PRO

Jämlik vård – även för äldre!

Förord

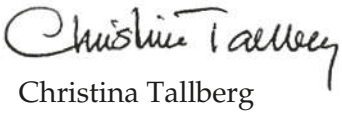
Det finns många bilder av den vård och omsorg som äldre får i Sverige idag. På den positiva sidan finns att vi har en hälso- och sjukvård som är gemensamt finansierad och som ska ges efter behov, att vi har duktig och välutbildad vårdpersonal och att kvaliteten på den svenska vården utifrån internationella mätningar är hög. Samtidigt finns det motbilder. Många äldre upplever att de olika delarna i hälso- och sjukvården inte samarbetar. Att läkaren inte har tid att lyssna vid det korta besöket på vårdcentralen och att det är svårt att hinna ta upp alla sina frågor om krämpor och sjukdomar.

Bilden av den svenska vården från den äldres perspektiv är inte svart eller vit. En del framsteg för äldre har skett de senaste åren – inte minst tack vare PRO:s opinionsbildande arbete. Nu har exempelvis äldre över 75 år med fler än fem läkemedel rätt att få en förenklad läkemedelsgenomgång. Skyddet mot åldersdiskriminering i hälso- och sjukvården har skärpts. Samtidigt finns det brister och svagheter i hälso- och sjukvårdssystemet som gör att äldre inte får den bästa vården.

Den vård som erbjuds äldre skiljer sig också mycket mellan olika delar av landet. Det finns risk att dessa skillnader ökar i framtiden i takt med den snabba urbaniseringstakten och att hälso- och sjukvården blir alltmer avancerad. PRO:s uppfattning är att de brister som finns går att åtgärda om bara den politiska viljan finns.

Den här rapporten är ett underlag till diskussion för hur en mer jämlik vård för äldre kan bli möjlig.

Juni 2015



Christina Tallberg
Ordförande, PRO

Innehåll

Förord 3

1. Jämlik vård – även för äldre! 5

2. Äldre – en grupp med olika behov och förutsättningar 6

Skillnader mellan könen 6

Psykisk ohälsa – en vanlig sjukdom hos äldre 6

Psykisk ohälsa – en framtidsutmaning 7

Höj kompetensen om äldres behov 7

Bryt tabut om psykisk ohälsa hos äldre 8

För gammal för vården? 8

Äldre får sämre läkemedelsbehandling 9

Ogrundade åldersgränser i vården 9

Tandvård är hälso- och sjukvård 10

Samverkan 11

Primärvården behöver prioriteras 11

3. Strukturförändringar behövs i vården 13

Arbetet för en mer jämlik vård för äldre måste intensifieras 13

4. Slutdiskussion och förslag för en mer jämlik vård för äldre 15

Förslag för en jämlik vård – även för äldre 16

1. Jämlik vård – även för äldre!

Svensk hälso- och sjukvård håller i många avseenden hög klass. Svenskar har exempelvis en hög förväntad livslängd och vi har en låg spädbarnsdödlighet. Men samtidigt kan vi nästan varje vecka höra i medier att sjukvården skiljer stort mellan landstingen – att vården är ojämlik. Inte minst gäller detta för äldre människor där en orsak till bristande vård och omhändertagande ofta just är den äldres ålder.

Ibland sker detta helt medvetet, men ofta uppmärksammas inte själva faktumet att det är just åldern som är orsaken. Till exempel underbehandlas i Sverige idag äldre män med prostatacancer och riskerar därför att dö helt i onödan. Och äldre kvinnor får oftare läkemedel som kan orsaka förvirring och fallolyckor jämfört med män i samma ålder.

Hur ser då hälso- och sjukvården i Sverige ut för äldre? I en internationell jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (International Health Policy Survey) har Myndigheten för Vårdanalys gjort en utvärdering av svenska förhållanden om hur centrerad hälso- och sjukvården är till patientens behov. Undersökningen från 2014 vände sig specifikt till personer som är 55 år eller äldre och som har beskrivit sina erfarenheter från kontakterna med vården. Slutsatserna från undersökningen och Myndigheten för Vårdanalys utvärdering visar att svensk sjukvård brister på många sätt. Jämfört med andra länder upplevs Sverige som sämre på koordinera vården för de patienter som behöver det. Sverige utmärker sig också som det enda landet där många patienter inte har en fast läkarkontakt i primärvården. I flertalet andra länder uppger 90 procent eller fler av de tillfrågade att de har en fast läkarkontakt. Hälso- och sjukvården brister också i att se varje äldre patient som en unik individ. Vidare konstateras i rapporten att svensk hälso- och sjukvård är dålig på att ge information som gör det möjligt för patienten att ta välgrundade beslut om sin vård och hälsa. Tillsammans med Norge är Sverige det land där vården är sämst på att diskutera läkemedel och informera om biverkningar av läkemedel.

