

Ulla Gurner, utredare, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ulla.gurner@aldrecentrum.a.se)

Mats Thorslund, professor, institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, forskningsledare, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Helhetssyn behövs i vården av multisviktande äldre

Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län

■ Det ökande antalet mycket gamla människor i befolkningen utgör en utmaning såväl för sjukvården som för äldreomsorgen. Krav ställs inte bara på ökade resurser för att möta de växande behoven bland de allra äldsta utan också på att den vård och omsorg som erbjuds är anpassad till äldre med sammansatta behov [1]. De äldre som har de största vård- och omsorgsbehoven prioriteras [2]. En mycket stor del av de ekonomiska resurserna inom såväl sjukhusvård, primärvård som kommunal äldreomsorg kommer just denna grupp äldre tillgodo.

Samhällets sätt att ge äldre vård och omsorg har förändrats. Omstrukturering av sjukhusvården har inneburit både en minskning av antalet vårdplatser och en förkortning av vårdtiderna. Samtidigt har det skett en ökning av antalet vårdtillfällen. Äldreomsorgens utveckling under 1990-talet har inneburit en mer restriktiv hjälptilldelning. Kommunal äldreomsorg erbjuds till allt färre personer. Samtidigt som den totala volymen äldreomsorg har legat konstant har antalet personer som får hjälp minskat [3]. De mest hjälpbehövande får stora insatser på bekostnad av grupper med mindre hjälpbehov. För ensamboende äldre som både är dementa och har fysiska funktionsnedsättningar är en plats i särskilt boende ofta det enda alternativet. De ensamboende som det är fysiskt tungt att vårda men som är kognitivt intakta får hemtjänsten ta hand om [4].

Hur fungerar då vården och omsorgen för de äldsta? Hur fungerar den högspecialiserade sjukhusvården för patienter som vårdas akut för en sjukdom men som »i bagaget«, förutom nedsatt funktionsförmåga, ofta har flera andra sjukdomar? Med dagens specialisering och korta vårdtider inom såväl akutsomatik som geriatrik skrivs äldre patienter med långvariga och allvarliga sjukdomar samt grava funktionsnedsättningar ofta ut från sjukhusen. De är »medicinskt färdigbehandlade«, som termen lyder [5]. Den slutna vården kan inte nämnvärt medverka till att göra denna grupp av patienter »bättre« eller friskare. Dess uppgift är däremot att se till att patienten får ett fortsatt adekvat omhändertagande utanför sjukhuset genom primärvården och genom kommunens äldreomsorg.

De utskrivna medicinskt färdigbehandlade äldre med sto-

SAMMANFATTAT

Bilden av splittrade vård-, rehabiliterings- och omsorgsinsatser dominerar för äldre med någon eller flera sjukdomar samt nedsatt rörlighet och ork. Dessa äldre behöver ombud med mandat att fatta beslut som utgår från behovet av helhetslösningar och som inte väjer för gränser i form av huvudmannaskap, vård- eller omsorgsnivå.

Informationsöverföringen från slutenvård till primärvård visar sig i många fall fungera dåligt för denna grupp. Därför föreslås vårdansvaret gå över till den öppna vården först när öppenvården »kvitterat« patienten från slutenvården. Inrättande av äldreteam med geografiskt avgränsade ansvarområden utanför sjukhuset föreslås. Dessa team ska kunna arbeta i den multisviktande äldres hem och bestå av läkare, distriktssköterska, rehabiliteringspersonal och vårdbiträden.

Serie: Den äldre patienten

Tidigare artiklar i serien har publicerats i Läkartidningen 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18 och 20/2001.

ra funktionsnedsättningar och ett antal långvariga sjukdomar är bara en av de patientgrupper som primärvården fått utökat ansvar för. Allt fler av dessa äldre bor idag kvar i ordinärt boende. De har svårt att ta sig till primärvårdens mottagningar samtidigt som läkarna har en så pressad arbetssituation att möjligheten till hembesök är liten [6].

Vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har vi i en serie studier försökt beskriva i vilken utsträckning äldre med sammansatta behov av vård och omsorg kunnat få sina olika behov tillgodosedda inom sjukvården och inom äldreomsor-

Tabell I. Andel slutenvårdade personer, 75 år och äldre, fördelning efter antal vårdepisoder och antal diagnoser år 1999 (procent). Andelen multisjuka är markerad med fetstil.

