalen, hela verksamheternas funktionssätt och det vi kallar kultur eller värdesystem.

Ulf-Johan Olson

Stockholm 2013-06-04

## Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b>	<b>4</b>
Före och efter Ädelreformen	4
De mest sjuka äldre	4
Förutsättningar och resurser	4
<b>Några exempel från geriatriken och andra verksamheter</b>	<b>7</b>
Direktintag från ambulans och akutmottagning	7
Vad är en geriatrisk patient inom Stockholms läns landsting?	8
Vårdplatsutnyttjande och vårdflöden	8
Beslutsstöd för hemsjukvården i Örebro	9
Integrerad vård	10
<b>Vad göra?</b>	<b>11</b>
Kvarboendeprincipen	11
Platser i särskilt boende och vårdplatser	12
Vårdflöden	13
Vårdens och omsorgens räckvidd	13
Ersättningssystem och incitament	14
Nya vindar i UK?	14
Större tilltro till huvudmännen och vårdens professioner	15
Realistiska tidsramar	15
Projekt kontra löpande verksamhet	15
Vilket samhälle får vi när en fjärdedel av befolkningen är över 65 år?	16
<b>Källor</b>	<b>16</b>

## Bakgrund

### Före och efter Ädelreformen

Livet efter 65 år erbjuder både möjligheter och svårigheter. Många av fördelarna försvinner dock snabbt vid sviktande hälsa och allvarlig kronisk sjukdom. Innan Ädelreformen 1992 hade de långvårds(medicinska)klinikerna det medicinska ansvaret för många av de mest sjuka äldre. Långvårdsmedicinen hade uppdraget att sköta dessa kliniker, som antingen var en del av akutsjukhuset eller, som i bl a SLL, var kopplade till de stora sjukhemmen/annexsjukhusen. Även internmedicin, primärvården och specialiserad öppenvård arbetade naturligtvis också med denna patientgrupp.

På långvårdsklinikerna kunde patienter med kroniska sjukdomar vårdas under lång tid, inte sällan för återstoden av livet. Vanliga diagnosgrupper var demenssjukdomar, tillstånd efter stroke, ortopediska och reumatiska sjukdomar, samt tumörsjukdomar.

Patienterna fick ett bra medicinskt omhändertagande, men mycket kritik riktades mot att vården skedde i sjukhusmiljö och de långa vårdtiderna. I början av 1980-talet utvecklades rehabiliteringsfunktionerna, och en del patienter kunde skrivas hem eller gå till lättare kommunala boenden, som ålderdomshem eller serviceboende. Ungefär samtidigt startades på många håll sjukhusansluten hemsjukvård som utgick från långvårdsklinikerna.

I samband med Ädelreformen infördes begreppet särskilt boende. Det innefattade sjukhem, ålderdomshem, serviceboende mm. De två sistnämnda är i praktiken utvecklade och det som tidigare hette sjukhem kallas idag ”vård- och omsorgsboende”. Termen särskilt boende lever dock kvar.

### *De mest sjuka äldre*

Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre är – ”personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom”. Gruppen omfattar cirka 300 000 personer och har antingen 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, bor i särskilt boende och/eller har omfattande sjukvårdsinsatser.

Socialstyrelsen anser att vården och omsorgen i många avseenden inte är anpassad för att möta de mest sjuka äldres behov. Man har identifierat följande brister:

- Bristfällig läkemedelsbehandling
- Samordningsproblem mellan och inom regioner/landsting och kommuner
- Primärvården tar inte tillräckligt med ansvar för gruppen och deras roll är otydlig
- Kompetens- och kvalitetsbrister

### *Förutsättningar och resurser*

År 2011 var 19 procent av befolkningen 65 år eller äldre. SCB räknar med att denna andel kommer att stiga till 25 procent fram till 2060. Dagens cirka en halv miljon personer  $\geq 80$  kommer att ha ökat till 1.1 miljon 2060. Befolkningsutvecklingen innebär inte bara en ökad sjukdoms- och omsorgsbörda för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst/äldreomsorg, utan också att den arbetande delen av befolkningen minskar och därför får en ökad försörjningsbörda.

Sjukvården är i stora delar uppbyggd på att människor får sin behandling, blir bra och åker hem. Så är det naturligtvis ganska ofta, men allt oftare handlar det om att behandla kroniska sjukdomar. De medicinska framstegen handlar sällan om bot, utan

mer om att med läkemedel och andra insatser hålla personen så besvärsfri som möjligt och minska betydelsen av olika funktionshinder.

Den 1 januari 1992 genomfördes Ädelreformen, vilket bl a innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och funktionshindrade. I Socialtjänstlagen infördes en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för människor med behov av särskilt stöd. De mer specialiserade utrednings-, rehabiliterings- och behandlingsfunktionerna stannade kvar inom landstingen. Samtidigt ändrades den medicinska specialitetens namn från långvårdsmedicin till geriatrik<sup>1</sup>. I samband med Ädel tog kommunerna över cirka 31 000 långvårdplatser från sjukhusen.

I slutet av 1960-talet fanns det mer än 120 000 vårdplatser vid svenska sjukhus. Vid tiden strax efter Ädelreformen, hade de sjunkit till cirka 50 000. Därefter har nedgången fortsatt. Under perioden 1999–2008 minskade det totala antalet vårdplatser i Sverige med 6 893 platser (21 %) till cirka 25 860. Mellan 2007 och 2011 minskade antalet vårdplatser med drygt 600. Den största minskningen skedde inom geriatrisk vård, där antalet vårdplatser minskade med cirka 250 under tidsperioden.

Enligt Socialstyrelsen har andelen äldre som får kommunal omsorg minskat något de senaste åren. Färre bor permanent i särskilt boende eller i korttidsboende eller får geriatrisk vård. Däremot får fler omfattande hemtjänst och för de äldsta ökar sjukhusvården något.