De problem som Myndigheten för Vårdanalys tar upp i sin rapport är till stor del välkända. PRO har påtalat dessa brister för beslutsfattare i regering, riksdag och landsting under många år. PRO menar att de svagheter som finns i svensk hälso- och sjukvård går att åtgärda – om bara den politiska viljan finns.

Det är dags att påbörja ett genomgripande arbete i hälso- och sjukvården så att äldre får den vård, det omhändertagande och det bemötande de har rätt till. Den här rapporten avser att översiktligt belysa några områden i den svenska hälso- och sjukvården där vi i PRO anser att det finns förbättringspotential.

2. Äldre – en grupp med olika behov och förutsättningar

Antalet äldre i Sverige över 65 år är närmare 1,8 miljoner. De äldres andel av befolkningen har ökat och kommer att öka eftersom folkhälsan utvecklas positivt för befolkningen som helhet. Äldre över 65 år är emellertid en grupp som har mycket olika behov och förutsättningar. Medan flertalet av de äldre över 65 år är relativt friska, finns det enligt Socialstyrelsen en grupp av dessa äldre på cirka 300 000 personer som har ett omfattande sjuk- eller omsorgsbehov. De personer som ingår i gruppen de mest sjuka äldre har antingen 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, bor i särskilt boende och/eller har omfattande sjukvårdsinsatser.

Skillnader mellan könen

Det finns skillnader mellan äldre kvinnors och äldre mäns behov. Kvinnor i Sverige lever generellt sett längre än män. Den sista tiden i livet har männen därför ofta stöd av sin hustru medan kvinnan är ensamstående när hennes vårdbehov är som störst. Enligt en rapport från Socialstyrelsen[1] har män och kvinnor därmed olika förutsättningar, vilket också måste avspeglas i vilket stöd som ges till äldre kvinnor av vården.

Kvinnors och mäns hälsa skiljer sig också enligt Socialstyrelsen på flera sätt. Exempelvis är hjärt- och kärlsjukdomar vanligare bland män än bland kvinnor, liksom förtida dödlighet – vilket främst beror på att män har fler riskfaktorer och är sämre på att söka vård vid tidiga symtom. Kvinnor drabbas samtidigt oftare av sjukdomar och besvär som benskörhet och psykisk ohälsa. Att kvinnors och mäns sjukdomar skiljer sig åt gör också att man inte kan förvänta sig att de ska använda vården helt lika eller medicineras med samma läkemedel på ett likartat sätt.

Samtidigt finns det exempel på oacceptabla skillnader i vården mellan män och kvinnor. Ett sådant exempel är att den vård som ges män vid hjärtinfarkt är dyrare än den som ges till kvinnor. En anledning till att den vård som ges män kostar mer är att männen får en mer avancerad vård, medan kvinnor oftare vårdas på medicinsk eller geriatrisk avdelning där vårdnivån är avsevärt lägre.

Gruppen äldre skiljer sig även åt om man studerar den utifrån utbildningsbakgrund. Det är enligt Socialstyrelsen välkänt att äldre med kortare utbildning har sämre hälsa, högre förtida dödlighet och högre förekomst av de flesta sjukdomar i jämförelse med äldre som är högutbildade. Samtidigt som högutbildade äldre har bättre hälsa så gör de ändå fler besök hos läkare på sjukhusens specialistmottagningar än lågutbildade äldre.

Psykisk ohälsa – en vanlig sjukdom hos äldre

De senaste åren har äldres psykiska ohälsa tagit en större plats i samhällsdebatten. Uppmärksamhet har dels riktats mot att gruppen äldre med psykisk ohälsa troligen är större än vad man tidigare har trott, dels att äldre som upplever psykiska problem inte får den vård de behöver i alla landsting. En orsak till att äldre inte får psykologhjälp

[1] Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, 2011, Socialstyrelsen

eller medicinering mot depression är att det fortfarande är tabubelagt för många äldre att prata om psykisk ohälsa. PRO får exempelvis samtal från medlemmar om att äldre drar sig för att besöka vårdcentralen för att prata om nedstämdhet eller psykiska besvär. Istället berättar den äldre vid läkarbesök om sina kroppsliga krämpor men utelämnar de själsliga besvären.

