

## Framtidens äldrevård.

### Längre liv ger mer sjukdom

Det är en paradox att ju mer utvecklad vården blir, desto mer vård krävs. Aldrandet kommer vi inte ifrån, oavsett hur mycket behandling mot sjukdomar som forskarna utvecklar.

**UTMANING** Forskare har länge diskuterat hur ökad medellivslängd kan tänkas påverka samhället. Ett tag dominerade idén att det bara är friska år som läggs till livet och att kraven på sjukvård därmed inte skulle öka. Men på senare år har utvecklingen i stället visat att sjukligheten ökar med längre livslängd.

Det finns studier som visar att fördelningen verkar vara ungefär 50/50 mellan det längre livets friska och sjuka år.

**Yngve Gustafson** är professor i geriatrik vid Umeå universitet. Han har forskat kring äldrevård i över 30 år, publicerat

Han och hans kolleger har precis publicerat en studie som visar att andelen personer över 85 år med demenssjukdom har ökat från ungefär 25 procent till över 35 procent bara under de fem första åren på 2000-talet. Orsaken är paradoxalt nog främst en bättre vård.

En bättre vård av Alzheimer-sjuka äldre och mindre svält på äldreboendena ger fler år som dement. En bättre vård av strokepatienter gör att fler överlever och de har sedan 20 procents högre risk att bli dementa. En bättre vård av hjärtinfarktpatienter gör att fler överlever sin infarkt. Men de är fortfarande väldigt kärlsjuka och många drabbas därför av vaskulär demens efter en tid.

**Många goda** faktorer som alla i slutänden resulterar i att fler personer drabbas av demenssjukdom i framtiden. Och det är vården av demenssjukdom som kostar mest pengar i äldrevården. Demenssjuka behöver särskilda boenden, mer vård och omsorg och mer personalnärvaro jämfört med andra äldre.



**Anders Wimo**, adjungerad professor i geriatrisk allmänmedicin med hälsoekonomisk inriktning vid Karolinska institutet, har räknat fram att demensvården i Sverige 2005 kostade strax över 50 miljarder kronor. En kraftig ökning av antalet dementa kommer naturligtvis att öka kostnaderna kraftigt. Samtidigt som andelen av befolkningen som arbetar förutspås att sjunka.

Med prognoser om ökande kostnader och minskande intäkter måste något göras. Men vad? Det är i varje fall ingen idé

att hoppas på att stora medicinska framsteg som nya läkemedel eller annan behandling ska lösa problemet. Det kommer det inte att göra (se artikel på nästa sida).

**Däremot** kan det finnas sätt

att göra framtidens äldrevård effektivare och mindre kostnadskrävande samtidigt som den blir bättre. Det handlar om att komma till rätta med det organisatoriska resursslöseriet inom äldrevården.

I mitten av januari lade socialminister Göran Hägglund upp 3,75 miljarder kronor på bordet och utsåg Läkarförbundets förra ordförande Eva Nilsson Bågenholm till äldresamordnare med uppdrag att skapa en högre samordning och effektivisering av äldrevården.

Det behövs. Få offentliga verksamheter i Sverige är så

ineffektivt organiserade som äldrevården. Ta bara situationen med det dubbla huvudmannaskapet. Landstingen ansvarar och betalar för vården medan kommunerna ansvarar och betalar för omsorgen. Det har resulterat i ett cyniskt Svarte Petter-spel där de gamla bollas mellan huvudmännen för att kosta så lite som möjligt i den egna budgeten. Långsiktigt blir det ofta mycket dyrare, för alla.

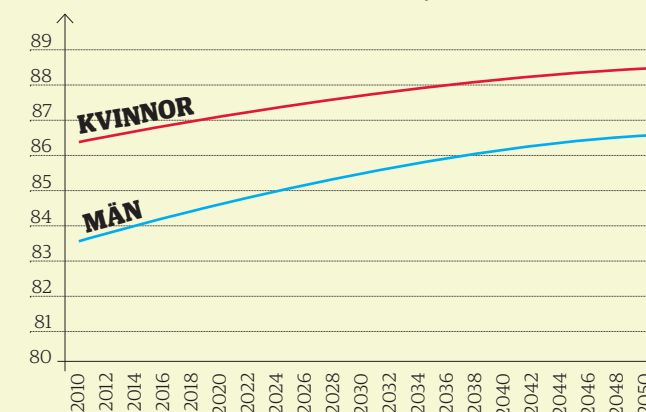
**Kommunerna** har för lite intresse av att lägga pengar på att förhindra att äldre ramlar och bryter höften - de sparar inga pengar på att färre hamnar på ortopedin. Och landstingen ser inga vinster med att rehabilitera de äldre ordentligt efter frakturerna så att de kan klara sig mer självständigt och inte behöver så mycket kommunal hemtjänst. Alla förlorar, men det högsta priset får de gamla och sjuka betala.

