

Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), Svensk Internmedicinsk förening (SIM) 080925

Multisjuka äldre är en grupp människor med stort behov av en vård som ser till individens samlade situation under en längre, sammanhängande tid. En vård som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. En vård som skulle göra livet lättare och värdigare för många sjuka och deras anhöriga och som skulle innebära en avlastning för akutsjukvården. En vård som redan nu är möjlig att ge men som kräver god geriatrisk kompetens, anpassade ersättningssystem, förbättrad informationsöverföring och en anpassad fortbildning(1).

Definition: med multisjuka äldre menas här äldre personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård(2).

För vetenskapliga och statistiska ändamål används följande specificering: Personer som är 75 år och äldre, har tre eller flera diagnoser i tre eller flera skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD 10 samt har varit inlagda på sjukhus tre eller flera gånger under det senaste året(3).

Basbehov:

Först och främst behöver varje multisjuk äldre person ett boende och en daglig omsorg som minskar risken för försämrat hälsotillstånd och möjliggör ett värdigt liv. Viktigast är trygghet i vardagen, möjlighet till social samvaro, vällagad och välserverad mat, en god personlig hygien samt och möjlighet till utevistelse. Till detta kommer sjukvårdsbehoven.

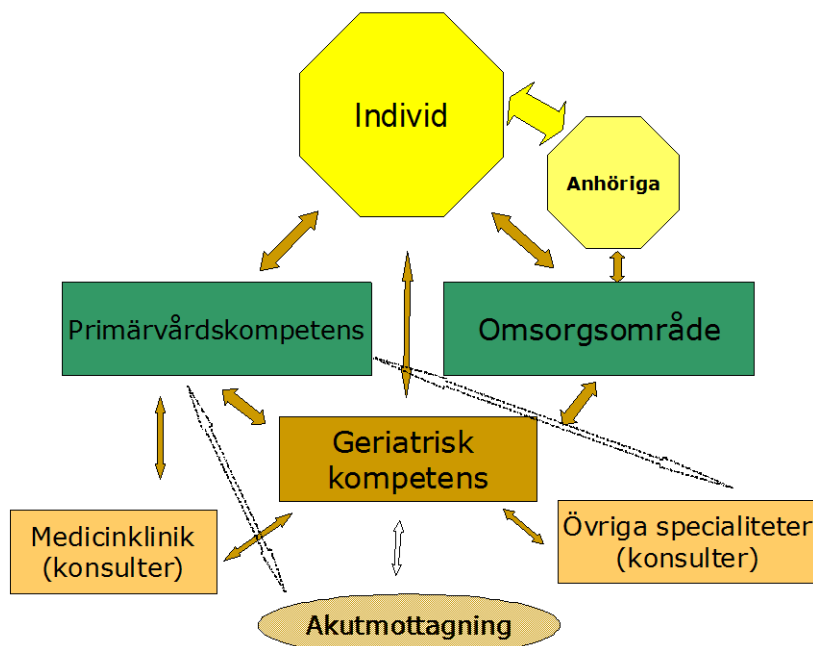
Målsättning:

- Varje multisjuk äldre person ska ha en namngiven huvudansvarig vårdgivare såväl inom kommunens hemtjänst som inom primärvården (hemtjänstansvarig, läkare, sjuksköterska).
- Den multisjuka äldre med större vårdbehov ska också ha en inom slutenvården huvudansvarig namngiven vårdgivare med geriatrisk kompetens.
- Kring varje multisjuk äldre person ska finnas ett för individens behov anpassat multidisciplinärt och multiprofessionellt team.
- Ansvarig allmänläkare eller geriatriker/annan lämplig specialist med geriatrisk kompetens ska efter överenskommelse med primärvården ha tillgång till snabb särskild konsultkontakt inom övriga medicinska specialiteter. Detta inte minst för att minska behovet för den äldre multisjuka att ta sig till sjukhusens öppenvårdsmottagningar.
- Vid behov av sluten vård ska den multisjuka äldre ha en "gräddfil", dvs inläggning ska kunna ske på särskild vårdplats genom direkt kontakt mellan primärvård och geriatrisk avdelning, ej via akutmottagning.
- Varje multisjuk äldre person ska vid behov ha tillgång till situationsorienterad hemsjukvård.