Antal vårdepisoder	Antal diagnoser			Total andel
	En	Två	Tre eller fler	
En	22	20	23	65
Två	2	4	15	21
Tre eller fler	–	1	13	14
Total andel	24	25	51	100

gen i Stockholms län. Vi har också gått igenom ett stort antal rapporter från övriga delar av landet, baserade på studier om den geriatriska patienten i vårdkedjan. I denna artikel har vi försökt sammanfatta en del av de viktigaste resultaten och slutsatserna samt ger förslag till åtgärder.

II Frågeställningar

De frågeställningar som behandlas i de olika studierna har rört hur vård- och omsorgssystem fungerat i förhållande till de behov äldre multisjuka/multisviktande själva och deras anhöriga haft, hur samarbetet mellan vård- och omsorgsgivare fungerat, i vilken utsträckning de äldre med sammansatt problematik fått adekvat vård och omsorg.

Vilka äldre ingår i gruppen multisviktande?

I en serie studier har vi utgått från äldre patienter (75+) som under ett år vårdats på sjukhus vid tre eller fler olika tidpunkter och då fått tre eller fler olika sjukdomsdiagnoser registrerade. Dessa skulle kunna betecknas som multisjuka. Med denna stränga definition av undersökningsgrupp ville vi förvissa oss om att fånga en grupp äldre med komplexa behov och som kunde antas behöva fortsatt stöd och samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare. Säkert kan många med komplexa vård- och omsorgsbehov finnas även bland dem med färre diagnoser och/eller vårdepisoder.

I flera studier har vi sökt vidga perspektivet till multisviktande äldre. Dessa är enligt vår definition personer som är 75 år eller äldre, har någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Detta innebär sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

Antalet multisviktande är med säkerhet mycket större än antalet multisjuka. Till exempel är äldre sjukhemsboende underrepresenterade bland dem som vårdats på sjukhus. För att komma närmare sanningen om hur stor gruppen multisviktande egentligen är borde beräkningarna baseras inte bara på slutenvårdskonsumtion utan också på primärvårds- och äldreomsorgsdata. Antagligen skulle vi dock inte få en klar bild av antalet multisviktande ens genom en summering av dessa tre källor. En ökad andel vård och omsorg ges ju av anhöriga och andra närstående, och här sker överhuvudtaget ingen registrering [3].

Om vi bortser från svårigheterna att överhuvudtaget uppskatta storleken på den informella omsorgen så är inte heller öppenvårdens eller äldreomsorgens register tillgängliga eller möjliga att använda för beräkningar av antalet multisviktande på grund av dels lagliga hinder mot att koppla samman register, dels låg datakvalitet.

Utifrån svenska epidemiologiska studier har försök gjorts att skatta andelen multisviktande i befolkningen. Definitionen av gruppen har varierat liksom andelen av befolkningen

– från ca 25 procent av befolkningen 77 år och äldre till 57 procent i åldersgrupperna 84–90 år [7, 8].

II Resultat från några studier

Under 1997 genomfördes en studie för att med hjälp av Stockholms läns slutenvårdsdata söka uppskatta antalet personer med komplexa vård och omsorgsbehov [9]. De personer som i detta sammanhang definierades som multisjuka hade under ett år vårdats på sjukhus vid tre eller fler olika tidpunkter och hade tre eller fler olika diagnoser och sjukdomar.

Tabell I visar att 13 procent (4 737) av samtliga slutenvårdade, 75 år och äldre, under 1999 kan sägas vara multisjuka [opubl data]. Gruppen utgjorde 3,6 procent av den totala befolkningen i denna åldersgrupp i Stockholms län. Både antal och andel multisjuka har i stort sett legat på samma nivå under åren 1995–1999.

Multisjuka (75+) har betydligt längre vårdtider än övriga slutenvårdade (75+). Medelvärde för total vårdtid under 1999 var för de multisjuka 39 dagar, att jämföras med 15 dagar för övriga. Medianvärdet visar än tydligare på de skillnader i vårdtid som finns, 32 respektive 7 dagar för den icke multisjuka gruppen. En jämförelse mellan åren 1994 och 1999 visar dock att medelvärdet har minskat betydligt även för gruppen multisjuka – med hela 10 dagar [8, 9].