Antalet platser i särskilt boende har minskat snabbt under flera år. Så sent som 2002 fanns 115 500 platser och 2009 95 400. 2011 hade de krympt till 90 900. Ålderdomshem och servicehus finns knappast längre och de som idag bor i vård- och omsorgsboenden, tidigare benämnda sjukhem, är påtagligt sjukare än tidigare.

Skälen till den stora minskningen av vårdplatser och den ökande öppenvården är många:

- Stora medicinska framsteg och bättre resultat.
- Den stora ökningen av dagkirurgiska ingrepp och annan specialiserad öppenvård. För de äldre har skonsammare anestesi och operationsmetoder varit särskilt viktiga.
- Generellt kortare vårdtider.
- Nya attityder – Patienter ska bara vårdas i slutenvård om det behövs och när de medicinska teknologierna finns. Opererade patienter ska snabbt upp på benen, liksom de som drabbats av stroke. Det är inte sjukhussängen som botar.
- Stor ökning av antalet läkare och sjuksköterskor.

Socialstyrelsens patientregister redovisar en svag minskning i antalet slutenvårdstillfällen mellan 1987 och 2011. Samtidigt ökade befolkningen med cirka 800 000 personer under samma period. Den stora produktionsökningen finns i antalet öppenvårdstillfällen (besök och insatser i specialiserad vård och i primärvård).

Vård och omsorg påverkas både av det ekonomiska läget och av politiska ambitioner och prioriteringar. I Sverige gjordes betydande nerdragningar i offentlig verksamhet 1993-96 och några år i början av 2000-talet. Detta påverkade främst antalet vårdplatser. Totalt sett har dock resurserna till hälso- och sjukvården ökat de senaste decen-

---

<sup>1</sup> Sedan 2005 klassas geriatrik som en invärtesmedicinsk basspecialitet, den enda förutom internmedicin självt. Geriatriska klinker finns i de flesta landsting, men de kan också vara organiserade som en del av de internmedicinska klinikerna.

nierna. Antalet läkare ökade t ex från 24 500 år 1993 till 33 500 år 2010. Antalet sjuksköterskor ökade från 77 000 till 103 770 under samma period. I stora delar av Europa är den nuvarande ekonomiska krisen påtaglig och leder till åtstramningar inom många områden, hälso- och sjukvård och socialtjänst inkluderade. Sverige har hittills klarat sig bättre, men kan återigen hamna i en åtstramningssituation.

Hur ser då hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens situation ut och hur påverkar den möjligheterna att möta utmaningarna?

- Sjunkande antal vårdplatser och kortare medelvårdtider.
- Sjunkande antal platser inom särskilt boende.
- Kundval inom socialtjänsten och vårdval inom primärvården har givit en större organisatorisk mångfald/splittring och minskade områdesansvar.
- Förändrade ersättningsystem och incitament (för det som är lätt att mäta) och med betoning av tillgänglighet, men även för vissa åtgärder/resultat.
- Otillräcklig koordination mellan vårdnivåer och vårdgivare, inkl av elektronisk journaldokumentation.
- Frustrerade professioner. Det gäller t ex överbeläggningar och administrativa krav på redovisning av aktiviteter och resultat, krav på sjuksköterskor att arbeta varannan helg i stället för var tredje etc.
- En osäker ekonomisk situation, men också en obalans mellan ambitioner och möjligheterna att finansiera deras omsättning i praktiken.

Utvecklingen med färre vårdplatser och fler överbeläggningar inom hälso- och sjukvården liksom kortare medelvårdtider har ställt större krav på den kommunala äldreomsorgen. De färre platserna inom särskilt boende innebär att de som beviljas plats är betydligt sjukare/mer funktionshindrade än tidigare. Det innebär även att hemtjänsten, hemsjukvården och den sjukhusanknutna hemsjukvården, har fått ta hand om allt sjukare personer. En konsekvens av utvecklingen är sannolikt att även anhöriga tvingats ta ett större ansvar, inte minst mot bakgrund av den administrativt mer komplicerade situationen med vårdval, många utförare och begränsad vårdsamordning.

Medelboendetiden på särskilt boende har sannolikt samma utveckling som medelvårdtiden på sjukhus och inom geriatriken - den minskar. Eftersom de personer som beviljas ett vård- och omsorgsboende idag är betydligt sjukare än tidigare kommer de också att dö inom kortare tid. Detta motverkar effekterna av antalet sängplatser, precis på samma sätt som minskade medelvårdtider gör fler vårdtillfällen möjliga inom hälso- och sjukvården.

Förutom att överbeläggningar påverkar patientsäkerheten negativt, liksom patienternas komfort och omhändertagande, har de en mycket negativ påverkan på vårdpersonalen som känner att de inte kan ge patienterna det omhändertagande de borde få. Det leder ofta till stressreaktioner och tillsammans med förändrade scheman bidrar det inte sällan till personalomsättning.

Landstingen har under många år velat höja den ekonomiska medvetenheten hos framför allt läkarna, vars beslut är de som mest påverkar sjukvårdskostnaderna. Det större inslaget av resultatstyrning i sjukvården indikerar att denna ambition möjligen har lyckats över hövan. Ett exempel på detta är den pågående debatten kring Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter under vintern 2013. I denna beskrivs bl a att läkare har tubbats att bli affärsmässiga och att läkaretiken har påverkats negativt.