För att detta ska kunna uppnås krävs:

- En anpassning av ersättningssystemen så att ett situationsorienterat arbetssätt uppmuntras och möjliggörs.
- Införande av system som ger möjlighet till säker och snabb informationsöverföring.
- Resurser för deltagande i en efter behov, och till målgrupp, anpassad fortbildning.

Struktur för att möta den multisjuka äldres behov av hälso- och sjukvård samt omsorg



- Varje identifierad multisjuk äldre har namniva vårdgivare inom PV och kommun (dr., ssk, hemtj.)
- Många av dessa multisjuka har (genom PV) namngiven vårdgivare på geriatriken (dr., ssk, avd.)
- För just dessa patienter fungerar övriga specialiteter i huvudsak som konsulter
- Flöden till och från sjukhus skall till stor del gå direkt mellan PV och geriatrik – ej via akutmottagningen eller andra kliniker.



Bakgrund:

En stor del av svensk sjukvård har under lång tid utvecklat ett sjukdomsorienterat¹ arbetssätt. Det passar en vård där många patienter snabbt behöver hjälp vid enstaka besök, men passar inte de multisjuka äldres behov. Där krävs i stället ett situationsorienterat² arbetssätt(1, 4, 5). Ett tydligt exempel på detta är den förändring som inträder när målsättningen för vården ändras från strävan att återställa full hälsa till att åstadkomma ett så stort välbefinnande som möjligt och slutligen till att möjliggöra ett bra slut på livet. När övergången mellan de olika, behoven kommer att inträffa för en viss person är svårt att förutsäga då det påverkas av många faktorer.

Multisjuklighet innebär att det ibland kan vara svårt att avgöra vilken sjukdom som ger upphov till en persons upplevda besvär. De olika sjukdomarna påverkar också varandra och en optimal behandling för varje enskild diagnos kan sammantagna innebära en medicinsk risk. Den multisjuka äldres biologiska ålder försämrar kroppsfunktionerna, exempelvis i njure och lever, vilket kan försvåra behandling. Till detta kommer ibland en förändrad mental funktion som kan göra det svårt för en person att berätta om sina besvär, värdera sin egen hälsa och att genomgå utredningar och behandlingar.

Hemsituationen är av stor betydelse vid situationsorienterad vård. Vilka förutsättningar finns för vård i hemmet? Vilka individuella farhågor, förväntningar och rädslor finns?(6) Hur är de anhörigas inställning?

Allt detta gör att den multisjuka äldre har ett extra stort behov av en individanpassad, trygg, bred, samordnad och kontinuerlig vård. En vård där helhetssyn och generalistperspektiv är extra viktiga och som minimerar behovet av återkommande

¹ Sjukdomsorienterat – en vårdepisod/ett vårdbehov bedöms utifrån diagnos eller organsymtom.