En annan orsak till att äldre inte alltid får den hjälp de behöver kan vara själva synen på åldrandet. Det finns nedgrävt i vårt allmänna medvetande att ålderdomen rent naturligt kan vara en period i livet där den äldre är mer ledsen och trött på livet. Detta kan hänga ihop med att nära relationer förändras när man blir äldre, till exempel att man blir mer ensam om nära anhöriga eller vänner i samma ålder går bort. Ångest och nedstämdhet behöver dock inte alltid naturligt hänga ihop med ålderdomen. Det kan också vara så att den äldre har fått en djup nedstämdhet eller depression och där lösningen kan vara terapi eller medicinering som dämpar besvären.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen[2] kan det konstateras att äldre personer över 65 år är överrepresenterade i självmordsstatistiken och att risken för självmord är störst bland män över 85 år. Socialstyrelsen har vidare konstaterat att äldre med psykisk ohälsa både kan vara underbehandlade och överbehandlade med läkemedel. Överbehandlingen härrör sig till att många äldre får psykofarmaka förskrivet vilket i en del fall är både olämpligt och onödigt, samtidigt som en del äldre också kan vara underbehandlade med psykofarmaka eftersom deras psykiska besvär inte alltid uppmärksammas eller förväxlas med fysiska besvär.

Ett annat perspektiv som vi i PRO ofta möter är att många äldre känner sig ensamma. Dels på grund av förändringar i relationer när nära anhöriga eller vänner går bort. Men det kan också bli så att de sociala sammanhangen blir färre när man går i pension från arbetet. Att vara ensam när man blir äldre behöver inte leda till att man får en depression, men vi vet att det är lättare att bli nedstämd och deppig om man har få sociala sammanhang att vistas i.

Psykisk ohälsa – en framtidsutmaning

Enligt Folkhälsomyndigheten[3] har personer över pensionsåldern i flera avseenden haft en bättre hälsoutveckling än yngre åldersgrupper. Samtidigt har vi en åldrande befolkning. År 2035 uppskattar Statistiska Centralbyrån att antalet äldre människor kommer att uppgå till 2,5 miljoner och av dessa kommer drygt 0,8 miljoner att vara 80 år eller äldre.

Detta kommer ställa ökade krav på hälso- och sjukvården att utöka och förbättra vården till äldre med psykisk ohälsa. Dels på grund av att antalet äldre blir fler och att det därmed finns ett större behov att möta gruppen äldre med psykisk ohälsa, dels för att om det blir mindre skamfyllt för äldre med psykiska besvär att prata om sina psykiska besvär så kommer fler också att söka vård för dessa.

Höj kompetensen om äldres behov

Vad behöver då göras för att äldre med psykisk ohälsa ska få en bättre vård? En viktig åtgärd är att förbättra primärvården och äldreomsorgen som är de verksamheter som den äldre redan idag naturligt kommer i kontakt med. Här behövs kompetensen om

[2] Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa, 2013, Socialstyrelsen
[3] Folkhälsopolitisk rapport, 2014, Folkhälsomyndigheten

äldres psykiska ohälsa förbättras. Ett steg för att det ska fungera bättre för äldre är att landstingen bör skapa särskilda äldremottagningar, så som äldrevårdscentraler specifikt för äldre. Till dessa mottagningar bör det knytas tvärprofessionella team som ser till den äldres alla sjukdomar. Till äldremottagningar skulle äldre troligen främst vända sig med sina somatiska sjukdomar, men det skulle också kunna kännas mer naturligt för den äldre att ta upp psykiska besvär om fokus läggs på den äldres hela livssituation. Läkare som är inriktade på äldres sjukdomar skulle också lättare kunna upptäcka psykisk ohälsa hos äldre. För att göra äldrepsykiatrin mer tillgänglig för den stora gruppen äldre med psykisk ohälsa bör psykiatrisk kompetens knytas till primärvården och kunna ingå i de tvärprofessionella team som bildas. Dessutom bör all personal som arbetar med äldre få utbildning i äldrepsykiatri. I ett andra steg för de äldre med mer omfattande psykiska besvär anser PRO att landstingen och regionerna behöver skapa särskilda specialistmottagningar för äldre med psykiska besvär.

Bryt tabut om psykisk ohälsa hos äldre

För att vi ska få ett bättre omhändertagande om äldre med psykisk ohälsa i framtiden räcker det inte med att insatser koncentreras till vården. Framförallt behöver samtalet och debatten om hur äldre mår psykiskt fortsätta. På så sätt kan det bli mindre tabubelagt för äldre att söka vård för psykiska besvär. Samhället måste därför i högre utsträckning än idag stödja föreningslivet så att organisationer ska kunna arbeta med att förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Genom stöd och gemenskap kan frivilligorganisationerna då medverka till att äldre med psykiska problem får förbättrade livsvillkor.

Vi måste gemensamt också bli bättre att bryta den ensamhet som många äldre känner idag. De träffpunkter för äldre som finns i många kommuner utgör ett exempel på viktig verksamhet för gemenskap och socialt umgänge. De civila samhällets organisationer har också en viktig roll att spela i att bryta äldres ensamhet.