Mångfaldens och den fria etableringens andra sida är den organisatoriska splittring som uppstår. Sedan länge har det handlat om kommunens insatser i förhållande till sjukhusens och primärvården. Det nya är den snabba tillväxten av nya aktörer inom såväl primärvård som äldreomsorg, som har blivit effekten av LOV i flera län. Den fria etableringen har ofta inneburit att tidigare områdesansvar har upphört. Andra konsekvenser av förändringarna är att samverkan försvårats både på grund av att antalet aktörer har ökat och att de är spridda över större geografiska områden. Detta får effekter på många olika plan. Det påverkar bl a möjligheterna att skapa en integrerad vård, den samordnade vårdplaneringen, möjligheterna att skapa och överenskomma gemensamma rutiner samt, för att vara mycket konkret, möjligheten att rationellt planera enskilda vårdbiträdens turer.

Den äldre och sköra patientens val av vård- eller omsorgsgivare blir i många fall ett problem snarare än en tillgång. När kommunens biståndsbedömare fattat biståndsbeslutet, ska en vårdgivare/utförare väljas. Valet kompliceras av att biståndsbedömarna ser sig förhindrade att ge förslag eller rekommendationer, eftersom man tycks värna konkurrensneutraliteten mer än att stödja den äldre och de anhöriga att hitta en bra lösning.

Primärvården är 1:a linjens sjukvård för de sjuka äldre, liksom för den övriga befolkningen. De tidigare visionerna om primärvården som navet i hälso- och sjukvården ligger idag ännu längre bort än då denna vision formulerades. Från såväl sjukhus som företrädare för den kommunala vården och omsorgen luftas ofta kritik mot primärvården, som inte uppfattas vara tillräckligt delaktiga i, eller tar initiativ till, samordnad vårdplanering. På mindre orter tycks vården vara mer integrerad, men primärvården har inte sällan stora rekryteringssvårigheter. På större orter är läkartätheten betydligt större, men å andra sidan blir vården mindre integrerad, främst beroende på mångfalden av utförare inom såväl primärvård som den kommunalt finansierade omsorgen, men också därför att husläkarmottagningar tenderar att fokusera på just mottagningsrollen.

Sammanfattningsvis är den stödjande institutionella strukturen för vård och omsorg både mångfacetterad och stadd i förändring. Såväl bristen på vårdplatser/-boende och ändamålsenliga vårdflöden som samordnade och förutseende insatser är ett problem. Enskilda vårdgivare och professionella kan göra goda insatser, men om insatserna inte koordineras utifrån en övergripande idé om vad som ska åstadkommas, inklusive gemensamma prioriteringar och rutiner för arbetet, blir resultatet inte vad det skulle kunna vara.

Kontinuitet i vård och omsorg och god vägledning skapar trygghet för äldre och sköra personer. De är nyckelord för att utveckla vården och omsorgen om denna behovsgrupp. Det medicinska omhändertagandet och förmågan att skapa smidiga vårdprocesser kan inte ses isolerade från det psykosociala omhändertagandet. För sjuka och sköra människor, som befinner sig i livets sista fas, är vanlig mänsklighet en dygd och en öppenhet för de svåra frågorna nödvändig.

## **Några exempel från geriatriken och andra verksamheter**

### **Direktintag från ambulans och akutmottagning**

Stockholms läns landsting har under flera år strävat efter att öka direktintaget till geriatriken, såväl från hemmet/ambulansen som från akutmottagningen (AKM). Forskning visar att detta höjer vårdkvaliteten och minskar mortaliteten för patienter-

na. Prehospitalt centrum i har, tillsammans med några av de geriatriska klinikerna, utvecklat ett beslutsstöd för ambulanspersonalen, i syfte att avgöra om patienten kan köras direkt till en geriatrisk klinik. Systemet har nu implementerats för alla geriatriska kliniker, vilket påtagligt har ökat direktinläggningarna från ambulansen.

År 2012 skapades 58 procent av geriatrikens vårdtillfällen i SLL genom direktinläggningar, medan övriga patienter remitterades från sjukhusens vårdavdelningar för vidare rehabilitering. Av direktinläggningarna kom 18 procent från hemmet/ambulansen och 38 procent från AKM. Direktinläggningarna har ökat under flera år, men andelen direktinläggningar från hemmet/ambulansen har stagnerat det sista två åren. Detta trots ett ökat direktintag av de som triagerats av ambulanspersonalen och att landstinget ger ekonomiska incitament till de geriatriska klinikerna för att öka direktintaget.

Utvecklingen har inneburit att sjukhusens vårdavdelningar har avlastats patienter som inte behöver deras specialiserade resurser och när bedömningar har kunnat göras i ambulansen har även AKM avlastats. De successivt ökande direktinskrivningarna har inneburit att det blivit svårare för sjukhusens vårdavdelningar att remittera till geriatriken. Antalet avslagna remisser vårdavdelningarna varierade från 26 till 46 procent bland 5 undersökta kliniker 2010. Avslagen på akutremiserna var väsentligt lägre. Utfallet speglar de totalt sett få vårdplatserna, de högre trösklarna för patienterna som kommer från vårdavdelningarna och de ökande direktinskrivningarna.

### ***Vad är en geriatrisk patient inom Stockholms läns landsting?***

Geriatrisk slutenvård är tillgänglig för:

- person  $\geq 65$  år som är biologiskt åldrad,
  - som är nära sin funktionella sviktgräns och
  - som är folkbokförd i ansvarsområdet och
  - som är beroende av andra för att klara sitt dagliga liv eller har flera samtidiga hälsoproblem, behandlingsinsatser och vårdgivare
- Vid intag från sjukhusens vårdavdelningar ska personen ha en förväntad vårdtid på minst 4 dygn och en potential att tillgodogöra sig rehabilitering alternativt behöva symtomlindring i livets slutskede.
- Vid direktintag är kriterierna (1) recidiv eller försämring av kronisk sjukdom; (2) nytillkomna funktionshinder eller smärta som bottnar i ortopedisk diagnos; (3) tillkomna sjukdomstillstånd som kräver slutenvård, men inte akut-sjukhusets resurser och (4) symtomlindring i livets slutskede

För närvarande sker ett arbete inom Hälso- och sjukvårdskansliet med att utveckla kriterierna.

