

replik på kritik om regeringens satsning på de mest sjuka äldre:

Satsningen ska i grunden förändra ett gammalt vård- och omsorgssystem

Satsningen på bättre vård och omsorg om de mest sjuka äldre handlar om mer än att nå en tioprocentig sänkning i undvikbar slutenvård, framhåller Eva Nilsson Bågenholm och Maj Rom.

Rickard Ljung skriver i LT 14–15/2012 (sidan 732) att det i regeringens satsning på de mest sjuka äldre är orimligt att satsa 325 miljoner kronor i prestationsersättning på ett övergripande mått som »undvikbar slutenvård«. Vi vill understryka att satsningen handlar om mycket mer än att nå en tioprocentig sänkning i undvikbar slutenvård. De tio procenten är en del i att i grunden förändra ett gammalt vård- och omsorgssystem.

Regeringen gör under mandatperioden en stor satsning på att förbättra vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Satsningen har utmynnat i en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Lands-ting, SKL. Parterna är överens om att de statliga stimulansmedlen inom äldreområdet framför allt ska kopplas till resultat- och prestationsbaserade mål. Med de mest sjuka äldres behov i centrum syftar satsningen till att uppmuntra och stärka samverkan mellan kommuner och landsting genom ekonomiska incitament. Målet är även att effektivisera användningen

av resurser så att vård och omsorg i högre grad utgår från målgruppens behov.

Att dagens äldre lever längre och tack vare medicinska behandlingar också överlever sjukdomar som tidigare var dödliga är en framgång för samhället men skapar nya utmaningar för vården och omsorgen. Sjukvårdssystemet är designat för att ta hand om yngre människor som behöver hjälp med en sjukdom i taget, inte sällan akut och omedelbart livshotande. För detta är våra akutmottagningar väl fungerande. Men för 90-åriga personer med funktionsnedsättning, små marginaler och symtom som trötthet, yrsel, smärta, ångest och svårighet att klara sin dagliga livsföring kan akutmottagningen göra mer skada än nytta.

Det finns många exempel på fallskador, trycksår och förvirring i anslutning till lång väntan på akutmottagningen på hårda britsar utan tillgång till mat och vatten. Detta kan inte lösas genom att enbart förändra akutmottagningen. Det krävs ett i grunden förändrat vård- och omsorgssystem med ett väl fungerande omhändertagande i hemsjukvård, primärvård och öppen specialistvård. Goda exempel finns redan. Nu måste det till en storskalig förändring så att de nya arbetsätten kan komma alla äldre till del.

Efter två år med prestationsersättning för medverkan i kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior alert kan vi konstatera att incitamentet fungerat för att uppnå snabb förändring. Andra register har tagit upp till 20 år att införa, trots att

antalet användare varit begränsat och överblickbart.

Den nya satsningen handlar om att alla som deltar i vård och omsorg om sjuka äldre ska byta arbetssätt, totalt cirka 500 000 medarbetare i kommuner, landsting och privata organisationer. Därför premierar överenskommelsen de organisationer som inför ett systematiskt arbetssätt med stöd av Senior Alert, Svenska palliativregistret, Svenska demensregistret samt Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret). I dag utförs 17 000 riskbedömningar med registrering i Senior alert varje månad, och 53 procent av samtliga dödsfall finns med i Svenska palliativregistret.

Dagens problem, och den demografiska förändringen, gör att förändring är ett måste. Att använda olika mått och indikatorer för resultat-ersättning är dock inte okomplicerat. Vi känner stor ödmjukhet inför svårigheter som finns och som kan uppstå men är övertygade om att vi har slagit in på rätt väg. Tidigare statliga stimulansmedel har inte fått önskad effekt. Med patientsäkerhets-satsningen och kömiljarden som modell har vi nu byggt denna första överenskommelse för äldreområdet.

Erfarenheten av att arbeta med prestationsersättning inom äldreområdet är dock begränsad. Satsningen är därmed mer komplicerad. Under 2011 hade Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram möjliga indikatorer för resultatbaserad ersättning. De utförde ett gediget arbete, men området har inte prövats tidigare och det var svårt att hitta lämpliga indikatorer.

Var femte till sjätte person över 65 år som vårdas på sjukhus har varit inlagd en gång tidigare den senaste månaden. Ibland är det nödvändigt, men ofta skulle en återinläggning ha kunnat förhindras. USA och Storbritannien har samma problem och har på olika sätt minskat ersättningen för återinläggningar. Utifrån detta beslöt vi att pröva några olika områden.

De två stora områdena i överenskommelsen (vardera på 325 miljoner kronor) är förbättrad läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg. Vad gäller läkemedel finns validerade indikatorer från Socialstyrelsen för god läkemedelsbehandling för äldre. Ett av de viktigaste områdena för att förbättra vården och omsorgen är att samordna insatserna för de mest sjuka äldre, men för detta var det svårare att hitta lämpliga indikatorer. Vi valde till slut »undvikbar slutenvård« och »återinläggningar inom 30 dagar«. Vi är väl medvetna om de svårigheter Rickard Ljung beskriver och har därför avsatt medel för ett lokalt analysarbete som nu pågår.

Parterna kommer att följa hur intentionerna med överenskommelsen uppfylls och utvecklas och vid behov justera i densamma. Vi tar gärna emot synpunkter som kan bidra till att utveckla överenskommelsen och förslag på möjliga indikatorer som kan användas framöver.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



Äldre ska få bättre vård.

Illustration: Eva Knutsson



EVA NILSSON BÅGENHOLM
nationell äldre-samordnare,
Socialdepartementet



MAJ ROM
projektchef, Sveriges
Kommuner och
landsting