För gammal för vården?

Hälso- och sjukvårdslagen säger att alla som är bosatta i Sverige har rätt till vård. Den som har störst behov av vården ska prioriteras först. Ingen ska nekas sjukvård eller medicinsk behandling på grund av ålder. Trots detta kan vi ofta höra exempel på att äldre missgynnas eller rent av diskrimineras just på grund av sin ålder. Ett aktuellt exempel är en svensk forskningsstudie som visar att äldre män med prostatacancer av högrisktyp får sämre behandling än yngre män.

Rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer gällande prostatacancer av högrisktyp utan spridning är operation eller strålbehandling. Utan behandling avlider personen ofta inom tio år. Om mannens förväntade kvarvarande livstid dock är kortare än fem år, även om han skulle botas från prostatacancern, rekommenderas istället hormonbehandling. Men resultaten från forskningsstudien visar att många män i åldern 70-80 år inte får den rekommenderade behandlingen, trots en lång förväntad kvarvarande livstid. I studien konstateras också att det finns stora skillnader mellan landstingen vilken behandling som ges. En orsak som nämns av författarna till studien är att cancerbehandlande läkarna i olika delar av landet underskattar den kvarvarande livstiden för män mellan 70-80 år. Huvudorsaken till skillnaderna verkar inte vara

kostnader utan snarare brist på kunskap.

Det här är ett tydligt exempel på hur äldre missgynnas i hälso- och sjukvården just på grund av sin ålder. Det är helt oacceptabelt att en för övrigt frisk 70-årig man som kan förväntas leva många år till inte får en botande behandling av vården.

Äldre får sämre läkemedelsbehandling

Att det finns stora skillnader mellan landstingen och att man får olika hälso- och sjukvård beroende var man bor i Sverige är ett välkänt faktum. PRO har sedan 2012 deltagit i Kommissionen för jämlik vård, som tillkom som ett gemensamt initiativ mellan Cancerfonden och LIF (de forskande läkemedelsföretagen). Nu i våras avslutades arbetet med slutrapporten Ojämlik vård – ett hot mot vår sjukvård. I rapporten konstateras att trots larmrapporter och intensiv debatt är ojämlikheterna i hälso- och sjukvården stora och bestående. Men trots detta har kraftfulla åtgärder uteblivit från beslutsfattare.

I slutrapporten från Kommissionen för jämlik vård framkommer även att äldre får sämre läkemedelsbehandling. Ett exempel som lyfts fram på den ojämlikhet som drabbar äldre i vården är de drygt 300 000 personer i Sverige som har fått diagnosen förmaksflimmer. Förmaksflimmer innebär en ökad risk för blodpropp och stroke. Men trots att det enligt rapporten finns ett starkt vetenskapligt stöd för att användning av koagulationshämmande behandling vid förmaksflimmer skulle minska risken för stroke är det mindre än hälften av dem som behöver behandling som får det. Det är främst äldre kvinnor och personer över 80 år som underbehandlas. Detta trots att kvinnor har högre strokerisk än män och att risken för flimmerrelaterad stroke fortsätter att öka efter 80 års ålder. Endast 36 procent av kvinnorna får behandling. Motsvarande siffra för män är enligt rapporten 47 procent.

Om sjukvården förbättrades och mer lämpliga läkemedelsbehandlingar ges till äldre som diagnosticerats med förmaksflimmer skulle det enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering kunna minska antalet strokefall med flera tusen.

Ogrundade åldersgränser i vården

En annan ojämlikhet som drabbar äldre kvinnor i vården är att screening för mammografi upphör vid 74 år. Anledningen är att Socialstyrelsen inte rekommenderar landstingen att kalla äldre kvinnor till undersökning på grund av att det inte finns vetenskapligt stöd för att undersökningen är meningsfull efter 74 år. Samtidigt är bröstcancer en sjukdom som framförallt drabbar medelålders och äldre kvinnor. Medianåldern för insjuknande i bröstcancer är enligt Cancerfonden 64 år. Enligt studier finns det idag en samsyn om att dödligheten i bröstcancer minskar för kvinnor mellan 50-69 år som har genomgått mammografiscreening. Men kvinnor som har fyllt 75 år kan inte förvänta sig att bli kallade av landstinget. Detta trots att flera hundra äldre kvinnor över 75 år varje år får bröstcancer. Då uppstår frågan om äldre kvinnors liv inte är lika viktiga att rädda som yngre kvinnors.