### **Vårdplatsutnyttjande och vårdflöden**

Från 2001 till 2012 har medelvårdtiden inom geriatriken i SLL sjunkit från drygt 17 dagar till 10,4. Under samma tidsperiod har antalet geriatriska slutenvårdstillfällen ökat med 30 procent. Den ökade omsättningen av patienter leder till fler samordnade vårdplaneringar tillsammans med patienten och övriga intressenter.

Utflödet från sjukhusen och geriatriken är starkt beroende av tillgången till vårdboenden och insatser från hemtjänst, hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet. Det är också beroende av primärvårdens förmåga och insatser för att stödja patienterna. Den successiva övergången av hemsjukvården till kommunerna och att systemet med primärvårdskonsulter har upphört i de flesta landsting, gör det inte lättare för primärvården att vara den sammanhållande länken i vården av de mest sjuka äldre.



Så länge hemsjukvården fanns inom vårdcentralen hade distriktssköterskan en nyckelroll i samordningen.

Geriatrikens beläggning av vårdplatser är mycket varierande under året och följer samma säsongsmönster som för akutsjukhusen. De gemensamma säsongsvariationerna leder till att sjukhusen i mindre grad remitterar till geriatriken under lågsäsong och i väsentligt högre grad under högsäsong. Svårigheterna har tvingat såväl sjukhusen som geriatriken till en större flexibilitet när det gäller att öppna och stänga vårdplatser. Samtidigt som vårdgivare/utförare agerar för att få till stånd en god vård och omsorg för patienter och brukare, agerar de enligt regelverken för att optimera sina intäkter och minska sina kostnader.

Inom SLL minskade antalet vårdplatser inom geriatriken kraftigt under 2000-talets första decennium. De har ökat marginellt på senare år och en större ökning är planerad. Nuvarande antal vårdplatser påverkar inte bara geriatrikens förmåga att nå sina mål, utan får betydande effekter även på akutsjukhusens vårdavdelningar. Under högsäsongens 7-8 månader blir patientflödena trögare och leder till överbeläggningar och avslagna remisser, men under lågsäsongen innebär det ett mindre optimalt resursutnyttjande.

Innan vårdgarantin fick en skarp tillämpning i landstingen kunde sjukhusen parera de naturliga säsongsvariationerna i den akuta vården genom att producera mindre elektiv vård under den tid då det akuta vårdflödet var som störst och mer då det sjönk. Denna möjlighet finns inte på samma sätt med dagens prioriteringar. Styrning i Stockholms län syftar bl a till att en större del av den elektiva vården ska kunna produceras utanför akutsjukhusen. Detta minskar det elektiva trycket på akutsjukhusen under högsäsong, men samtidigt drar det undan arbete och intäkter under lågsäsongen. Utvecklingen innebär risk för att akutsjukhusen blir mindre kostnadseffektiva, eftersom den akuta verksamheten kräver en grundbemanning som är långt större än som kommer till användning för endast akuta insatser.

### **Beslutsstöd för hemsjukvården i Örebro**

Projekt ViSam är en pågående försök i SKL:s satsning på ett bättre liv för de mest sjuka äldre. I projektet skapas en länsövergripande samverkan för vårdplanering och informationsöverföring. Bl a har ett beslutsstöd tagits fram för bedömningen av patienter som plötsligt försämras i sitt hem. Alla sjuksköterskor inom hemsjukvården använder beslutsstödet oavsett var patienten bor (i södra länsdelen). Efter några frågor, observationer och mätningar av vissa vitalparametrar väljer sjuksköterskan en av tre vägar:

- patienten stannar i hemmet,
- patienten stannar i hemmet men en distriktsläkare kontaktas för ytterligare bedömning,
- patienten skickas till AKM för bedömning där.

Syftet är inte att minska flödet till AKM, utan att patienten ska vårdas på rätt vårdnivå. Tanken är att även ambulanssjuksköterskor och primärvårdens sjuksköterskor ska följa beslutsstödet inriktning, men så långt har arbetet ännu inte nått.

Under den första testperioden lades 78 procent av de patienter som skickades till AKM in på sjukhuset. Motsvarande andel innan beslutsstödet var 68 procent. Dessutom halverades risken för oplanerad återinläggning. Resultaten visar också positiva effekter av att olika yrkeskategoriers kompetens användes bättre - tryggare personal och patienter/anhöriga.

I många fall kan sålunda hemsjukvården göra bedömningar av potentiellt akuta tillstånd redan på hemmaplan. Om inte detta sker behöver bedömningen göras av ambulanspersonalen eller i nästa steg på AKM.

### **Integrerad vård**

Integrerad vård syftar till att ge en god vård präglad av kontinuitet och trygghet genom horisontell och/eller vertikal integration. Den är därför lämplig för vården av de mest sjuka äldre och kronisk sjukdom i allmänhet.

Integrerad vård har, liksom den nära familjemedlemmen närsjukvård, ingen tydlig och gemensam definition. WHO:s beskrivning är mycket bred: ”Integrated care is a *concept* bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a *means* to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency”.

Integrerad vård har både funktionella och organisatoriska aspekter.

- Funktionellt: Samverkan för patientens och det gemensamma bästa som bygger på frivilliga överenskommelser mellan professionella, resultatenheter, vårdgivare och huvudmän
- Organisatoriskt: Sammanslagning av verksamheter i syfte att skapa en integrerad vård och motverka
  - nuvarande stuprörseffekter,
  - att chefer och medarbetare i första hand ser till den egna verksamhetens processer och ekonomin, särskilt när man är under ekonomiskt press,
  - starka organisationskulturer som i första hand ser till de egna insatserna.

