

# Multisjuka äldre – en utmaning för vårddataanalytiker och hälsoekonomer

Avsaknaden av en gemensam definition av äldre multisjuka leder till brister i planering, styrning och uppföljning av vården för denna patientgrupp.

Vården av de äldre och multisjuka har länge uppmärksamats. Det finns också en enighet om att arbets sättet behöver utvecklas, från det traditionella sjukdomsorienterade, med fokus på diagnosbehandling, till ett mer situationsbaserat förhållningssätt [1].

Våren 2010 avsatte regeringen 271 miljoner kr i ett särskilt stimulansbidrag för satsningar på multisjuka äldre, där ett helhetsperspektiv skulle vara vägledande [2]. Ska en mer en situationsanpassad sjukvård kunna utvecklas som bättre tillgodoser multisjuka äldres behov behöver också uppföljningsinstrument anpassas för denna patientgrupp. Sannolikt behöver olika incitament och ersättnings system tas fram som stimulerar till att riktlinjer som utgår ifrån de äldre multisjukas behov och villkor följs. Detta kräver en målmedvetenhet i planeringen och utformningen för att kunna möta behoven och bedriva vård och omsorg rationellt och utifrån begränsade ekonomiska ramar. Centralt i ett sådant utvecklingsarbete är

att det existerar en gemensam definition av äldre multisjuka.

Den kanske i dag mest citerade definitionen är den av Gurner och Thorslund [3], vilken definierar äldre multisjuka som 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 och snabbt föränderlig livssituation med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser. Denna definition harmonierar väl med vad man i dagligt tal avser, men är dessvärre inte tillräckligt distinkt för att kunna ligga till grund för epidemiologiska studier.

I en alternativ definition, som tillämpats i flera studier, specificeras multisjuka äldre som personer 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna varit ineliggande tre eller flera gånger inom slutenvården och med tre eller flera diagnoser från olika diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10.

Denna senare definition är distinkt nog men riskerar att underskatta förekomsten, särskilt bland äldre som vårdas i särskilt boende och som därmed har ett mindre behov av sjukhusinläggningar.

Trots den senare definitionens begränsningar används den alltjämt i brist på bättre [4, 5]. Detta föranledde oss att undersöka definitionens varaktighet över tid genom att i Västra Götalandsregionens vårddatabas identifiera de äldre som kunde definieras som multisjuka den 31 december 2008 och följa deras fortsatta vårdkonsumtion (både primär- och specialistvård) till och med juni 2010.

Vi fann att 6 407 personer inom Västra Götalandsregionen uppfyllde kriterierna för multisjuka äldre den 31 december 2008. Bland dessa kunde 16 procent (fält 4 och 5 i Figur 1) definieras som multisjuka också den 31 december 2009. Av dessa »kroniskt multisjuka« hade troligtvis cirka en tredjedel avlidit före första halvåret 2010 (fält 4).

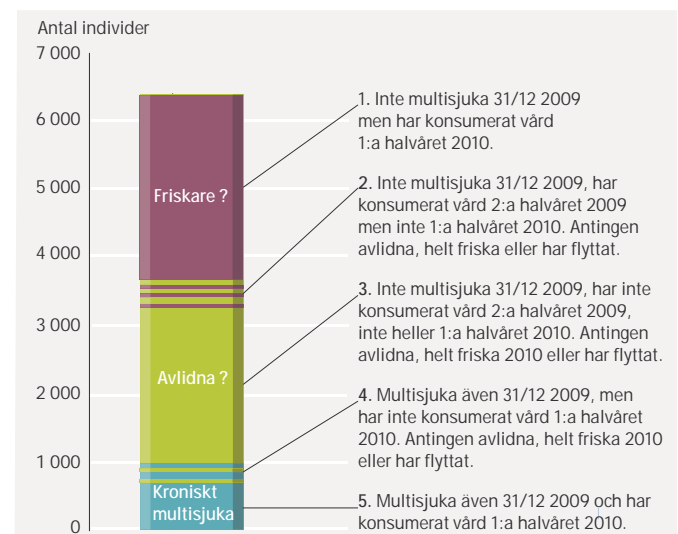
En förhållandevis stor andel av det ursprungliga urvalet, 36 procent, var sannolikt inte i livet ett år senare (fält 3), men en ännu större andel, 43 procent, har troligtvis blivit friskare under 2009 och 2010 (fält 1). Slutligen finns en liten andel, 6 procent, personer om vilka det är svårt att dra några slutsatser (fält 2).