Fallstudier av medicinskt färdigbehandlade

På basis av fynden från den refererade registerdatastudien gjordes en fallstudie av utskrivna från medicinklinik och geriatrisk klinik [10]. Studien omfattade 30 äldre multisjuka och deras anhöriga. Intervjuer gjordes med den äldre i hemmet två månader efter utskrivning från sjukhuset. Telefonintervjuer gjordes med närmaste anhörig och med den äldres biståndsbedömare samt ansvarigt vårdbiträde. Utskrivningsmeddelanden och slutanteckningar från slutenvården till primärvården studerades, liksom husläkarjournaler och distriktssköterskejournals. En tredjedel av fallen bedömdes som »mindre bra« på grund av att primärvården inte genomfört de insatser som slutenvården förväntade och/eller att hemtjänsten inte gav den typ av stöd som motsvarade behoven. I dessa fall kommunicerade heller inte primärvårdens och hemtjänstens personal med varandra. Två tredjedelar av fallen bedömdes som tillfredsställande eller acceptabla, till stor del tack vare de äldres egna eller deras sociala nätverks resurser.

Under 1998/99 genomfördes en fallstudie av 21 stroke-drabbade och deras anhöriga [11]. Samtliga stroke-drabbade led av flera andra sjukdomar och hade flera sjukhusvistelser bakom sig under det år som föregick studien. Undersökningsgruppen följdes under den akuta fasen och ett halvt år framåt med intervjuer, funktionsbedömningar och genom journaldata. Studien visade på stora brister i vårdkedjan. Det mest utmärkande var uppsplittringen av resurser för rehabilitering och avsaknaden av samarbete och helhetssyn. Samtliga vårdnivåer och verksamheter arbetade med kort tidsperspektiv. Rehabiliteringsarbetet koncentrerades starkt kring själva funktionsträningen. De psykiska och sociala problem som de stroke-drabbade brottades med lämnades i stort sett därhän. Resurser och kompetens tunnades ut ju längre ut i vårdkedjan den stroke-drabbade »avancerade«. Tillbaka i hemmet uppstod de verkliga problemen. Insatserna från primärvård och hemtjänst var i de flesta fall dåligt anpassade till de individuella behoven.

Under år 1999 intervjuades 15 personer (75+) som skrivits ut från geriatrisk klinik med ett dokumenterat behov av både basal hemsjukvård och hemtjänstinsatser [12]. Förutom dessa äldre personer intervjuades deras anhöriga, husläkare, distriktssköterska samt biståndsbedömare och vårdbiträden. Resultatet visar en dyster bild vad gäller samverkan och kva-

Annons

Annons



FOTO: LENNART REHNMAN/PRESSENS BILD

Det är inte ovanligt att äldre har stora mängder läkemedel i hemmet (bilden är arrangerad).

litet i primärvårdens och hemtjänstens insatser för multiviktande i ordinärt boende. Genomgående saknas en helhetsyn på de äldres behov av medicinsk behandling, rehabilitering och omsorg. Denna bild visar sig tydligt i intervjuerna med de äldre och deras anhöriga och bekräftas i intervjuerna med ansvarig personal inom primärvård och hemtjänst.

Ensamstående kvinna i ordinärt boende. En äldre kvinna skrevs hem direkt från akutklinik i ett mycket skört tillstånd. Hon uppgav själv att läkaren på morgonen två dagar efter ett hjärtgrepp bett henne ställa sig upp bredvid sin säng och försöka klä på sig. Hon klarade detta och blev därigenom bedömd som medicinskt färdigbehandlad och hemskickad. Hemtjänsten kom sedan tidigare fyra gånger per dygn.

Vid intervjun med henne, tre dagar efter hemkomsten från akutkliniken, var hon i princip sängliggande. Hon var mycket orolig och ytterligt trött och ledsen. Vid den efterföljande intervjun med kvinnans anhöriga framgick att hon återigen åkt in på sjukhus endast några dagar efter intervjun med henne. Hon fick då efter några dagars akutvård en längre tids rehabilitering på geriatrisk klinik. Hon var, som klinikens personal uttryckte det, i behov av »upprustning på alla plan«. Inte minst behövde hon komma igång med att äta och med att funktionsträna.

Kvinnan hade före utskrivningen från första akutvårdsvistelsen sedan lång tid levt med svår smärta. Den husläkare hon var listad hos skrev under denna tid vid ett flertal tillfällen ut recept på allt starkare smärtstillande medel. Inte någon gång träffade husläkaren själv kvinnan. Dottern, som hade god kontakt med kvinnans distriktssköterska, tog till slut hem modern under sex veckor för, som hon uttryckte det, »avgiftning«. Distriktssköterskan, som i detta fall inte hade någon fungerande kontakt med husläkaren, gav stöd under denna tid.