I Sverige har ett antal projekt drivits med integrerad vård som mål eller medel. En del av dessa har finansierats av huvudmännen, andra av staten. I överenskommelsen från 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en treårig satsning på försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. 19 projekt fick projektmedel. Projekten handlar bl.a. om organisatoriska lösningar - äldrelots, mobila team, samlokaliserade verksamheter liksom ett antal projekt som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocessen.

I överenskommelsen för 2013 mellan SKL och regeringen finns ett krav att det i varje län ska finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan för en sammanhållen vård och omsorg av de mest sjuka äldre. Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre för 2013. Regeringen satsar 72 Mkr för särskilda utvecklingsledare för att arbeta med de planer som tas fram.

Den mest radikala versionen av integrerad vård i Sverige skapades genom TioHundra AB i Norrtälje 2006. Det unika ligger i att hälso- och sjukvården och kommunens äldreomsorg, habilitering och socialpsykiatri har lagts i samma organisation. En gemensam nämnd och bolaget skulle ge en mer integrerad vård och omsorg.

TioHundra hade stort fokus på att förbättra vårdprocesser, bl a de som var relevanta för äldre personer med komplexa behov. T ex

- Antalet journalsystem har minskat från elva till två.

- Införande av ”disease management” - (ofta sjuksköterskeledda) vårdprogram för olika kroniska sjukdomar. Särskilda åtgärdsprogram riktas mot högriskpatienter och ”storkonsumenter” av vård och omsorg.
- ”Utslussningsvård” av multisjuka äldre.
- ”Utlokaliserade” specialisttjänster till primärvården.

Den integrering av ekonomi och verksamheter som skett inom TioHundra har avlägsnat hinder och felaktiga incitament, vilket har främjat klinisk integration och samverkan mellan professionerna.

Förutsättningarna förändrades när LOV antogs av riksdagen. Det innebar att den tidigare konkurrensutsättningen av vissa uppdrag nu ersattes med kundval inom äldreomsorgen år 2009 och vårdval inom primärvården år 2010. Följden blev att TioHundra utvecklades från en integrerad vårdorganisation till en av flera aktörer på en lokal sjukvårdsmarknad – dock med en dominerande ställning.

Intressant är att Stockholms läns landsting härbärgerat de två mest radikalt utformade och olika styrsystemen inom hälso- och sjukvården. TioHundra har fått förlängt mandat till 2015. Samtidigt har landstinget tydligt tagit ställning för mångfaldsalternativet och planerar att köpa vårdlotstjänster för att kompensera för några av systembristerna.

Precis som i Sverige (eller tvärt om) har Dep. of Health i UK genom bidrag till olika projekt stimulerat utvecklingen av *integrated care*, särskilt med betoning på samverkan mellan NHS (sjukhus och GP) och local authorities (socialtjänst). 16 av dessa projekt har utvärderats under ledning av RAND Europe.

I RAND:s sammanfattande iakttagelser och slutsatser nämns bl a de relativt begränsade effekterna och att personalen ofta var mer nöjda än patienterna. Den planerade sjukhusanvändningen minskade, men den oplanerade ökade. Utvärderingen betonar komplexiteten i och de utmaningar som finns i att koordinera vård och omsorg över huvudmanna- och vårdgivargränser och vikten av att hålla fast vid patientperspektivet.

Integrerad vård eller närsjukvård är sannolikt en lösning på flera problem som kan härledas till bristande kontinuitet, organisatorisk splittring och ett snävt fokus på den egna verksamhetens tjänster, produktion och resultat. Det finns dock inga färdiga modeller och ingen färdig design för detta. Det handlar fortfarande om att upptäcka. De konserverande krafterna är dock avsevärda, särskilt i ett ekonomiskt klimat som präglas av åtstramningar. Utmaningen är egentligen mer organisatorisk, ekonomisk och kulturell än att skapa integrerade vårdprocesser.

## Vad göra?

Det finns alltid förbättringsmöjligheter även i de bäst fungerande verksamheterna. Här ska några centrala teman beröras som är av betydelse för vården av och omsorgen om de mest sjuka äldre.

### Kvarboendepincipen

I ett samhälle med en allt större andel äldre behöver tillämpningen av kvarboendepincipen förtydligas. Hemtjänst, hemsjukvård och avancerad sjukvård i det egna hemmet är positivt för många, men långtifrån alla. Inte minst ensamhushållen behöver alternativ.

Möjligheten till andra boenden genom äldreomsorgen är dock begränsade. Kommunala serviceboenden och ålderdomshem är i stort sett avvecklade, medan seniorboenden från 55+/60+/65+ tycks ha ökat. Aktörer är bl a Blomsterfonden, bostadsföretag och bostadsrättsföreningar. Här gäller endast ålderskriteriet och att det inte finns hemmavarande barn. När seniorboendet innebär medlemskap i en bostadsrättsförening krävs dessutom att den äldre har en god ekonomi.

Trygghetsboende utgör en annan kategori. Förutom gemensamhetslokaler ska bl a finnas tillgång till personal. En person i hushållet ska ha fyllt 70 år. Dessa finns också som både hyresrätter och bostadsrätter. Till och med dec 2014 finns ett statligt stöd för byggande av trygghetsbostäder.

Staten borde stimulera bygganden av såväl seniorboenden som trygghetsboenden, vilka båda är goda alternativ för många äldre. Sådana välplanerade och attraktiva bostäder underlättar även för nuvarande och framtida hjälpinsatser och frigör samtidigt väsentligt större bostadsytor.