Resultaten indikerar att populationen, definierad som 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna varit ineliggande tre eller fler gånger inom slutenvården och med tre eller flera diagnoser, är mycket variabel över tid och sannolikt har en hög dödlighet. Även om det är högst troligt att de som inte längre

uppfyller definitionen de facto är att betrakta som multisjuka är den låga ettårsöverlevnaden, uppskattningsvis 60–70 procent, ett problem. Därtill kommer också starka misstankar om att denna distinkta definition kraftigt underskattar den faktiska förekomsten av äldre multisjuka.

I de utmaningar som vi står inför, med ett ökat antal äldre och därmed fler äldre multisjuka, är det än mer nödvändigt att vården och omsorgen kan planeras och styras rationellt av de huvudmän som bär ansvaret. Endast en sjättedel av dem som definieras som äldre multisjuka enligt den definition som vanligtvis används i registerstudier uppfyller kriterierna ett år senare. Detta innebär att definitionen som sådan är mindre lämplig i utvecklingsarbetet gentemot äldre vars livssituation är skör, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

mest önskvärt vore naturligtvis att en gemensam defi-



Figur 1. Utvecklingen under 2009 och 2010 (till och med juni) för de individer i Västra Götalandsregionen som per den 31 december 2008 klassats som multisjuka.



**KRISTER JÄRBRINK**  
fil dr, hälsoekonomisk rådgivare, hälso- och sjukvårdskanslierna, Västra Götalandsregionen

krister.jarbrink@vgregion.se



**KARIN ALTHOFF**  
tekn dr, vårddataanalytiker, hälso- och sjukvårdskansliet, Göteborg



**MAGDALENA NAPLOSZEK**  
fil mag, vårddataanalytiker, hälso- och sjukvårdskansliet, Uddevalla

nition togs fram, som kunde appliceras på data som registreras redan i dag. Detta förfaller dock tämligen komplicerat. En enklare väg skulle därför kunna vara att använda en redan befintlig diagnoskod för att registrera de individer som man i sjukvården identifierar som multisjuka.

En möjlig »kandidat« för detta ändamål skulle kunna vara ICD-10:s kod Z74 – »Problem som har samband med beroende av vårdgivare«, som i dagsläget, åtminstone i Västra Götaland, används i mycket begränsad utsträckning.

I väntan på en lösning kommer vår kunskap för planering, styrning och uppföljning att vara otillräcklig. Det drabbar främst de multisjuka äldre och deras anhöriga men sannolikt också vår gemensamma ekonomi. Ett första lämpligt steg i rätt riktning är att i möjligaste mån undvika en användning av definitionen 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inneslående tre eller flera gånger inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser från olika diagnosgrupper. I de fall definitionen ändå används måste en medvetenhet finnas om dess bristande träffsäkerhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Eklund-Grönberg A, Köhler M, Ekdahl A, Modin S, Sjöberg A. Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen*. 2009;106:2512-3.
2. Larsson M, Knape A. Multisjuka äldre ska få bättre vård [debatt]. *Svenska Dagbladet* 4 februari 2010.
3. Gurner U, Thorslund M. Helhetsyn behövs i vården av multisjuka äldre. *Läkartidningen*. 2001;98:2596-602.
4. Ekerstad N, Carlsson P, Edberg A. Prioritering av multisjuka äldre inom kardiologi – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk utmaning. Linköping: Prioriteringscentrum; 2008. Rapport 2008:4.
5. Gurner U, Norén D, Bowin R, Brinne A. Äldreteam. Vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisjuktand äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Stockholm: Äldrecentrum; 2007. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:7.

## replik om kvalitetsregister:

# Inget förbud mot att koppla register till ekonomistyrning

■ Det är mycket värdefullt för den fortsatta diskussionen om kvalitetsregisters plats i sjukvården att Swespines företrädare problematiserar frågan [1]. Trion utgår från sex farhågor jag lyfte fram med anledning av den pågående översynen av de nationella kvalitetsregistren [2]. De invänder mot mitt påstående »Register är i praktisk sjukvård ofta ett hinder för att tillämpa evidensbaserad medicin«. De tycker tvärtom.