I en intervju med Kjell Asplund, professor emeritus i medicin och ordförande i SBU:s vetenskapliga råd, i tidskiften Äldre i centrum[4] säger han att en att en orsak till att

[4] För lite forskning om vården av sköra äldre, Nr 2/2014, Tidskriften Äldre i centrum

åldersgränsen för mammografi är 74 år beror på att forskarna har gjort urvalet att inte titta på äldre. Att äldre inte är med i kliniska studier får enligt honom effekt i nästa led eftersom SBU och Socialstyrelsen ska gå utifrån vad som är evidensbaserat. Har man satt en övre åldersgräns kommer det enligt honom också saknas vetenskapligt underlag för behandling av äldre. Argumentet som brukar lyftas fram är att det är svårt att forska på äldre eftersom det är mer komplicerat att se orsak och verkan av en behandling. Samtidigt får uteslutandet av äldre i forskningsstudier tydliga effekter. Det går även att se på läkemedelsområdet där läkemedel ofta forskats fram på yngre personer. Det innebär att medicinen som forskats fram kan ha en annan effekt på den äldre personen och därför är det av vikt att det sker regelbundna läkemedelsgenomgångar av den äldres mediciner.

Det växande antalet äldre, samt vårdens och omsorgens allt större omfattning, ökar behovet av forskning på äldreområdet. Därför är det viktigt att stärka resurserna för den forskning som analyserar och utvärderar äldrepolitiken och de områden som har med åldrandet att göra. Det är också centralt att äldre uppmuntras och inkluderas i forskningsstudier i större grad än vad som görs idag. En annan åldersgräns som har varit omtvistad är att kvinnor över 60 år inte kallas till gynekologiska cellprovtagningar. Skälet till att man slutar med cellprov efter 60 år har sagts vara att risken är mycket liten för de kvinnor som har tagit cellproverna tidigare i livet och vars prover varit normala. Men för de kvinnor som får livmoderhalscancer när de är över 60 år är dödlighetsgraden hög. Socialstyrelsen har dock nyligen föreslagit[5] att den övre åldersgränsen för provtagning ska höjas från 60 till 64 år. Anledningen till att Socialstyrelsen föreslår att den övre åldersgränsen höjs är att nya studier har visat att screening har en cancerförebyggande effekt även för äldre kvinnor.

Från PRO ser vi positivt på förslaget från Socialstyrelsen. Det borde naturligtvis vara en självklarhet att var och en av de äldre som är oroliga och vill få en undersökning ska ha rätt att få det, oavsett ålder eller personliga skäl. Det bästa vore att kvinnor som, enligt nu gällande åldersgränser, kallas för sista gången till en undersökning för mammografi eller livmoderhalscancer får frågan om de vill fortsätta få kallelser. Samtidigt måste informationen om screeningundersökningar och för- och nackdelar med dessa förbättras, så att den äldre får en så objektiv upplysning som möjligt före undersökningen.

Tandvård är hälso- och sjukvård

När man blir äldre finns en ökad risk för både en försämrad allmän hälsa, och en sämre tandhälsa. Tandhälsan påverkar också andra delar av kroppen, och annan sjukdom kan påverka tandhälsan. En bra tandhälsa har en förebyggande effekt för att den äldre ska må bra i övrigt. För många äldre med låg pension utgör tandläkarräkningar en stor kostnad. Visserligen finns ett högkostnadsskydd som ger ett visst skydd mot alltför höga kostnader, men det kan ändå ofta bli så att den äldre avstår från att gå till tandläkaren på grund av att man helt enkelt inte har råd.

PRO anser därför att tandvården ska ingå i hälso- och sjukvården och i högkostnadsskyddet. Det nuvarande systemet med de flera olika tandvårdsstöden skapar en ojäm-

[5] Remiss av Socialstyrelsens rekommendation för screening av livmoderhalscancer, januari 2015

lik vård. Många äldre missar nämligen att ta del av de stöd som finns från staten och landstingen på grund av bristande information. På kort sikt behövs därför en samlad informationsgivare så att fler, både i professionen och äldre själva, får kunskap om tandvårdsstöden.

Samverkan

Sedan 2010 har det pågått ett omfattande arbete i kommunerna och landstingen för att förbättra vården och omhändertagandet av de mest sjuka äldre. Detta har skett genom en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och staten. En stor vinst genom projektet är att kommuner, landsting och primärvård har börjat att samverka bättre om de mest sjuka äldre. Flera delprojekt inom de sjuka äldre har också visat på vilken betydelse det förebyggande arbetet har och att det minskar trycket på akutmottagningarna och sjukhusen.