Eva Nilsson Bågenholm vill dock inte skrota det dubbla huvudmannaskapet. I stället lyfter hon fram kommuner som Norrtälje och stadsdelar som Hisingen i Göteborg där man på olika sätt skapat lokala organisationer som lagts ovanpå de gamla för att samordna landstingets och kommunens intressen. Något som låter som att gå över ån efter vatten, men som kanske är nödvändigt för att nå en lösning inom rimlig tid.

**Ett annat slöseri** med både ekonomiska och mänskliga resurser är när specialistsjukvårdens stuprörstänkande möter äldre, multisjuka och svaga patienter. Sjukvården är uppbyggd efter att patienten ska ha en diagnos och behöva en åtgärd. Då funkar allt fint. Men äldre som kommer in med ett akut problem kan samtidigt vara deprimerade, ha demenspro-

## "Alla förlorar på äldrevårdens dåliga organisation"

### Förväntad medellivslängd för män och kvinnor, 65 år



Källa: Statistiska centralbyrån, SCB.

Medellivslängden förväntas öka samtidigt som skillnaden mellan kvinnor och män minskar. En kvinna som i dag är 65 år kommer i snitt att leva tills hon blir 86 år, en man tills han blir 83 år. En kvinna som fyller 65 år 2050 kommer i snitt att leva två år längre - tills hon blir 88 år. Männerna kommer i snitt att leva tre år längre, tills de blir 86 år. Allt enligt Statistiska centralbyråns beräkningsmodeller som utgår från historiska data och extrapolerar in i framtiden. Kvinnor som fyller 65 år 2105 är de som för första gången beräknas ha en medellivslängd över 90 år (syns inte i grafen).

blem, läkemedelsbiverkningar, syn- och hörselproblem och en hel del annat också och då behöver de ett helt team av personal med särskild kunskap om äldre och multisjuka patienter.

Genom att organisera om vården utifrån de äldres behov kan den bli både bättre och billigare. Eller som Yngve Gustafson säger: "Med ett annat arbetssätt kan man utan vidare minska vårdtiderna på sjukhus med 30 procent och samtidigt förhindra en massa onödiga dödsfall och onödiga förvirringstillstånd." \*

TEXT FREDRIK HEDLUND  
ILLUSTRATION HELENA HALVARSSON

### Lästips:

→ Crimmins E M med flera. Mortality and morbidity trends: Is there compression of morbidity? *Journal of Gerontology B: Social Sciences* 2011;66B(1):75-86.

→ Mathillas J med flera. Increasing prevalence of dementia among very old people. *Age and Ageing* 2011;40(2):243-249.

→ Olsson M. *Morgondagens hälsokonsumenter - illusionlösa individualister. Opinion hälsa - del 1.* Kairos Future AB 2008.

→ Wimo A med flera. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005.* Socialstyrelsen 2007.

# Hopp om bot. Medicinska framsteg kommer inte att lösa problemet

En förhoppning som många har är att ett botemedel mot Alzheimers sjukdom eller andra medicinska framsteg kommer att lösa problemet med skenande kostnader för framtidens äldreomsorg. Men allt talar för att det blir precis tvärtom.

**FÖRVÄNTNINGAR** Om 20–30 år har vi förhoppningsvis betydligt bättre medicinska behandlingar, kanske till och med bot, mot Alzheimers sjukdom, cancer, hjärt-kärlsjukdomar och fetma

ännu större förväntningar hos den enskilde individen på en väldigt avancerad sjukvård högt upp i åldern, säger Mats Olsson, framtidsstrateg och ledare för studien Morgondagens hälsokonsument på Kairos Future.