### **Platser i särskilt boende och vårdplatser**

I dagsläget behövs fler platser både när det gäller vård- och omsorgsboende och inom geriatriken. I vissa fall behövs de för att klara av topparna i nuvarande säsongsvariationer, i andra för att förstärka verksamheten under hela året.

Mot bakgrund av det ökande antalet - och den ökande andelen - äldre i befolkningen, de allt fler kroniska sjukdomar som sjukvården lyckas hålla i schack och svårigheterna att hantera allt fler patienter med många sjukdomar står bl a följande grundläggande strategier till buds:

- Fler och/eller framför allt mer flexibla vårdplatser
- Tydligare policy kring de olika vårdnivåernas/vårdgivarnas ansvar för de mest sjuka äldre patienterna
- Bättre samordning av vårdinsatser mellan olika vårdnivåer och vårdgivare så att de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatserna används i de geriatriska vårdprocesserna eller vårdflätorna.

En kritisk fråga är i vilken utsträckning som trycket på vårdplatser kan minskas genom andra åtgärder, t ex att klara mer i öppenvård, inom hemsjukvården, inom vård- och omsorgsboenden, bättre samordning av insatser och framför allt mer proaktiva insatser. Detta är avhängigt lokala förhållanden, resurser och traditioner, varför analyserna behöver göras på läns- eller i vissa fall på kommunnivå.

När det gäller de olika vårdnivåernas ansvar handlar det framför allt om det ansvar som primärvården har, men som tycks vara svårt att leva upp till. Det handlar också om hemsjukvården som är en nyckelresurs i vården av kvarboende äldre sjuka personer, liksom olika former av avancerad sjukvård i hemmet.

Olika typer av vårdlotsar har prövats i olika landsting för att stödja patienten att orientera sig i vård- och omsorgssystemet. Inom vissa specialiteter finns kontaktsjuksköterskor och andra med liknande uppgifter. Det bör vara ett tydligt policykrav på vårdgivarna att prioritera och organisera samordningen inom ramen för existerande system, utifrån både patienternas behov och verksamheternas krav på smidiga flöden. Rådgivning och stöd till patienterna ingår i detta, liksom det alltid har gjort inom hälso- och sjukvården.

## Vårdflöden

För att en sjuk och funktionshindrad person ska få vård och omsorg på rätt nivå krävs inte bara rätt insatser utan också effektiva flöden. D v s att de som kommer till AKM verkligen behöver komma dit, att bedömning antingen kan ske hemma hos patienten eller i ambulansen, att direktinskrivningar på geriatriken sker i större grad, att sjukhusets olika kliniker har tillgång till geriatrikens platser för de patienter som behöver ytterligare rehabilitering innan hemgång, att hemsjukvård och hemtjänst kan ta vid efter en vårdepisod och att det finns platser på vård- och omsorgsboende (permanent eller för kortare tid) för personer som behöver det och, kanske viktigast, att de olika insatserna samordnas.

Vårdgivare tenderar att primärt optimera sina egna flöden. Detta kan ske med stöd av Lean eller andra utgångspunkter. Detta är gott och väl, men om inte detta sker i samförstånd eller samverkan med berörda vårdgrannar, finns stor risk att de interna prioriteringarna inte matchar övriga aktörers förväntningar och/eller kapacitet.

På landstingsnivå bör det finnas funktioner som

- kan analysera flödet av patienter mellan vårdgivare/-nivåer,
- kan analysera orsakerna till dessa, inklusive hur de påverkas av gällande policy (styr- och ersättningsystem)
- kan driva utvecklingsprocesser mellan vårdgivare och/eller vårdnivåer.

Ett ändamålsenligt analysarbete ger stora möjligheter att arbeta proaktivt med förbättringar av såväl patientens vård och omsorg som vårdflöden och samverkan.

## Vårdens och omsorgens räckvidd

Det är många aktörer<sup>2</sup> som ska skapa god vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Samtidigt ska deras insatser vara samordnade, vårdprocesserna smidiga och insatserna ändamålsenliga.

Primärvården får ofta kritik för att deras handläggning av denna patientgrupp inte är tillräckligt proaktiv. De äldre patienterna blir en del av mottagningssystemet, utom i de fall hemsjukvården fortfarande är kvar i landstingets/primärvårdens regi.

För *vårdcentralers och husläkarmottagningar* behövs ofta ett mer systematiskt omhändertagande av denna patientgrupp, som även innefattar samordning med andra vårdgivare/vårdnivåer. Många vårdcentraler har framgångsrikt arbetat med sjuksköterskeledda specialmottagningar för olika sjukdomar. Kanske är det nu dags för specialiserade äldremottagningar inom vårdcentralen? Uppgiften för dessa skulle även kunna stå vara samordning med vårdgrannar. Detta kräver ett nära samarbete mellan läkare och distriktssköterska och kanske även med konsultgeriatriker.

**Geriatriken** bedriver huvudsakligen slutenvård, viss dagrehabilitering och minnesmottagning. För att bättre tillgodose patientbehoven och få ett bättre resursutnyttjande av personalen borde geriatriken öka sin specialiserade öppenvårdsrehabilitering och ta emot fler patienter för specialistbedömningar. Det skulle avlasta primärvården och i viss mån olika sjukhuskliniker. Ytterligare en möjlighet är att geriatriska kliniker också blir kunskapscentrum med utvecklingsuppdrag och med ett väsentligt större och tydligare konsultationsansvar gentemot framför allt primärvården men också mot andra sjukhuskliniker. Även aktörerna inom den kommunalt finansierade äldreomsorgen skulle kunna inkluderas.