De problem som gällde hemtjänsten var för kvinnan knutna till sättet att organisera hemtjänstens arbete och till kvaliteten i insatserna vad gällde matsituationen, den personliga omvårdnaden samt städning och tvätt. De vårdbiträden som kom till henne var alltför många. Hon hade en så pressad livssituation att hon inte orkade med mer än ett mindre antal personer som visste vad som borde göras och som kunde ta egna initiativ i kraft av att de kände eller frågade efter hennes behov. Hon kände stor tvekan inför den mat hemtjänsten erbjöd. Den levererades i färdigt skick att värmas i mikrovågsugnen. Hon åt och drack dåligt. Hon önskade »hemlagad mat« och sällskap under måltiden. En duscdag i veckan var beviljad enligt biståndsbeslut. Kvinnan upplevde det som förnedrande

att inte själv kunna påverka tid eller dag då hon ville duscha och undvek därför, om hon kunde, att bli duschad.

Den städning kommunen anlitat en entreprenadfirma att genomföra en gång i månaden tyckte hon utfördes på ett sådant slarvigt sätt att en gammal vännina till henne kom hem och »städade klart«. Ut på promenader kom hon aldrig.

Ensamstående man i ordinärt boende. En 83-årig man »vårdplanerades« efter vård på geriatrisk klinik för flyttning från sin gamla lägenhet till särskilt boende i servicehus. Eftersom mannen skulle flytta till särskilt boende genomfördes aldrig någon anpassning av den gamla bostaden. Vid intervjun, som genomfördes sex månader efter denna vårdplanering, bodde mannen fortfarande kvar i sin icke anpassade lägenhet. Han rörde sig med yttersta svårighet och med sin rollator i ett stadig grepp i den mycket trånga och icke anpassade bostaden (små rum, trånga dörröppningar och höga trösklar). Den rullstol han fått med sig från geriatriska kliniken gick på grund av detta inte att använda i lägenheten. Inte heller för utomhusbruk hade han nytta av rullstolen eftersom bostaden låg två trappor upp i ett hus utan hiss och han behövde, men hade inte fått, hjälp för att komma ut.

Han undrade över meningen med den stora mängd tabletter han fick sig tilldelad genom distriktssköterskan, som kom en gång per vecka. Trots smärtstillande medel minskade inte värken. Han hade problem med yrsel och hade ramlat ett antal gånger dagarna före intervjun. Han laborerade själv med att »sätta ut« medicinerna en i taget för att se om yrseln möjligen skulle minska. Distriktssköterskan upplevdes inte som en samtalspartner utan som en person som levererade mediciner. Sin husläkare hade han inte träffat efter utskrivningen från geriatriska kliniken. (Intervjun med mannen genomfördes sex månader efter det att han skrivits ut därifrån.)

Hemtjänsten kom två gånger om dagen – »det är ofta som det kommer nya« – och ordnade med frukost på morgonen och värmd färdiglagad mat vid tvåtiden på eftermiddagen. Efter detta klockslag åt mannen sällan mat eftersom »det blir för besvärligt att fixa något«. Han fick tidigare, direkt efter utskrivningen från sjukhuset, mat även på kvällen. Kvällshjälpen hade dock dragits in, enligt mannen utan diskussioner från hemtjänstens företrädare. Själv hade han heller inte protesterat då han »trodde det skulle varit meningslöst«.

Mannen hade, enligt biståndsbeslut, rätt till dusch var 14:e dag men vid intervjutillfället inte fått duscha på tre veckor eftersom hemtjänsten enligt mannen hade problem med vakanser och sjukdom.

Han tyckte att hemtjänstens vårdbiträden »hade olika regler«. Detta innebar att vissa vårdbiträden vägrade att utföra uppgifter som andra genomförde utan kommentarer. Ett vårdbiträde vattnade inte blommor, vilket ett annat gjorde. Vissa vårdbiträden dammade, andra gjorde det inte. Ett vårdbiträde vägrade att handla i en viss affär, ett annat handlade i den affären. För mannen var valet av affär viktigt eftersom han själv aldrig fick följa med och handla och den affär han önskade få varor från var väl känd för honom sedan den tid han själv klarade av att handla.

Han ansåg inte att hemtjänsten riktigt brydde sig om vare sig honom eller hans hem. Städning fick han endast en gång per månad. Skjortor strök de inte. Han hade tidigare fått hjälp med detta genom en släkting. Eftersom släktingen inte orkade stryka längre fick han klä sig i ostrukna skjortor.

Utskrivna från geriatrisk klinik

I en studie kartlades samtliga 425 patienter (75+) som skrevs ut från samtliga geriatriska kliniker i Stockholms län under en vecka i slutet av år 1997 [13]. Studien speglar hur personal från de geriatriska klinikerna bedömer vård- och omsorgsbe-

hov vid utskrivning och två månader efter utskrivning från geriatrisk klinik.