**Han anser att** ökade möjligheter kommer att leda till ökade krav, vilket i sin tur kommer att leda till ökade kostnader.  
– Tar man bort Alzheimers och andra sjukdomar, då är man inte en dement kravställ-



HELENA HALLVARSSON

lare längre utan en betydligt mer alert och väldigt gammal sådan. Framtidens äldre kan ställa krav som samhället inte kan uppfylla. De kan ha råd att köpa privat vård i stället, något som kan leda till en ”amerikaniserad”, ojämlig vård som tar

död på den svenska solidariska välfärdstanken.

**Redan nu** räknar man med att minst var tionde person som föds kommer att bli över 100 år. I en framtid är det inte orealistiskt att tänka sig en livslängd på 120 år. Men äldreomsorg kommer inte att behövas mindre utan snarare mer i ett sådant scenario.

– Varje sjukdom vi kan bota kommer att skjuta upp dödligheten, men också öka risken att man drabbas av andra åldersrelaterade sjukdomar, framför allt i det centrala nervsystemet, säger Yngve Gustafson, professor i geriatrik vid Umeå universitet.

Inte ens ett botemedel mot Alzheimers sjukdom kan påverka behovet av demensvård i någon större utsträckning, möjligen endast tidpunkten för när behovet uppstår, menar Yngve Gustafson.

– Löser man Alzheimers gåta så kommer man att leva ännu längre och bli ännu mer kärlsjuk och så får man vaskulär demens i stället.

**Och utsikterna** för att helt kunna bota demenssjukdomarna är små, anser han.

– Jag tror inte att vi någonsin kommer att kunna förhindra åldersrelaterade sjukdomar i hjärnan. \*

FREDRIK HEDLUND

## Lästips

Neovius K med flera. Forecast of future premature mortality as a result of trends in obesity and smoking: nationwide cohort simulation study. *European Journal of Epidemiology*, 2010;10: 703-709.

”Ökade möjligheter leder till ökade krav”

och problemen med antibiotikaresistens är förhoppningsvis också lösta. Men det innebär inte att behovet av sjukvård minskar.

– Det kan i stället betyda

## Rökning farligare än fetma

Trots en kraftig ökning av antalet överviktiga och feta i Sverige sedan 1969 minskar risken att avlida före 56 års ålder bland män. Anledningen är att antalet rökare har minskat under samma tid.

**RISKBEDÖMNING** Det är många faktorer som påverkar vår livslängd. Forskare vid Karolinska institutet har försökt att räkna fram hur den ökade fetman hos dagens unga män påverkar risken för överdödlighet, definierat som risken att avlida före 56 års ålder jämfört med en kontrollgrupp som föddes 35 år tidigare.

Genom att undersöka mönstringsdata för svenska män från 1969 och 2005 och sedan följa upp männen som

mönstrade 1969 och simulera utvecklingen för männen som mönstrade 2005 har forskarna fått fram skillnaden i risk att avlida före 56 års ålder. Det visar sig att trots en trefaldig ökning av antalet överviktiga och en sjudubbling av antalet feta i 2005 års mönstringsgrupp så har de en minskad risk att avlida före 56 års ålder. Detta eftersom antalet rökare har mer än halverats i den yngre gruppen. Den skyddande effekten av den minskade rökningen är större

än riskökningen av den ökade fetman och övervikten. \*

FREDRIK HEDLUND

# SKL: Primärvården tar inte sitt ansvar

Slutenvården står för 60 procent av vårdkostnaden för äldre multisjuka. Primärvården tar inte sitt ansvar för den här gruppen, visar en undersökning från SKL.

**ÖVERRASKANDE** Med målet att ge de äldre ett bättre omhändertagande har utredare på SKL studerat journaldata och under 18 månader intervjuat 264 äldre multisjuka samt deras närstående.

– En förklaring kan kanske vara att primärvården de senaste åren har varit upptagen med andra saker – som tillgänglighet och vårdval – och därför inte har haft tid för den här gruppen. Man kan fundera över hur de tar ansvar för sitt uppdrag att arbeta förebyggande. Så kommenterar Maj Rom,



projektledare på SKL:s, Sveriges kommuner och landstings, avdelning för vård och omsorg de resultat som framkommit i rapporten.