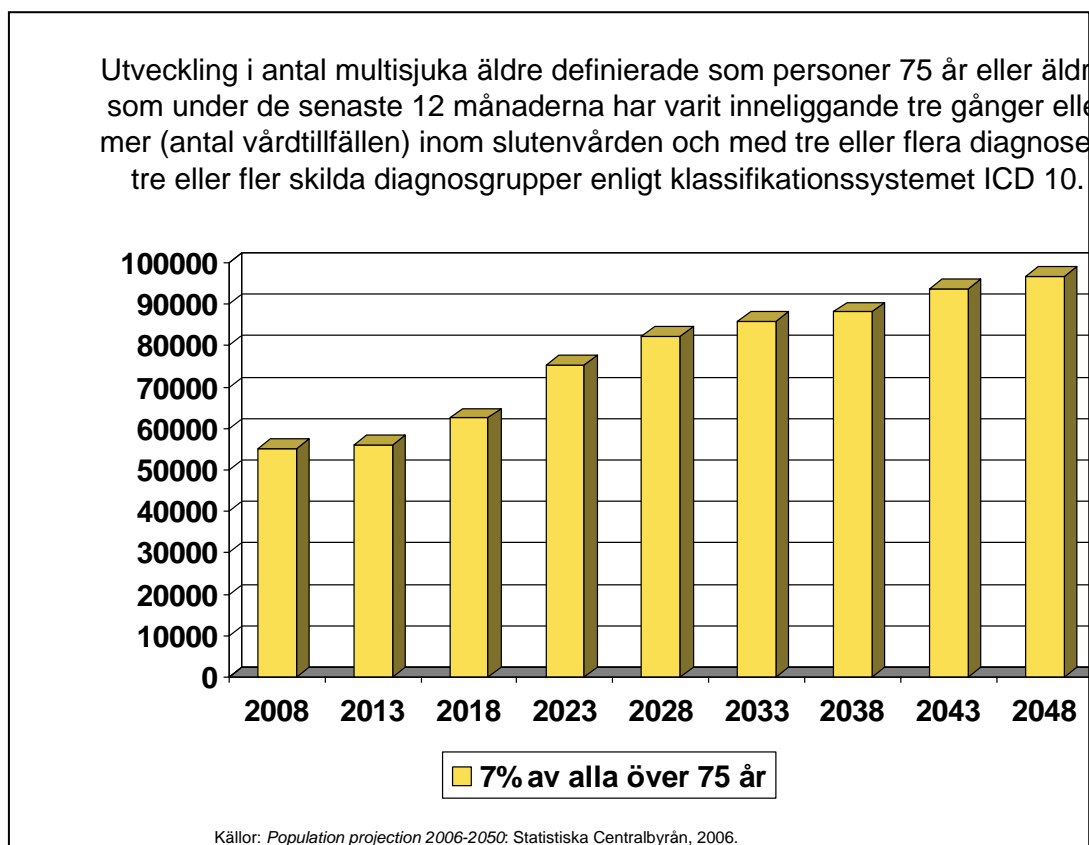
² Situationsorienterat - en vårdepisod/ett vårdbehov bedöms utifrån en helhetssyn på personens samlade livssituation (fysiskt, psykiskt, socialt och funktionellt), dennes alla olika symtom och besvär, hemförhållanden samt tillgängliga resurser.

oplanerade vårdtillfällen i slutenvården. Detta kräver en flexibel organisation, som regel med multidisciplinära och multiprofessionella team/arbetsformer, och med lösningar som fungerar över vårdgivar- och huvudmannagränser. Som multisjuk äldre måste man få känna sig utvald till en viss vård, och den multisjuka äldre och dennes anhöriga måste få veta vad denna vård kan ge. Inte minst i livets slutskede.

Prognos:

Epidemiologiskt Centrum har i en patientregisterstudie 2001 använt ovanstående definition. Gruppen multisjuka äldre innefattade då 7 % av alla över 75 år och har legat ganska stabilt de senaste 10 åren (7). Oberoende av vilken definition man väljer är patientgruppen starkt ökande såväl i Sverige som i hela västvärlden.

Sju procent av alla individer i Sverige över 75 år innebär prognostiskt:



1. Westlund P, Sjöberg A. Planera för mirakel- arbeta salutogent, stärk Kasam Stockholm Fortbildningsförlaget; 2008.
2. Benzein L. Personligt meddelande 2007-08-16: Landstinget i Kalmar Län; 2007.
3. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
4. Juul Jensen U. Sygdomsbegreper i praxis. Köpenhamn Munksgaard; 1986.
5. Westlund P, Sjöberg A. Antonovsky inte Maslow, för en salutogen omsorg och vård. Stockholm Fortbildningsförlaget; 2005.
6. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock. Konsultationen - kommunikation mellan läkare och patient. Lund Studentlitteratur; 1994.
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. 2003-131-1 ed; 2003. p. 40.

Annika Eklund-Grönberg
Ordf. SFAM
annika.eklund-gronberg@sfam.a.se
070 7578108

Mikael Köhler
Ordf. SIM
mikael.kohler@ltdalarna.se
070 3749655

Anne Ekdahl
Ordf. SGF
Anne.ekdahl@lio.se
073 84 84 250

Sonja Modin
Ordf. Råd för hemsjukvård i
SFAM
sonja.modin@sll.se
0706 534806

Arne Sjöberg
Viceordf. SGF
ArneS@LTKALMAR.SE
0746 520639