De flesta patienterna hade vårdats flera gånger på sjukhus under det år som föregick den aktuella slutenvården. De hade i genomsnitt tre olika sjukdomsdiagnoser i »bagaget« och genomsnittliga vårdtider som under året översteg en månad. Vid uppföljningen två månader efter utskrivning från geriatrisk klinik visade det sig att en fjärdedel av patienterna återigen var intagen på sjukhus. Över hälften av de utskrivna patienterna hade, förutom sjukdomsdiagnoser, en rad olika problem och symtom som kunde tänkas försvåra deras vardag efter utskrivningen. Över hälften hade värk av olika slag. Nästan lika många led av svindel, yrsel och falltendens samt psykiska symtom som oro och sömnlöshet. Omkring en tredjedel hade vid utskrivningen problem med förstoppning. Över en fjärdedel hade viktproblem, vanligen undervikt. Ett antal personer hade vid utskrivningen ben- eller trycksår i olika stadier. En tredjedel av dem som skrevs ut hade problem med minnet.

Vid utskrivningen från geriatrisk klinik bedömdes endast ett fåtal (5 procent) klara det dagliga livet helt självständigt. Över en tredjedel kunde inte äta själv, behövde hjälp med att förflytta sig inomhus samt var inkontinent. De geriatriska klinikerna bedömde att 90 procent av patienterna hade fortsatta behov av medicinsk vård, omvårdnad och omsorgsinsatser efter utskrivning. Dessa behov förväntades till största del klaras av primärvården och av kommunens äldreomsorg. Över en tredjedel bedömdes dessutom ha behov av rehabiliterande insatser. Även dessa behov förväntades till största del lösas genom primärvårdens och kommunens insatser.

Den uppföljning geriatriska klinikens personal genomförde i de äldre hem två månader efter utskrivningen visade bl a att problemen med yrsel, värk och olika psykiska symtom hade ökat. Enligt personalens bedömning hade vård och omsorg inte fungerat tillfredsställande efter utskrivningen för en femtedel av de utskrivna. Primärvårdens läkare hade i de flesta av dessa fall inte genomfört de av geriatriska kliniken efterfrågade insatserna. Mest sårbar visade sig situationen vara för dem som bodde kvar i ordinärt boende.

Utskrivna från akutklinik

En studie av utskrivna (75+) från vård på akutklinik visar bl a dels att akutklinikerna underskattar behovet av insatser efter sjukhusvistelsen, dels att var fjärde husläkare av olika skäl inte nåddes av läkarepikris i de fall då eftervård krävdes från slutenvårdens sida [14].

Övriga studier

Att de svårigheter som existerar i Stockholms län inte bara är ett lokalt fenomen visar en genomgång av omkring 50-talet studier genomförda i olika delar av landet under de senaste två åren [15]. I denna rapport slås bl a fast att slutenvården har svårt att hinna med behov kopplade till den äldres totala livssituation. De korta vårdtiderna innebär att äldre skrivs ut med omfattande behov av medicinsk vård och behandling, rehabilitering och omsorgsinsatser utan en säkrad informationsöverföring till primärvården. Insatserna efter slutenvård är splittrade och helhetsansvar saknas. Vårdplanering vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och distriktsläkaren så gott som aldrig. De rehabiliteringsinsatser som ges är för vissa patienter omfattande, men ändå otillräckliga och splittrade. Anhöriga görs sällan delaktiga i den vård och omsorg som beslutas, trots att de anhöriga utgör basen i omsorgen av de äldre.

II Sammanfattning och slutsatser

För de flesta multisviktande är tillvaron så komplicerad och tung och de själva så sköra att de inte klarar att på egen hand

administrera och pussla ihop sin tillvaro. Här krävs en part med mandat att ta aktivt ansvar för att samverkan kommer till stånd mellan sjukvård och hemtjänst och som ser till att insatserna anpassas efter helheten i den äldres behov. Ansvaret skulle även innefatta stöd och hjälp till ett mer aktivt liv, sociala kontakter, sociala aktiviteter, möjligheter att komma ut i friska luften och promenera samt att funktionsträna.