Före undersökningen trodde

utredarna att den här gruppen äldre fick huvuddelen av den sammanhållna vården och omsorgen i primärvården. I stället visar det sig att de äldres behov av specialiserad vård är stort. Kostnaden för primärvården är

bara fem procent.

**Intervjuerna** visar att de äldre behöver omfattande insatser från specialiserad vård, primärvård och kommu-

nal vård och omsorg, men att systemen inte är anpassade till äldres behov.

SKL anser att en utmaning för landsting och kommuner blir att skräddarsy lösningar som passar äldre. \*

TEXT MARIA EJD  
FOTO COLOURBOX

**Webb. Se en konferens om den här rapporten:**  
www.skl.se  
Sök: multisjuka äldre

## Vårdförbundet: Mer kompetens behövs i äldreomsorgen

Vårdförbundets recept för en bättre äldreomsorg handlar främst om fler specialistutbildade sjuksköterskor, ny sammanhållen lagstiftning och bättre organisation av vården.

**KUNSKAP** För att möta de äldres komplexa sjukdomsbild behövs fler specialistutbildade sjuksköterskor. Vårdförbundet vill se en generell kunskaphöjning bland alla som arbetar i äldreomsorgen, för att höja kvaliteten när det gäller förebyggande arbete, omvårdnad, socialt arbete, rehabilitering och medicin.

**Dagens uppdelning** av samhällets ansvar för äldreomsorgen mellan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen skapar stora problem, enligt Vårdförbundet, som vill se en sammanhållen och tydlig lag för äldreomsorgen. Den bör utgå från en helhets-syn på de äldre medborgarnas behov. Därigenom skulle också personalens arbete

underlättas. Mycket tid och kraft går i dag åt till att samverka mellan de olika aktörerna.

Vårdförbundet har också i olika sammanhang pekat på att en förändring av vårdens organisation skulle ge förbättringar. Det handlar om att göra primärvården mer tillgänglig för de äldre så att färre behöver söka akut vård på sjukhusen. Snabbspår i akutvården skulle göra att äldre patienter i väl utrustade ambulanser med specialistutbildade sjuksköterskor kunde få en första bedömning och sedan komma direkt till vårdavdelning utan att behöva passera akutmottagningen. \*

IRÉNE WANLAND  
irene.wanland@vardforbundet.se

## Föreningen Bravå

→ Föreningen bildades 2001 på initiativ av Vårdförbundet. Den består av 18 fackliga och professionella sammanslutningar, pensionsorganisationer och patientföreningar som arbetar för en högre kvalitet i äldreomsorgen.

www.bravard.se

## Senior Alert

→ Ett nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg. Registret har flera syften. Det viktigaste är att förbättra hälsan för vårdtagaren, när det gäller till exempel fall, trycksår och undernäring. Det ger också möjligheten att utforma nya arbetssätt.

www.senioralert.se





# 5 frågor. "Äldrevården kan bli både bättre och billigare"



**Yngve Gustafson, professor i geriatrik vid Umeå universitet, har tagit fram ett tiopunktsprogram för en bättre och faktiskt billigare äldrevård.**

**Vilken är den viktigaste frågan att ta itu med?**

– Att organisera om vården av äldre. Dagens sjukvård är organiserad efter läkarnas och inte efter patienternas behov. Den är indelad efter medicinska specialiteter vilket inte alls passar äldre med många sjukdomar. De har många samtidiga problem och behöver ett helt team av kompetenta människor som har fokus på gamla människor.

– Genom att lägga in de äldre på en geriatrisk klinik som slussar patienterna till specialvården, hämtar tillbaka dem igen och sedan ansvarar för hela efterbehandlingen, kan vi både förbättra effekten på ingreppet och minska en stor mängd av komplikationerna.

**Vad vinner patienterna på det?**

– Vi har bland annat visat att om man i stället för att lägga patienter med höftledsfraktur på ortopedien lägger dem på geriatriken och låter ortopedläkaren bara sköta operationen så får man mindre av trycksår, fallolyckor, nya frakturer, färre reoperationer samt mindre undernäring. Dessutom minskar infektioner, vårdtiden kortas med tio dagar och ett år senare kan tre gånger fler gå självständigt.

**Och vad vinner vårdgivarna?**

– Om vi hanterar våra gamla på det här sättet skulle vi kunna

reducera vårdkostnaderna med 30 procent för den grupp som i dag utgör den största andelen av akutsjukvårdens patienter. Då får vi rätt många miljarder över. Det gäller också i den kommunala äldrevården.