<sup>2</sup> Det gäller primärvård, AKM, geriatrik, sjukhusens olika vårdavdelningar, hemsjukvården, sjukhusansluten hemsjukvård, biståndshandläggare, särskilda boenden, hemtjänsten etc.

## **Ersättningsystem och incitament**

Det är uppenbart att vårdgarantin och bonus/vite för tillgänglighet har inneburit bättre tillgänglighet för stora patientgrupper och förändringar av vårdgivarnas arbetsprocesser och resursutnyttjande. Samma tydliga policy och incitament finns inte för det som inte mäts, t ex kontinuitet och trygghet i vården. Detta innebär att vården för de kroniskt sjuka och de mest sjuka äldre riskerar att nedprioriteras genom den efterfrågan som finns från tillfälligt sjuka och yngre patienter. SKL kommer att utreda hur dessa undanträngningseffekter ser ut, framför allt för de kroniskt sjuka patienterna.

När enskilda incitament införs i ett system som i övrigt styrs av övergripande mål, i huvudsak global ersättning (budget, avräkning mot DRG, kapitation etc) och yrkesetiska idéer, får dessa ofta en mycket stark styreffekt. En annan intressant effekt är att de tycks skapa förväntningar på att även andra aspekter av arbetet ska ”ersättas” i särskild ordning. Detta är i praktiken ett sätt att försöka krympa uppdraget. Fokus förskjuts delvis från vad som skapar god vård för patienterna till vad som skapar resurser för verksamheten.

Vård och omsorg ska primärt vara kunskapsdriven. Det gäller oavsett om det är fråga om interventioner eller processer. Uppdraget till vården och omsorgen innebär redan idag krav på smidig samverkan. Det som kan tydliggöras är att givna ersättning ska täcka arbetet för detta. I vård och omsorg är ofta uppföljning det bästa instrumentet för såväl styrning som förbättringsarbete.

Ett viktigt argument mot resultatbonus är att de verksamheter som har de största utvecklingsbehoven får mindre resurser. Detta drabbar i slutändan patienterna och bidrar inte till en jämlik vård. Vården är inte en marknad där de som har sämre resultat slås ut och ersätts med nya bättre aktörer. Det är inte ens en kvasimarknad. Slutsatsen är därför att ständiga förbättringar är den viktigaste metoden för att åstadkomma god vård till patienterna och för utveckling av verksamheten.

Hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete drivs framför allt av ny kunskap och av uppföljning, bl a genom kvalitetsregister. Utöver detta har vården och omsorgen ofta väl utvecklade avvikelshanteringssystem för att kunna fånga upp och rätta till fel.

Det ligger i sakens natur att varje vårdgivare strävar efter att tillförsäkra verksamheten de resurser den behöver för att bedriva verksamheten, men när ekonomiska incitament införs för enskilda delar tycks dessa tendenser förstärkas. De tycks också bidra till att snäva in tolkningen av uppdraget och de undergräver medarbetarnas naturliga drivkrafter – önskan att vara till nytta för patienterna och att göra ett bra arbete.

### ***Nya vindar i UK?***

Jeremy Hunt, hälsominister i UK, kommenterade nyligen i en intervju att sjukhusen har betalats för operationsvolymerna snarare än för att tänka på vad som händer när den äldre damen, som just fått sin höftoperation, kommer hem. När det gäller de ”kvalitetsersättningar”, som idag är vanliga inom den svenska primärvården, sade Hunt: ”If you make a GP’s financial reward the number of aspirins they give to patients, you de-professionalise them because you’re saying you’re not going to trust their clinical judgement. You also make it impossible for the GP to treat the person rather than the condition”. Vidare att “GPs have been incentivised to fulfil tick-box exercises proving they have assessed their patients for certain conditions – rather than looking at their care in the round”.

Detta är intressanta tankegångar från ett land som varit föregångarna då det gällt att styra sjukvårdens kvalitet med relativt detaljerade krav, instruktioner och incitament.

## **Större tilltro till huvudmännen och vårdens professioner**

Socialdepartementets ambitiösa och i dagsläget detaljerade nationella styrning säger indirekt att tilltron till huvudmännens och professionernas förmåga är begränsad. Så har också många huvudmän och professionsföreträdare uppfattat det. Nationell styrning av arbetet med de mest sjuka äldre, som inte är lagstiftning och reglering, bör i första hand innebära att skapa visioner, stödja och utveckla grundläggande strukturer (som nu sker inom kunskapsstyrningsområdet) samt att stödja utvecklingsarbete inom prioriterade områden.

När det gäller lagstiftning kan en annan värdering behöva göras kring avvägningen av personlig integritet och ett enklare informationsutbyte mellan de vårdgivare som är engagerade i vården och omsorgen av äldre (och andra) personer. I övrigt är det huvudmännen som har ansvaret för att utforma kunskapsbaserade och smidiga vårdprocesser.

En annan fråga som bör aktualiseras för lagstiftning är kommunernas storlek. Mindre kommuner har idag begränsade möjligheter att leva upp till de växande kraven inom omsorgsområdet (och flera andra kommunala ansvarsområden). De är för små för att ha kritisk massa av kompetens och deras egna resurser för att stödja utvecklingsprojekt är i många fall ytterst begränsade.