Samtidigt finns det en oro nu när de statliga projektmedlen för de mest sjuka äldre har tagit slut. Nu är det viktigt att den positiva rörelsen gällande de mest sjuka äldre som finns i kommuner och landsting fortsätter. Våra folkvalda politiker har ett särskilt ansvar för att de mest sjuka äldre får en sammanhållen omsorg och vård där en aktör tar huvudansvaret. Det intensiva arbete som har pågått inom området de mest sjuka äldre med att skapa en gemensam ledningsstruktur mellan landsting och kommuner får inte vara förgäves nu när den statliga satsningen har upphört. Arbetet är påbörjat och det måste fortsätta med samma intensitet som hittills. För att samarbetet ska vara långsiktigt hållbart behöver det skrivas in i lagen att det ska finnas en gemensam ledning och styrning i länen, för att de ska kunna fullgöra uppgifterna när det gäller de mest sjuka äldre med behov av omfattande omsorg och/eller hälso- och sjukvård.

Vi kan tyvärr konstatera att samordningen mellan landstingen och kommunerna om de mest sköra äldre fortfarande inte fungerar bra. Nästan dagligen får vi höra rapporter i medier om detta. Ett exempel som har belysts genom en statlig utredning är patienter som är färdigbehandlade och redo att skrivas ut för till exempel omhändertagande av kommunen. Idag är det ofta så att dessa utskrivningsklara patienter, som till stor del är äldre, får ligga kvar flera dagar i onödan på grund av att landstingen och kommunerna inte samverkar så bra som de borde. Konsekvensen blir att nya vårdsökande inte kan bli inlagda och att överbeläggningar uppstår på sjukhusen. Dessutom finns det risker att de äldre patienter som är utskrivningsklara får nya infektioner när de tvingas vara kvar på sjukhusen.

Orsakerna till att äldre patienter blir kvar på sjukhusen varierar, men en bild som framkommer är att öppenvården inte är så involverad som den borde när det gäller utskrivningsklara patienter från sjukhusen. Ett exempel från Göteborgs stad, som under våren togs upp i medier, visade att primärvården var frånvarande från alla vårdplaneringsmöten när stickprovskontrovskontroller gjordes av Stadsrevisionen i Göteborg.

Primärvården behöver prioriteras

Äldre som är sjuka vänder sig ofta till akutmottagningarna för det är där som de tror att de kommer att få hjälp. Det här perspektivet är inte helt ovanligt heller bland PRO:s

medlemmar, då det finns en allmän uppfattning att man får träffa en specialistläkare på akuten. Det som möter istället är troligen dels långa väntetider, dels att man får träffa en AT-läkare som inte har så lång arbetserfarenhet.

Om den äldre istället hade vänt sig till primärvården så skulle han eller hon troligen istället fått träffa en specialistläkare i allmänmedicin. Under en lång tid har också politiker pratat om att primärvården behöver förstärkas. Visserligen har antalet vårdcentraler blivit fler de senaste åren, men det är fortfarande så att primärvårdens resurser och ställning inte har förstärkts nämnvärt. Det är samtidigt tydligt att om vi ska få till ett bättre omhändertagande om äldre patienter är det förebyggande arbetet och den första linjens hälso- och sjukvård helt central. Det behövs ett perspektivskifte bland politiska beslutsfattare och tjänstemän i vården. Dels behövs ett skifte i att praktisk handling se till att primärvården får mer resurser, dels att prioritera det förebyggande arbetet om äldre mer.

Ett lyckat exempel som har pågått inom projektet mest sjuka äldre är att läkare och sjuksköterskor i större utsträckning än idag besöker äldre sjuka personer i hemmet i stället för att den sjuke äldre själv ska komma till sjukhuset. Den äldre slipper jobbiga resor till sjukhuset, samtidigt som det frigör vårdplatser och därmed sparar pengar som kan användas mer effektivt. Men framförallt är det en trygg miljö för den äldre patienten att vårdas i, och istället för att den äldre behöver uppsöka akuten för att få hjälp kan man på detta sätt kan förhindra att det medicinska läget försämras. När väl den äldre bör få en mer genomgripande undersökning bör det finnas särskilda mottagningar för äldre i varje landsting. Utvärdering av ett sådant projekt i Östergötland visar att kostnaderna inte ökade och att de äldre var mycket nöjda.

3. Strukturförändringar behövs i vården

I hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf anges att målet för hälso- och sjukvården är att ge en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Riksdagen har också fastställt en prioriteringsordning för vården, vilken utgår ifrån människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. De här prioriteringarna innebär att alla människor är lika mycket värda och att de med störst behov av ska få vård först. Dessa principer ska gå före kostnadseffektivitetsprincipen.