Dessa behov rimmar illa med den rådande vård- och omsorgsorganisationen. Inom slutenvården har ytterst få äldre multisviktande känt sig delaktiga i planeringen vid utskrivning från akutsjukhuset. Vårdplaneringen på geriatrisk klinik har i regel genomförts med bättre kontakt mellan sjukhus, kommunens biståndsbedömare samt den äldre och anhörig, men inte ens här har primärvården eller hemtjänstens vårdbiträden deltagit. Behandlingsmeddelanden och epikriser har sänts från sjukhuset till primärvården. Från sjukhuset har man däremot inte förväntat sig om primärvårdens faktiska möjligheter att följa upp den multisjuka/multisviktande patienten eller att den information som sänts från sjukhuset till vårdcentralen/husläkaren faktiskt nått mottagaren.

Primärvårdens distriktssköterskor uppfattas av de flesta som trygghetsskapande, punktliga och med tid att prata de få gånger de kommer. Däremot syns sällan samverkan mellan distriktssköterskan och hemtjänsten. Det är även så att kontakten mellan distriktssköterskan och husläkaren i de flesta fall är gles. Mycket få äldre multisviktande har tillfredsställande kontakt med husläkaren. Husläkaren ses huvudsakligen som expeditör av recept som vidarebefordras genom distriktssköterskan. Behovet är stort av en engagerad, lätt åtkomlig husläkare som gör hembesök och tar ett helhetsansvar för de många olika sjukdomar, symtom och problem de äldre har, som bedömer medicinering i förhållande till den äldres intag av mat och vätska samt möjligheter till promenader, rörelse och rehabilitering.

Hemtjänstens sätt att organisera sitt arbete innebär stora problem för multisviktande äldre, då dessa har behov av hjälp från ett fåtal vårdbiträden som är väl kända för dem. Många multisviktande äldre har omfattande insatser och möter, som de tycker, alltför många olika och i de flesta fall stressade vårdbiträden. De beskriver en situation där de hela tiden måste vara på alerten och komma ihåg vad ett obekant vårdbiträde ska uträtta. Likaså måste de komma ihåg att påminna det vårdbiträde som är bekant men som glömmer på grund av att hon har alltför bråttom iväg till nästa hemtjänsttagare. Studierna visar till och med på äldre som av sagt sig hemtjänst därför att man inte klarat av att möta så många olika företrädare för hemtjänsten och samtidigt ha så lite inflytande över den hjälp och det stöd dessa har givit. Man hankar sig istället fram med hjälp av släkt, vänner och grannar. Den mat hemtjänsten erbjuder, djupfryst eller som färdiglagad matlåda, tvekar de äldre inför och äter dåligt av. Hjälp med dusch och personlig omvårdnad tycker man sig få alltför sällan. Man anser att städning och tvätt utförs på ett sådant sätt att de flesta efteråt behöver hjälp att »slutföra uppgiften« av barn, släkt, grannar och i några fall med insatser från friskare äldre vänner.

Splittrad vård och omsorg tillgodoser inte behoven

Behoven av vård, rehabilitering och omsorg hos de ordinärt boende multisviktande kan till stora delar jämföras med behoven hos äldre som bor inom det särskilda boendet. I det särskilda boendet har de äldre ett vakande öga på sig, inte minst i form av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS:en) som ansvarar för att rutiner för medicinsk vård och omsorg upprättas. Inom det särskilda boendet har man också sedan länge och på vissa håll med framgång drivit frågor t ex om kvalificerat och kontinuerligt läkarstöd.

Allt fler med tunga och sammansatta behov kommer ock-

så i framtiden att bo kvar i det ordinära boendet, och här är ansvarsförhållandena splittrade. Ansvaret för den medicinska tillsynen vilar på primärvården och ansvaret för omsorgsinsatserna på kommunen. Någon systematisk genomgång av hur de medicinska insatserna fungerar i hemmet, av samma slag som MAS:en ansvarar för inom det särskilda boendet, förekommer inte idag.

Många äldre multisjuka får ta del av rätt så omfattande insatser i början av en sjukdoms- eller rehabiliteringsperiod men lämnas slutligen i hemmet med kvarstående behov av vård-, rehabiliterings- och omsorgsinsatser. På hemmaplan ska dessa behov tas om hand av primärvård och hemtjänst. Den entydiga bilden från de olika studierna visar att utformningen och omfattningen av dagens insatser dåligt motsvarar de behov och problem som multisviktande äldre brottas med.

Krav på förändring

Flertalet av dem som vårdats inom slutenvård eller som är föremål för insatser genom kommunens äldreomsorg har också behov av primärvård. En samlad vård och omsorg för äldre med sammansatta behov skulle ge stora vinster både samhällsekonomiskt och mänskligt för den grupp äldre som med en liknelse alltför ofta kan sägas snurra runt som »flipperkullor« inne i vård- och omsorgssystemet. Ett bättre omhändertagande skulle sannolikt kunna skjuta upp eller förhindra en högre grad av beroende eller flytt till särskilt boende.