I grunden behövs en förbättrad kunskapsstyrning, men också en större tilltro till professionernas kliniska omdöme. En rekommendation gäller alltid på gruppnivå och insatsen måste alltid anpassas till den enskilde patienten. Det gäller i ännu högre grad för de mest sjuka äldre. Det görs få kliniska prövningar på äldre patienter, vilket innebär att rekommendationer som berör de mest sjuka äldre alltid måste ses genom många linser innan de blir användbara. De viktigaste linserna är samsjuklighet, förändrad metabolism och nedbrytningsförmåga av läkemedel, individuella skillnader etc. Till detta kommer givetvis patientens önskemål. Att använda bästa tillgängliga kunskap är inte samma sak som att genom en hård behandlingsregim uppnå angivna idealvärden för t ex HbA1c eller blodtryck. Detta kan innebära fara för hypoglykemi, svimningar och fallskador, risker som för många sjuka äldre är mer näraliggande än de riskfaktorer som behandlingen syftar till att minska. Skulle ekonomiska incitament knytas till ovanstående typ av indikatorer ökar riskerna för patienterna ytterligare, inklusive risken för att läkarna inte ser den enskilde patientens förutsättningar och behov.

## **Realistiska tidsramar**

Ett skäl till dagens ofta detaljerade nationella styrning av vård och omsorg är uttryck för en (orealistisk?) önskan om snabba resultat. De förändringar som kommer att krävas för att hantera vårdens och omsorgens olika utmaningar kan inte kommanderas fram. De växer fram som en effekt av kloka nationella beslut som ger bättre förutsättningar för de som ska göra arbetet. I övrigt är all utveckling lokal och utan lokal uppföljning, eldsjälar, processledare, samarbete och systematiskt förbättringsarbete kommer inte mycket att ske. Sådant ger inte resultat över en natt, i alla delar av landet.

## **Projekt kontra löpande verksamhet**

Kommuner och landsting dopas idag med nationella projektmedel och resultatbonusar inom fler områden än de mest sjuka äldre. Vad dessa satsningar har gett kommer att belysas i olika kommande utvärderingar.

Vad som redan nu kan sägas är att steget från projektf finansiering till att den löpande verksamheten ska stå för nya kostnader är långt. Det är betydligt lättare att prioritera en metod eller ett arbetssätt som finansieras externt, än om den ska tävla med alla verksamhetens övriga mål, aktiviteter och kostnader. Huvudmännen har ansvaret för verksamheten och behöver göra avvägningar av många olika slag. Verksamhetsmål och krav måste alltid balansera mot de tillgängliga ekonomiska resurserna.

### **Vilket samhälle får vi när en fjärdedel av befolkningen är över 65 år?**

Det finns två grupper som inte förväntas arbeta i dagens samhälle. Barn/ungdomar och pensionärer. Förväntningarna på de förstnämnda är att det ska gå i skola och utbilda sig. Vilka förväntningarna är på de äldre är mer oklart. Trots alla sjukdomar och kroppsligt och andligt slitage, är den äldre populationen som helhet ganska frisk. Det är dock inte denna PM:s sak att svara på detta.

Några politiska trevare finns om ett längre arbetsliv och högre pensionsålder, eftersom det behövs fler ”arbetade timmar” för att finansiera de offentliga åtagandena på nuvarande nivåer. Annars är det ganska tunnsått med idéer och bilder av livet efter arbetslivet. Kanske det beror på dödens närhet. Detta faktum, som tidigare var ständigt närvarande under alla livets skeden, men som nu oftast har reserverats för ålderdomen som livets slutpunkt. Kanske är tidigare föreställningar om pensionsåldern som den långa ledigheten fortfarande levande, då mycket av det som tidigare har försummats kan förverkligas. Det tar ofta decennier för sådana idéer att växa fram och förändras. Än så länge finns sålunda mest privata berättelser och idéer om detta, och förutom de olika religionernas idévärld och tankar om försoning med livet, finns ingen sekulär berättelse om ålderdomens mening med stor genklang i befolkningen.

Vården och omsorgen behöver för sin del se det pågående skiftet med ett samhälle bestående av en allt större andel äldre och fler mycket gamla personer. Dessutom har idag cirka en fjärdedel av befolkningen en kronisk sjukdom. De behöver långsiktiga vårdplaner för att hålla symtom och andra konsekvenser av sjukdomen i schack. Vårdens logik kan inte främst byggas kring de tillstånd som botas på några dagar och sen är det klart. I framtiden måste vården och omsorgen formas utifrån de nya förutsättningarna, d v s lägga mycket större vikt vid kontinuitet, samordning, kontinuerlig uppföljning etc.

### **Källor**

De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen, oktober 2011.

Demografiska rapporter 2012:2. Sveriges framtida befolkning 2012-2060. SCB, 2012.

Does integrated care deliver the benefits expected? Findings from 16 integrated care pilot initiatives in England. RAND Europe, 2013.

En samlad vårdprocess för kroniskt sjuka. Göran Stenberg. Kunskapsunderlag vid workshop. Health Policy Forum, 2012-05-23.

Från sjukhussäng till ehälsa. SKL, 2010.

Från två till tiohundra – Utvärdering av Norrtäljeprosjektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall. Medical Management Centrum (MMC). November 2011

Health Secretary Jeremy Hunt goes on the wards to make a hands-on diagnosis of the NHS. Intervju i The Independent, 2013-05-12.



Making integrated care happen at scale and pace. Chris Ham, Nicola Walsh. The Kings Fund, March 2013.

Patientflöden I geriatriken – med fokus på akutsjukhusen och de geriatriska kliniker-  
na. Ulf-Johan Olson, Dag Ström och Bo Andersson. BDO, 2012-01-24.

Patientens pris? Maciej Zaremba, Weyler förlag, 2013. Innehåller artiklarna som  
publicerades i DN 2013.

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013. Överenskommelse  
mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Regeringskansliet/SKL, de-  
cember 2012.

Tillgång på vårdplatser. Socialstyrelsen, 2010.

Tillgång på: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare  
2010. Socialstyrelsen, 2012.

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrap-  
port 2013. Socialstyrelsen, 2013.

The Use of a Prehospital Decision System in the Emergency Medical Service. Ve-  
ronica Vicente. Karolinska Institutet, 2013.