Jag kan också se att kvalitetsregister för avgränsade, väl definierade patientgrupper kan leda till att läkaren i större utsträckning praktiserar evidensbaserad medicin. Men det jag avsåg var att register blivit en väg att trycka på patienter och patientgrupper standardiserade utredningar, mått för medicinska insatser och terapikombinationer som aldrig dokumenterats för dessa patienter och grupper. Således en industrialiserad vård.

Jag ser till och med dementa äldre lämna sjukhuset med fem–sex nya mediciner, som aldrig dokumenterats vad gäller effekt, interaktion eller sammantagna biverkningar. Patienten eller anhöriga har över huvud taget inte deltagit i någon diskussion om dessa medels värde, rimlighet vad gäller förebyggande förmåga utifrån NNT (number needed to treat) eller potentiella skadliga effekter av multimedicineringen. Kravet på kliniken och läkaren att följa kvalitetsregister sätter således medicinsk etik på undantag. Patienten blir ett objekt för helt andra syften än sin egen hälsa och livskvalitet.

Processen förstärks av att kliniker i öppna jämförelser värderas, inte utifrån hur god

individualiserad vård som givits och med hänsyn till patienturvalet – som trion påpekar finns det skillnader i populationer och förutsättningar – utan om högsta poäng i kvalitetsregistren uppnåts. Det innebär bl a maximal farmakologisk intervention.

Konflikten för läkaren och kliniken mellan evidensbaserad vård och kvalitetsregister blir nästan olöslig när ekonomiska incitament förs in. Och så sker redan trots att indata därigenom får sämre tillförlitlighet!

De tre kollegorna håller med mig om att registerutbyggnaden kan komma att innebära att enskilda läkare styrs av byråkrater och läkemedelsbolag och att karens inflytande över sjukvårdens utformning minskar. Också översynutredningen är medveten om riskerna med att koppla ekonomi till kvalitetsregister. Men utredningen har inte kurage att föreslå ett förbud för ekonomistyrning utifrån kvalitetsregister! Det är ett stort svek mot läkarkåren och forskarsamhället, men det är vad uppdragsgivaren, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting), förväntar sig i sina planer att beröva professionen makt.

Bengt Järhult  
distriktsläkare,  
vårdcentralen i Ryd  
bengt\_jarhult@hotmail.com

#### REFERENSER

1. Fritzell P, Brisby H, Hägg O. De nationella kvalitetsregistren: Lång och snarig väg om inte professionen ser fördelarna. *Läkartidningen*. 2011;108:478-9.
2. Järhult B. Kritiska frågor saknas i översynen av de nationella kvalitetsregistren. *Läkartidningen*. 2011;108:343-4.

## Några frågor till Måns Rosén

■ I Måns Roséns värld hyllar alla i primärvården utom Bengt Järhult det register han föreslagit! Att modifiera »alla« till »många« (LT 10/2011, sidan 549) är inte tillräckligt. I min värld är det bara några få i primärvården som tror på registret i fråga!

Det föreslagna registret kan troligen efter långt utvecklingsarbete bli möjligt att använda i allmänmedicinsk forskning. Flera företrädare för svensk allmänmedicin är beredda att engagera sig i utvecklingen av ett sådant »forskningsregister«.

Däremot är möjligheterna att använda registret i förbättringsarbetet i primärvården starkt begränsade, av skäl som bl a företrädare för SFAM redovisat upprepade gånger det senaste året.

Det skulle vara klagande om Måns Rosén svarar på dessa frågor:

1. Är registret i första hand tänkt för forskning eller för förbättringsarbete? Eller är huvudskälet att samla data för öppna jämförelser och »kontroll«?
2. Är det viktigt att läkarna engageras när man ska utveckla ett kvalitetsregister som syftar till att stimulera förbättringsarbetet?
3. Bör det tänkta registret utvecklas även om en majoritet av landets primärvårds-läkare tar avstånd från det? Kan ett register bli välfungerande om man går emot en hel yrkesgrupp (läkarna i primärvården) när man utvecklar det?
4. Saknar primärvården kompetens att själv avgöra vilka hjälpmedel som är lämpliga i förbättringsarbetet? Behöver svensk primärvård förmyndare?

Kjell Lindström  
distriktsläkare, MD, primärvårdens FoU-enhet, Jönköping  
Kjell.Lindstrom@lj.se