**Hur kan läkemedelsbehandlingen för äldre förbättras?**

– En mycket stor del av läkemedelsbehandlingen av äldre är behandling av symtom. Och man tar inte reda på vad symtomen beror på. Man ger äldre värktabletter utan att fråga sig varför de har ont, sömntabletter utan att fråga sig varför de inte sover och så vidare. I stället måste man naturligtvis ta reda på och behandla orsaken.

– Med en bättre kvalitet i läkemedelsbehandlingen skulle vi kunna halvera kostnaderna av läkemedelsbiverkningar. Där har vi 6–7 miljarder till som skulle kunna gå till annat.

**Hur har det kunnat bli så här och vad kan man göra åt det?**

– Det finns en extrem kunskapsbrist om åldrandet i vården. De flesta läkare som jobbar inom akutsjukvården har ingen kunskap om gerontologi, det normala åldrandet, och väldigt få av personalen i övrigt. Om man inte vet att äldre har annorlunda symtom vid sjukdom så fattar man inte att patientens blindtarmsinflammation yttrar sig som mardrömmar, eller att

**Miljarder kan sparas.**

Dålig organisation och ogenomtänkt medicinering gör äldres vård onödigt dyr. Pengarna kan användas bättre, anser professor Yngve Gustafson.

HANNA ERIKSSON/VÄSTBOTTENSKURIREN

## "Läkemedel måste testas på patienter över 80 år"

# 10 punkter för äldrevården

1. Öka kunskapen om åldrandet hos vårdpersonalen.
2. Organisera om sjukvården, bort från stuprör fram med team.
3. Läkemedelsbehandla inte symtom, ta reda på vad de beror på och behandla orsaken.
4. Läkemedel måste testas på patienter över 80 år.
5. Den läkare som sätter in en behandling måste också utvärdera effekt och biverkningar.
6. Etiska överväganden bör föregå utredning och behandling av svårt sjuka.
7. Förändra systemet med två huvudmän.
8. Ta fram nationella riktlinjer för hur man ska behandla personer över 80 år.
9. Prevention av fallolyckor, benskörhet, depression, urinvägsinfektion, undernäring och läkemedelsbiverkningar.
10. Mer forskning om äldre.

(Yngve Gustafsons tiopunktsprogram.)

patientens ögondroppar är orsaken till att de är deprimerade eller att de får hallucinationer. Av de patienter jag har får varannan psykiska biverkningar av sina ögondroppar, i Fass står det en på tusen. Det är därför läkemedel måste studeras på patienter över 80 år.

– Lösningen heter utbildning. Det kommer att krävas en enorm insats, men utbildning kommer att fungera, det har vi visat tidigare. \*

FREDRIK HEDLUND

**Lästips**

→ Asplund K med flera. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *Journal of the American Geriatric Society* 2000;48(11):1381-1388.

→ Jensen J med flera. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2002;136:733-741.

→ Lövheim H med flera. Poor staff awareness of analgesic treatment jeopardises adequate pain control in the care of older people. *Age and Ageing* 2006;35(3):257-261.

→ Stenvall M med flera. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporosis International* 2007;18(2):167-175.



*Svåra frågor från anhöriga?*

– Kostnadsfri bok ger dig svaren

När en patient dör får du som yrkesverksam inom vården ofta en mängd frågor från anhöriga. Frågor som kan vara både känsliga och svåra att svara på: Personligt avsked, transporter, organdonation och klädsel på dödsbädden t.ex.

Nu finns "När tiden stannar till", en bok om tiden direkt efter ett dödsfall. Beställ den gratis via [www.fonus.se](http://www.fonus.se), med talongen här nedan eller hämta den på närmaste Fonuskontor.



**FONUS**

Vi finns, om du behöver oss

Ja, tack jag vill beställa \_\_\_\_ ex. av "När tiden stannar till" för utdelning till anhöriga - helt kostnadsfritt!

Namn: \_\_\_\_\_

Sjukvårdsinrättning/vårdhem: \_\_\_\_\_ Avd: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

FONUS  
Svarspost  
110467600  
521 20 Falköping

**B** SVERIGE  
PORTO BETALT  
PORT PAYÉ

VF