De problem som beskrivits är inte nya eller okända. Om kvaliteten ska vara godtagbar för den äldre multisviktande räcker inte avgränsade insatser inom slutenvård, primärvård eller äldreomsorg, hur väl dessa insatser än fungerar var för sig. Helhetstänkande och samarbete behövs i den äldres livslånga perspektiv.

Idag utvärderas fortfarande ofta verksamheter som akut-sjukvård, geriatrik, hemrehabilitering, dagverksamhet, särskilda boenden osv var för sig. Dessa verksamheter bedöms utan att resultatet kopplas till den sammantagna effekt insatserna har i den äldre multisviktandes livslånga perspektiv.

Tog vi hänsyn till den sammantagna effekten, helheten i insatserna, skulle en specialisering inom primärvården kunna diskuteras. En del skulle huvudsakligen ägnas yngre och yrkesverksamma grupper. Primärvårdens andra del kunde därmed frigöras för de äldre och den ur resurssynpunkt viktiga gruppen – multisviktande äldre. Dessa båda grupper kräver i flera avseenden helt olika organisations- och arbetssätt. Primärvårdens läkare och distriktssköterskor behövs vid den vårdplanering som sker inför utskrivning från sjukhuset och i den fortsatta vården »på hemmaplan« tillsammans med rehabiliterings- och äldreomsorgspersonal. Mediciner, mat, vätska, behov av rörelse, promenader och rehabilitering skulle på ett effektivt sätt kunna både diskuteras och åtgärdas i detta »äldreteam«.

I de fall då hemtjänstens insatser fungerat dåligt har dessa inte varit anpassade efter behoven eller inte varit utformade så att de äldres basala behov av mat, hygien, städning och rörelse blivit acceptabelt tillfredsställda. Den multisviktande äldre behöver få hjälp, stöd och service genom ett mindre antal personer: någon form av personliga assistenter som lagar den mat den äldre själv vill äta, tar med den äldre på promenader och ger möjligheter till funktionsträning.

Slå samman resurserna!

Om äldre med sammansatta behov ska kunna tas om hand på ett tryggt och säkert sätt, även i det egna boendet, krävs samverkan inte bara vid den vårdplanering som sker vid utskrivning från sjukhuset. Samtliga yrkeskompetenser inom både primärvård och äldreomsorg behöver arbeta samman kring äldre multisviktande personer. Den studerade gruppens be-

hov av vård och omsorg minskar inte över tiden. Därför krävs att detta samarbete bedrivs i ett livslångt perspektiv.

På de flesta håll i landet finns eller diskuteras avtal som ska reglera samverkan mellan landstingets och kommunens olika vård- och omsorgsgivare. Enbart avtal om samverkan löser dock inte problemen. Av landsting och kommuner krävs fokus på helhetslösningar med gemensam styrning, prioritering och finansiering av verksamheten kring de äldre.

Slutsatser

- Bilden av splittrade vård-, rehabiliterings- och omsorgsinsatser dominerar. Multisviktande äldre behöver ett ombud med mandat att fatta beslut som utgår från behovet av helhetslösningar.
- Den multisviktande äldres totala livssituation behöver sätas i fokus. Insatserna måste anpassas till den enskildes speciella behov, och vid bedömningen måste de psykiska och sociala behoven vägas samman med de medicinska och fysiska.
- Äldreteam behöver inrättas, med ansvar för ett geografiskt område. Dessa team ska kunna arbeta i den äldres hem och bestå av läkare, distriktssköterska, rehabiliteringspersonal och vårdbiträden. Detta kräver att
 - primärvården inrättar särskilda läkartjänster som knyts till dessa äldreteam
 - hemtjänsten anpassar insatserna till den enskildes situation och ser till att ett litet antal vårdbiträden knyts personligen till den multisviktande omsorgstagaren.
- Informationsöverföringen från slutenvård till primärvård fungerar i många fall dåligt. Vårdansvaret ska gå över till öppenvård först när öppenvården »kvitterat« patienten från slutenvården.
- Uppföljning krävs av hur organisation och utbud av vård- och omsorg förhåller sig till de behov och problem multisviktande äldre och deras anhöriga har.