Men om vi då utifrån verkligheten kan se att det skiljer stort mellan olika landstingen vad gäller den sjukvård som ges befolkningen, har då inte politiken ett ansvar för att ta ett krafttag för att förändra detta? Till exempel kan vi ju se att äldre män i det ena landstinget får botande cancerbehandling mot prostatacancer medan män inte får detta i ett annat landsting. Det skiljer också stort mellan olika landsting hur moderna läkemedel de bosatta får. Sverige är ett stort geografiskt land men med en liten befolkning, vilket har betydelse för hur vårt sjukvårdssystem har organiserats. Den nuvarande organiseringen med 21 olika landsting, som har helt olika förutsättningar geografiskt och ekonomiskt ger upphov till den ojämlika vård vi har idag.

Samtidigt kommer utmaningarna för den svenska hälso- och sjukvården och landstingen öka än mer i framtiden. Vi har en stark urbaniseringstakt där allt fler unga svenskar flyttar till storstäderna. Parallellt har vi en åldrande befolkning där många av de äldre dessutom bor i kommuner på lands- och glesbygden. Exempelvis är andelen äldre över 30 procent i Borgholms kommun i jämförelse med 13 procent i Sundbybergs kommun. Nya kunskaper utvecklas samtidigt hela tiden i vården och det blir en mer och mer avancerad vård som kan erbjudas de bosatta. En del av landstingen kommer emellertid att ha svårt att både ekonomiskt och rent befolkningsmässigt ha möjlighet att ge detta till det bosatta.

Om vi fortfarande står upp för de principer som lagstiftningen slår fast – att hälso- och sjukvården ska vara jämlik och att den ska ges till dem som har störst behov av den – kräver det att organiseringen ändras så att vi får större enheter än dagens landsting. Under en lång tid har detta diskuterats utifrån Ansvarskommitténs förslag om att bilda större regioner som har ansvar för hälso- och sjukvården. Tyvärr har det på grund av politiska låsningar inte skett någon större rörelse. Nu har dock den nya regeringen meddelat att man planerar att göra ett omtag och att målet är att det ska bli fler sammanslagningar av landstingen till större regioner i framtiden.

Arbetet för en mer jämlik vård för äldre måste intensifieras

Samtidigt som det behövs en organisationsförändring av hälso- och sjukvården är det centralt att arbetet med att få till en mer jämlik vård för befolkningen inte avstannar. För gruppen äldre, som är människor med väldigt olika behov, är det viktigt att landstingen i större utsträckning kartlägger hur situationen ser ut. Exempelvis gällande psykisk ohälsa vet vi att det finns ett stort mörkertal bland äldre som inte söker vård. Kommissionen för jämlik vård[6] lyfter också upp betydelsen av detta och har uppfatt-

[6] Utredning från LIF – de forskande läkemedelsföretagen – och Cancerfonden med uppdraget att utreda, analysera och initiera debatt kring hur patienter i Sverige ska få jämlik tillgång till vård och omsorg.

ningen att landstingen behöver synliggöra och kartlägga skillnader på lokal nivå av exempelvis behandlingsbeslut gällande ålder, kön och funktionsnedsättning. Genom att synliggöra skillnader finns det en grund för en öppen diskussion inom vården om vårdpersonalens egna beslut och förhållningssätt.

Ett förslag som kommissionen lyfter fram för att sätta fokus på ojämlikheter är att varje landsting bör inrätta en särskild regional samordnare för jämlik vård. En samordnare för jämlik vård som är oberoende gentemot landstinget skulle exempelvis kunna ha i mandat att uppmärksamma strukturella ojämlikheter i vården, samt lämna förslag på åtgärder för hur orättfärdiga skillnader skulle kunna utjämnas.

4. Slutdiskussion och förslag för en mer jämlik vård för äldre

En stor del av hälso- och sjukvårdens resurser läggs idag på äldre. Samtidigt går det att konstatera att äldre inte får så bra vård som de borde. Förklaringarna är flera. När det gäller psykisk ohälsa finns det idag en växande medvetenhet om att detta är ett större problem än vad som tidigare har framkommit. Fortfarande är äldre dock underrepresenterade i kontakten med hälso- och sjukvården när det gäller depression och nedstämdhet. En orsak är att äldre själva drar sig för att söka vård för dessa problem och att landstingen inte organiserar och fördelar de resurser som behövs för att motverka äldres psykiska ohälsa. I det här sammanhanget kan man tala om att omedvetna attityder gör att äldre inte får den vård de behöver.

Samtidigt finns det även exempel på medvetna beteenden i vården som gör att äldre personer får en sämre hälso- och sjukvård än yngre personer. Äldre män med prostatacancer får exempelvis olika behandling beroende på vilket landsting de bor i. Här verkar en anledning istället vara att kunskapen om att inte nått ut i den grad som behövs. Den här rapporten visar även att det finns exempel på att äldre utesluts från behandling beroende på sin ålder, exempelvis äldre kvinnor vid mammografiundersökningar. Detta sker helt öppet och i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer. Samtidigt går det att ifrågasätta rimligheten att äldre kvinnor ska behöva dö i bröstcancer när cancern kunde ha upptäckts i tid genom en mammografiundersökning. Att en äldre person just på grund av sin ålder utesluts från behandling, när det finns behandlingar att tillgå, är etiskt tveksamt.

Ett positivt arbete har skett de senaste åren i kommunerna och landstingen för de mest sjuka äldre. Nu är det viktigt att den rörelse som skett inte avstannar. Vi kan fortfarande konstatera att samordningen mellan landstingen och kommunerna inte fungerar tillfredställande. Därför behövs ett perspektivskifte bland politiska beslutsfattare och tjänstemän i vården. Dels behövs ett skifte i att praktisk handling se till att primärvården får mer resurser, dels att prioritera det förebyggande arbetet om äldre i större utsträckning.

Ett hinder för en mer jämlik vård för äldre är den nuvarande organiseringen av hälso- och sjukvårdssystemet med 21 landsting. Alltför ofta avgör bostadsorten hur bra behandling man ska få och vilka resurser som kan sättas in. Den här utvecklingen kommer inte att avstanna. Tvärtom kommer det bli ännu svårare för de landsting som har få invånare att kunna ge de bosatta en hälso- och sjukvård som blir mer och mer högspecialiserad. Till detta ska läggas att vi har en åldrande befolkning och en stark urbaniseringstakt där allt andelen äldre ökar i gles- och landsbygd. De principer som finns i lagstiftningen om att hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges till den som har störst behov ska fortfarande gälla och i så fall måste de politiska företrädarna våga att se längre än den egna landstingsgränsen.

Förslag för en jämlik vård – även för äldre

• Arbetet för en mer jämlik vård för äldre måste intensifieras

Det viktigt att landstingen i större utsträckning kartlägger hur situationen ser ut för äldre, som är människor med väldigt olika behov. Genom att synliggöra skillnader finns det en grund för en öppen diskussion inom vården om vårdpersonalens egna beslut och förhållningssätt.

• Skriv in i lagstiftningen att landstingen och kommunerna måste samverka om de mest sjuka äldre

Den nu 10 år gamla lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet innebär viktiga möjligheter att på frivillighetens väg samordna huvudmännens insatser på nämndsidan. Den har dock endast resulterat i enstaka exempel i landet. Samverkan mellan landstingen och kommunerna måste vara långsiktig och hållbar. Därför anser PRO att det måste skrivas in i lagen att det ska finnas en gemensam ledning och styrning inom länen när det gäller omsorgen och vården för de mest sjuka äldre.

• Inför särskilda äldremottagningar

Ett steg för att det ska fungera bättre för äldre är att landstingen bör skapa särskilda äldremottagningar, så som vårdscentraler specifikt för äldre – äldrevårdscentraler. Till dessa mottagningar bör det knytas tvärprofessionella team som ser till den äldres alla sjukdomar.

• Höj vårdpersonalens kunskaper om äldres psykiska hälsa

För att göra äldrepsykiatrin mer tillgänglig för den stora gruppen med psykisk ohälsa bör psykiatrisk kompetens knytas till primärvården och helst till äldrevårdscentraler. All vård- och omsorgspersonal som arbetar med äldre bör få utbildning i äldrepsykiatri. I ett andra steg för de äldre med mer omfattande psykiska besvär anser PRO att landstingen och regionerna behöver skapa särskilda specialistmottagningar.

• Mer forskning utifrån äldres förutsättningar och behov

Det växande antalet äldre samt vårdens och omsorgens allt större omfattning ökar behovet av forskning på äldreområdet. Det är också centralt att äldre uppmuntras och inkluderas i forskningsstudier i större grad än vad som görs idag. Uteslutandet av äldre från forskningsstudier gör att mediciner och behandlingar idag inte alltid är anpassade utifrån äldres behov.

• Kalla även äldre kvinnor till undersökning för mammografi och livmoderhalscancer

I takt med att nya forskningsstudier har tillkommit har den övre åldersgränsen för screeningundersökning för mammografi höjts till 74 år och förslag finns om att den

övre åldersgränsen för cellprovtagning för livmoderhalscancer ska höjas. Detta är positivt och visar betydelsen av att forska på äldre. PRO anser att alla äldre ska erbjudas hälsosamtal och hälsoundersökning, vart tredje år fram till 75 och därefter varje år. Det borde vara en självklarhet att var och en av de äldre som är orolig och vill få en screeningundersökning ska få möjlighet till detta, oavsett ålder eller personliga skäl.

© Juni 2015 · PRO, Pensionärernas riksorganisation
Artikelnummer: PRO624
Text: Joakim Erdtman, PRO · Foto: Colourbox.com
www.pro.se