Referenser

1. Thorslund M, Parker MG. Strategies for an ageing population. Expanding the priorities discussion. *Ageing and Society* 1995;15:199-217.
2. Thorslund M, Bergmark Å, Parker MG. Difficult decisions on care and services for elderly people: the dilemma of setting priorities in the welfare state. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1997;6:197-206.
3. Szebehely M. Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer. I: Socialdepartementet. *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. p. 171-223.
4. Socialstyrelsen. *Äldreuppdraget. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4.
5. Styrbom K, Thorslund M. »Bed-blockers« – delayed discharge of hospital patients in a nation wide perspective in Sweden. *Health Policy* 1993;26:155-70.
6. Gurner U, Wånell SE. Sammanfoga delarna till en helhet. *Äldre i Centrum* 1999;(4):6-7.
7. Zarit S, Johansson B, Berg S. Functional impairment and co-disability in the oldest old. A multidimensional approach. *J Aging Health* 1993;5:291-305.
8. Styrbom K. Äldres komplexa vårdbehov. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1997. Rapport 1997:11.
9. Gurner U, Nydevik I. Äldre med komplex sjukdomsbild och omfattande slutenvårdskonsumtion. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1997. Rapport 1997:10.
10. Gurner U, Nydevik I. Äldre multisjuka. Fallstudier om planering av vård- och omsorgsbehov. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1998. Rapport 1998:6.
11. Loid M, Gurner U. Strokerehabilitering, produktion eller livsvärde? Intervjuer med 21 strokedrabbade och deras anhöriga. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1999. Rapport 1999:4.
12. Tänk om någon såg helheten. Samverkan i vård och omsorg om äldre inom Stockholms län. Stockholm: Stockholms stads revisionskontor

- samt Landstingsrevisorerna; 1999. Revisionsrapport, DNR 420/90-99.
13. Gurner U, Thorslund M. Utskriven från geriatrisk klinik. Uppföljning av patienter, 75 år och äldre, inom Stockholms län. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1998. Rapport 1998:11.
 14. Wånell SE. Vård efter utskrivning. Delstudie i uppföljningen av Stockholms läns landstings utvecklingsplan. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1998. Rapport 1998:12.
 15. Gurner U, Wånell SE. Den geriatriska patienten i vårdkedjan. Var finns hindren och utmaningarna? Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 1999. Rapport 1999:6.

SUMMARY

Holistic perspective needed in care of the multi-impaired elderly
Proposal for structural change in the organizational provision of care and rehabilitation services in Stockholm County

Ulla Gurner, Mats Thorslund

Läkartidningen 2001;98: 2596-2602

Studies in the County of Stockholm reveal a malfunctioning care system for elderly persons with one or more diseases in conjunction with immobility and reduced strength. These multi-impaired elderly consume a substantial proportion of care and rehabilitation services. They would need a health co-ordinator to monitor the entire care process, dealing with all aspects of care, and whose sphere of responsibility is not unduly restricted. The communication of information from inpatient care to the primary care setting is highly problematic. Therefore it is proposed that the transfer of multi-impaired elderly individuals from inpatient care to outpatient primary care be a carefully monitored process. In addition, outside of the hospital an »elderly team« that would be composed of doctors, district nurses, rehabilitation personnel and care assistants is proposed. This team should have a geographically well-defined area of responsibility, in which they would provide care in the homes of these multi-impaired elderly.

Correspondence: Ulla Gurner, Stockholm Gerontology Research Center, P.O. Box 6401, SE-113 82 Stockholm, Sweden
(ulla.gurner@aldrecentrum.a.se)

Beställning

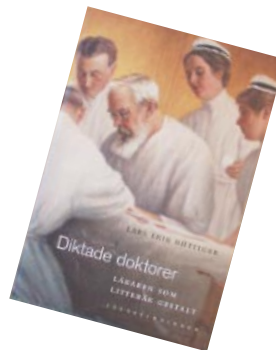
Läkartidningen

Lars Erik Böttiger, professor i invärtes medicin, gav 1994 ut boken »Litterära läkare« som behandlade läkare som övergått till författarbanan. Nu presenterar han en bok med omvända förtecken, nämligen hur läkarna har skildrats i litteraturen, såväl av läkare som av lekmän.

»Böttiger har gjort en närmast fullständig och systematisk djupdykning i skönlitteratur och dramatik genom fyra–fem sekler, från Shakespeare, Rabelais och Molière fram till våra dagar. Med stor sakkännedom och mycken vishet guidar oss Böttiger genom läkarskildringarnas historia och ger därmed läsaren såväl ny kunskap som fördjupade insikter.«
Utdrag ur recension av Matts Lindberg, Bibliotekstjänst

Pris 235 kronor

Diktade doktorer



Beställer härmed.....ex
av »Diktade doktorer«

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker