

De mest sjuka äldre

Avgränsning av gruppen

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-10-20

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2011

Förord

Regeringen har lämnat flera uppdrag till Socialstyrelsen som rör vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I myndighetens arbete med dessa uppdrag har frågan väckts om hur gruppen mest sjuka äldre bör avgränsas. I denna rapport redovisar vi en bearbetning av uppgifter från patientregistret och socialtjänstregistret och lägger fram tre alternativa avgränsningar.

Vilken avgränsning som är mest ändamålsenlig beror på vilken frågeställning som ska belysas. I regeringens fortsatta arbete med att utveckla ett nationellt styrnings- och uppföljningssystem kan detta material utgöra ett underlag, liksom i Socialstyrelsens arbete med mest sjuka äldre.

Rapportens projektledare och huvudförfattare har varit Anna Bennet. Erik Onelöv och Gudrun Jonasdottir-Bergman har utfört de statistiska analyserna. I arbetsgruppen har Gert Alaby, Gunilla Fahlström och Max Köster ingått. Mikael Fabel har bidragit som informatör. Ansvarig enhetschef har varit Birgitta Stegmayr.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	5
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	8
<i>Metod</i>	10
Vilka register används och något om dem	10
Avgränsningarna baseras på sjukvård och omsorg	11
Avgränsning av mest sjuka äldre med omfattande sjukvård	12
Multisjuklighet	13
Slutenvård och öppen specialistvård	13
Avgränsning av mest sjuka äldre med omfattande omsorg	14
Särskilt boende och hemtjänst	14
<i>Resultat</i>	16
Mest sjuka äldres fördelning per ålder och kön	16
Tre målgruppsavgränsningar	17
Omfattande sjukvård och omfattande omsorg	17
Omfattande omsorg	18
Omfattande sjukvård eller omfattande omsorg	19
<i>Diskussion</i>	21
Avgränsningarnas användning	21
Potentiella brister i analysen	22
<i>Referenser</i>	23

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen ett flertal uppdrag som en del i arbetet med att förbättra förhållandena för gruppen mest sjuka äldre. Ett av uppdragen innebär att utveckla ett indicatorsystem och göra en baslinjeundersökning av de mest sjuka äldres situation. Som en del av detta regeringsuppdrag presenterar vi här tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre. Dessa behövs för att kunna utveckla ett statligt styrsystem inom området och för att Socialstyrelsen ska kunna genomföra de uppdrag som ligger på myndigheten.

I arbetet med att ta fram operationella avgränsningar för gruppen mest sjuka äldre, har vi utgått från att mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Vi belyser omsorgs- och sjukvårdsbehov som ett mått på funktionstillstånd och utgår från nationella hälsodata- och socialtjänstregister. Registrens begränsade information gör att det inte är möjligt att identifiera personer som vårdas främst av anhöriga i ordinärt boende utan samtidig kontakt med öppen specialistvård eller slutenvård.

Vi föreslår tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre:

1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre utgörs av personer med **omfattande sjukvård och omfattande omsorg**. År 2008 utgjorde denna grupp 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (29 000 personer).
2. Förutom kärngruppen, innefattar avgränsningen ”**omfattande omsorg**” ytterligare personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen. De flesta i denna grupp är sannolikt helt beroende av hjälp för att klara av vardagliga aktiviteter. Med omfattande omsorg menas: permanent särskilt boende, beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, korttidsboende eller beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). År 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre (154 000 personer).
3. Den vidaste avgränsningen innefattar samtliga personer med **omfattande sjukvård eller omfattande omsorg**. Denna avgränsning kan exempelvis användas när kärngruppen ger otillräckligt underlag för att kunna statistiskt säkerställa skillnader mellan grupper, såsom i jämförelser mellan mindre kommuner. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. År 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (286 000 personer).

Vilken avgränsning som är mest ändamålsenlig beror på vilken frågeställning som ska belysas. I regeringens fortsatta arbete med att utveckla ett nationellt styrnings- och uppföljningssystem kan detta material utgöra ett underlag, liksom i Socialstyrelsens arbete med mest sjuka äldre.

Bakgrund

Regeringen har tillsatt en nationell samordnare för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Arbetet bedrivs i samverkan mellan Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. I det arbetet har förbättringsområden identifierats. Avsikten är att från och med 2012 stimulera förbättringar inom dessa områden genom statliga prestationsersättningar till kommuner och landsting. För detta krävs återkommande kartläggningar av läget inom vården och omsorgen för att beskriva förändringar inom valda förbättringsområden.

Det är högt prioriterat att förbättra situationen för de mest sjuka äldre. Regeringen gav under sommaren 2011 Socialstyrelsen ett flertal uppdrag som avser att kartlägga, utveckla och analysera vården och omsorgen som ett led i arbetet att direkt förbättra förhållandena för gruppen mest sjuka äldre. Satsningarna omfattar bland annat förbättringsarbeten inom läkemedelsanvändning, kommunala omsorgsinsatser, demensvård och samordningen mellan kommunala och landstingsdrivna insatser. Ett av uppdragen är att utveckla ett indicatorsystem och göra en baslinjeundersökning.

För att kunna utveckla ett statligt styrsystem inom området krävs en operationell avgränsning av begreppet mest sjuka äldre. Det behövs även för att Socialstyrelsen ska kunna genomföra de uppdrag som ligger på myndigheten. Det gäller inte minst för uppdraget att utveckla indikatorer och genomföra en baslinjeundersökning.

Målet med detta projekt är att, med utgångspunkt i en definition av mest sjuka äldre, ta fram tre alternativa operationella avgränsningar av personkretsen med hjälp av data i befintliga register. Målgruppsavgränsningarna skall vara operationella och ta hänsyn till relevanta aspekter av sjukdomstillstånd, funktionstillstånd och omsorgsbehov. Tidigare målgruppsavgränsningar visar en stor spännvidd ifråga om antal personer som inkluderas. Fragtioni (1) fann till exempel att personkretsen kan variera från 25 procent av äldre personer 75 år och äldre till 70 procent av dessa, beroende på vilken avgränsning man väljer. För den nationella styrningen och uppföljningen krävs en enda entydig avgränsning av personkretsen. Men för andra syften och sammanhang kan andra avgränsningar vara lämpligare. Exempelvis kan det ibland vara lämpligt att använda den avgränsning som baseras endast på äldreomsorgens omfattning om man önskar undersöka slutenvårdskonsumtionen i gruppen.

Som utgångspunkt för detta arbete användes en avgränsning av målgruppen som utvecklats för litteratur- och kunskapssammanställningar inom ramen för regeringsuppdraget om kunskap rörande de mest sjuka äldre (dnr/13886/2009). De mest sjuka äldre sammanfattas där som äldre personer som är sköra, funktionshindrade, omsorgsberoende och/eller har omfattande sjukvård (2). Denna beskrivning fungerar väl i dagligt tal och för urval av vetenskapliga underlag, men den ger inte tillräckligt stöd för en målgruppsavgränsning. Det behövs också operationella målgruppsavgränsningar för

att kunna följa upp Socialstyrelsens uppdrag och satsningar av olika slag på ett enhetligt sätt.

I detta arbete använder vi följande definition av de mest sjuka äldre:

Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Vår ambition är att utgå från äldre personers funktionstillstånd. Orsakerna till nedsättningar i funktionstillståndet kan vara många. En enda svår funktionsnedsättning eller flera i kombination kan ge betydande svårigheter i personens livsföring. I sin tur kan orsakerna till funktionsnedsättningen vara flera skador och sjukdomar eller en enda, svår sådan. Då det inte finns några tillförlitliga mått på funktionstillstånd i de nationella registren belyser vi istället omsorgs- och sjukvårdsbehov som ett mått på funktionstillstånd. Avgränsningarna utgår därför inte från enskilda diagnoser.

För nationell uppföljning är det en fördel om befintliga nationella register kan användas. Dessa gör det också möjligt att redovisa uppgifter på landstings- och kommunnivå. Därför använder vi den information som finns tillgänglig i Socialstyrelsens nationella hälsodata- och socialtjänstregister. Genom att samköra dessa register kan således de personer som skall anses ingå i målgruppen identifieras. Denna typ av registerbaserad avgränsning har fördelen att det går relativt snabbt att sammanställa de uppgifter som behövs utan att begära in ytterligare uppgifter från andra myndigheter eller från lokala registerhållare. Det är också betydelsefullt att data registreras på samma sätt över hela landet. Nackdelen är att registrens innehåll är begränsat och att det kan uppkomma regionala skillnader som härrör från variationer i exempelvis handläggning och administration.

Metod

Vilka register används och något om dem

Baserat på patientregistret, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (även kallat SoL-registret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (även kallat LSS-registret) har Socialstyrelsen tagit fram tre operationella avgränsningar. Uppgifterna som redovisas i denna rapport baseras på 2008 års register men metodiken kan likaväl tillämpas för andra år.

Information om sjukvård har samlats in från patientregistrets sluten- och öppenvårdsdelar. Patientregistret uppdateras årligen och innehåller uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård, läkarbesök med kirurgisk åtgärd samt läkarbesök i öppen specialiserad vård. För varje inskrivningstillfälle registreras bland annat datum och huvuddiagnos. För varje inskrivningstillfälle i slutenvård registreras också antalet dygn patienten vårdas. Insatser från hemsjukvård eller primärvård finns inte i statistiken. För detta arbete har specifika diagnoser endast använts för att identifiera personer som uppfyller kriterierna för multisjuklighet. I övrigt är arbetet baserat på antal inskrivningstillfällen och den totala vårdtiden.

Information om kommunal äldreomsorg finns insamlade på individnivå i det nationella SoL-registret. Registret innehåller information om de individer som har biståndsbeslutade insatser enligt socialtjänstlagen. Här ingår beslut om permanent särskilt boende, hemtjänst och korttidsboende. För beslut om hemtjänst redovisas även antalet hjälptimmar per månad som beviljats. Serviceinsatser utan individuellt biståndsbeslut ingår inte i statistiken. Uppgifter till registret samlas in en gång per år. Uppgifterna som använts här beskriver vilka individer som var mottagare av sådana insatser 30 juni 2008.

Den nivå av omsorg som erbjuds på de olika typer av enheter som går under samlingsnamnet permanent särskilt boende varierar kraftigt. I begreppet innefattas allt ifrån anläggningar där de boende har egna lägenheter men tillgång till viss service, till boenden för personer med behov av omfattande insatser dygnet runt. I SoL-registret finns det inte möjlighet att skilja på olika boendeformer och därmed inte heller skilja på omfattningen av den omsorg som ges på boendet. Det finns endast en variabel för ”permanent särskilt boende” och för dessa målgruppsavgränsningar har alla som faller inom denna grupp inkluderats.

Förutom permanent särskilt boende och hemtjänst innehåller SoL-registret även information om vilka som har beslut om korttidsboende vid den tidpunkt uppgifterna samlades in. Korttidsboende är ett tillfälligt boende och personer kan vistas där under olika lång tid eller i flera episoder under ett år. Registret ger en bild över vilka individer som har ett beslut om korttidsboende. Det går inte att uppskatta hur lång tid en person har vistats på korttidsboende och det är därmed inte möjligt att se vilka individer som har

omfattande tid på korttidsboende. Socialstyrelsens tidigare utredningar visar att de som hade beslut om korttidsboende 30 juni 2008 har hög dödlighet och omfattande kontakt med slutenvården (2). Samtliga personer med beslut om korttidsboende bör därför ingå i gruppen mest sjuka äldre.

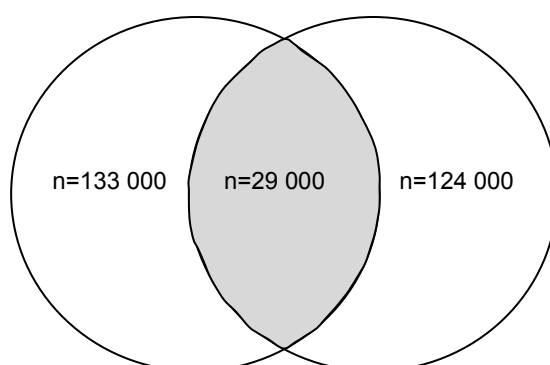
I projektet inkluderas också personer 65 år och äldre som 1 oktober 2008 var mottagare av insatser enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). Dessa identifieras ur registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS-registret) som samlas in en gång per år. För att få beviljat en insats enligt LSS krävs att en person har omfattande funktionsnedsättningar som ofta är en konsekvens av betydande skada eller medfödd sjukdom. Denna grupp bör på grund av sitt omfattande omsorgsbehov ingå i målgruppen mest sjuka äldre. Knappt 5 000 personer i åldersgruppen 65 år och äldre omfattades av dessa insatser 2008.

Avgränsningarna baseras på sjukvård och omsorg

Vi har valt att operationellt avgränsa gruppen mest sjuka äldre genom 1) sjukvårdens omfattning och 2) nivå av kommunal äldreomsorg. Dessa två grupper utgör basen för de tre avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre som tagits fram. I denna rapport ingår alla som har omfattande sjukvård eller omfattande omsorg i den bredaste målgruppsavgränsningen. En annan avgränsning består av de personer som har omfattande omsorg. Det finns också en överlappning mellan grupperna omfattande sjukvård och omfattande omsorg. Överlappningen mellan ”omfattande sjukvård” och ”omfattande omsorg” utgör den mest restriktiva målgruppsavgränsningen av mest sjuka äldre. I denna grupp avgränsas alltså mest sjuka äldre som personer med multisjukvård och/eller hög vårdkonsumtion samt omfattande äldreomsorg. Avgränsningarna illustreras i figur 1.

En undre åldersgräns för gruppen mest sjuka äldre har satts vid 65 år även om Socialstyrelsen i sin tidigare publicerade definition angav en undre åldersgräns på 75 år för multisjuka (3). Gränsen har satts vid 65 år då vi anser att alla som uppfyller definitionsriterierna skall kunna kallas tillhöra gruppen mest sjuka äldre. För att bättre passa syftet för enskilda projekt kan det ibland vara lämpligt att anpassa denna gräns.

Figur 1. Schematisk illustration över de olika kriterier som avgränsar grupperna med omfattande sjukvård och omfattande omsorg. Den skuggade delen visar hur kategorierna överlappar.



Omfattande sjukvård

- Uppfyllede kriterierna för multisjuk under året
- eller fler än 19 vård dagar i slutenvård under ett år
- eller fler än 7 inskrivnings-tillfällen i öppen vård under ett år
- eller fler än 3 inskrivnings-tillfällen i slutenvård under ett år

Omfattande omsorg

- Bor permanent i särskilt boende
- eller beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst i ordinärt boende
- eller beslut om insats enligt LSS
- eller beslut om korttidsoende

Avgränsning av mest sjuka äldre med omfattande sjukvård

Omfattande sjukvård utgör en viktig del i avgränsningen av mest sjuka äldre. Det är svårt att definiera vad som menas med ”omfattande” men för denna operationella målgruppsavgränsning avgränsas personer med omfattande sjukvård som personer som uppfyller minst ett av följande kriterier:

- Uppfyllt kriterierna för multisjuk under året
- Fler än 19 dagar i slutenvård per år
- Fler än 3 inskrivningar i slutenvård per år
- Fler än 7 besök till specialistläkare i öppen vård per år

Mest sjuka äldre med omfattande sjukvård består således av personer som uppfyller kriterierna för Socialstyrelsens tidigare publicerade definition av multisjuka (personer som under en 12 månadersperiod har varit inskrivna inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10) (3). Dessutom består denna grupp av individer med lång vårdtid på sjukhus eller många besök i slutenvård och öppen specialistvård. Multisjuklighet och mycket sluten- och öppen vård utgör därmed delmängder som tillsammans bildar avgränsningskategorin ”omfattande sjukvård”. Det hade varit värdefullt att kunna identifiera personer som vårdats inom primärvården i hög utsträckning. Uppgifter från Swedish National Study on Ageing and Care-studien

(SNAC) (4, 5) visar dock att det finns en hög samvariation mellan antalet besök i slutenvården och öppenvården och antalet läkarbesök i primärvården. Patientregistret avspeglar därmed relativt väl sjukvårdskonsumtionsmönstret hos enskilda individer.

Uppdelat på kategorier av omsorgens omfattning framgår det tydligt att variablerna multisjuka, >19 vårddagar och >3 slutenvårdstillfällen fördelar sig relativt lika (Tabell 1). Knappt 10 procent av personerna i någon av dessa kategorier bor permanent i särskilt boende, 3 procent har 100 eller fler hemtjänsttimmar, 6 procent har 50-99 hemtjänsttimmar och fyra procent har 25-49 timmar per månad. Antalet tillfällen i öppen specialistvård skiljer sig däremot från mönstret vad gäller slutenvårdsvariablerna. 89 procent av äldre med fler än 7 öppenvårdstillfällen har ingen kommunal omsorgsinsats. För slutenvårdsvariablerna är motsvarande siffra 70-74 procent. Öppenvården kan därmed vara en viktig hjälp för att identifiera mest sjuka äldre som inte finns med i socialtjänstregistren, det kan till exempel vara personer som har mycket anhörigstöd.

Tabell 1. Fördelning av sjukvårdsvariablerna över kategorier av omsorgens omfattning.

Sjukvårdens omfattning	Omsorgens omfattning						Särskilt boende	Total
	0 timmar	1-24 timmar	25-49 timmar	50-99 timmar	100+ timmar			
Multisjuka	70%	7%	4%	6%	3%	10%	100%	
>19 vårddagar	70%	7%	4%	6%	3%	9%	100%	
>3 slutenvårdstillfällen	74%	6%	4%	6%	3%	7%	100%	
>7 öppenvårdstillfällen	89%	4%	1%	2%	1%	3%	100%	

Multisjuklighet

I enlighet med Socialstyrelsens tidigare publikation (2) har multisjuklighet beskrivits som personer som under en 12 månadersperiod har varit inskrivna inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10. För att kunna uppfylla kriterierna för multisjuklighet under ett visst år är en förutsättning att minst ett av diagnostillfällen innefaller det året. Därmed är det också möjligt att två av diagnostillfällena innefaller under det föregående kalenderåret. Det är tvunget att alla tre tillfällen innefaller under 12 månader. Med ”diagnosgrupper” avses här diagnoskapitel I-XXII av klassifikationssystemet ICD-10. Endast huvuddiagnoser har beaktats. En programmeringskod för att identifiera multisjuka personer ur patientregistret, skrivet för statistikmjukvaran SAS, finns tillgängligt under diarienummer 27634/2011, dokumentreferens ”SAS-kod”.

Slutenvård och öppen specialistvård

Eftersom gruppen mest sjuka äldre skall avgränsas utifrån behov av vård och omsorg har vi valt att inte utgå från specifika diagnoser i arbetet med att ta fram dessa målgruppsavgränsningar. Istället beräknas summan av antalet inskrivningar i slutenvården och öppenvården per kalenderår samt antalet

dagar vårdade på sjukhus per kalenderår, som mått på vårdbehov och funktionstillstånd.

Bland de personer som inte redan uppfyllde kriterierna för multisjuklighet användes vårdbehovsvariablernas fördelning för att finna en lämplig gräns för brytpunkten mellan vad som kan betraktas som omfattande och icke omfattande sjukvård (så kallade cut-off gränser). Syftet med detta var att hitta gränser som kunde identifiera personer med omfattande vårdkonsumtion, vara praktiska och som skulle ge en tillräckligt stor, men inte alltför stor, målgrupp. Ett annat mål var att slutenvårdsvariablerna, uppdelat på kategorier om omsorgens omfattning, skulle fördela sig liknande som hos gruppen multisjuka. Gränsen för antalet vårddagar sattes till fler än 19 (likvärdigt med 20 eller fler) vårddagar på ett år och gränsen för antalet besök i öppen vård sattes till fler än 7 besök (likvärdigt med 8 eller fler). Detta motsvarar 95:e percentilgränsen för dessa variabler. Gränsen för antalet slutenvårdstillfällen sattes vid fler än 3 tillfällen motsvarande 99:e percentilgränsen (likvärdigt med 4 eller fler tillfällen). Spridningen i denna variabel är så liten att det inte är praktiskt möjligt att sätta en lägre gräns.

Avgränsning av mest sjuka äldre med omfattande omsorg

Mest sjuka äldre omfattar personer med omfattande omsorg. Det är svårt att definiera vad som menas med ”omfattande” men för denna operationella målgruppsavgränsning, är personer med omfattande omsorg individer som uppfyller minst ett av följande kriterier:

- Bor permanent i särskilt boende
- Har beviljats beslut om 25 eller fler hemtjänsttimmar per månad i ordinarie boende
- Har beviljats beslut om insats med stöd enligt LSS
- Har beviljats beslut om korttidsboende

Särskilt boende och hemtjänst

För att överensstämna med Socialstyrelsens övriga statistik delades hemtjänstens omfattning per månad in i kategorierna 1-24 timmar, 25-49 timmar, 50-99 timmar och 100 timmar eller fler. I denna rapport avses endast hemtjänst i ordinärt boende.

Kategorierna 50-99 och 100 eller fler hemtjänsttimmar per månad är väldigt lika avseende antal vårddagar och antal slutenvårdstillfällen. Antalet vårddagar (medel) är 17,3 och 18,0 dagar för de respektive kategorierna. För antalet slutenvårdstillfällen är motsvarande värden 1,8 respektive 1,9 tillfällen (tabell 2). Liknande förhållande syns inte för antalet besök i öppen specialistvård i relation till omsorgens omfattning. Eftersom sjukvården i grupperna hemtjänst 50-99 och 100+ timmar är lika bör därför samtliga i dessa grupper ingå i avgränsningen av vad som menas med ”omfattande omsorg”.

Vi valde också att inkludera personer med 25-49 timmar hemtjänst per månad i gruppen med ”omfattande omsorg”. Från tabell 2 framgår det tydligt att sjukvårdskonsumtionen är högre i denna grupp än bland personer

med 1-24 timmar eller 0 timmar hemtjänst per månad. Dessutom är funktionstillståndet i denna grupp nedsatt. I ett pågående arbete om gruppen mest sjuka äldre har man använt den detaljerade information som finns tillgänglig i Kungsholmsdelen av kohortstudien SNAC (4). Preliminära resultat från denna studie visar att tre av fyra äldre med minst 25 timmar hemtjänst per månad är helt I-ADL beroende (beroende av hjälp med aktiviteter i dagligt liv) och man anser att den lägre gränsen för vad som innefattar ”omfattande omsorg” bör sättas vid denna nivå (5). De som har färre beviljade timmar är väsentligt mindre funktionsnedsatta

Tabell 2. Sjukvårdsvariablernas fördelning bland personer med äldreomsorg.

	Omsorgens omfattning					
	0 timmar	1-24 timmar	25-49 timmar	50-99 timmar	100+ timmar	Särskilt boende
Antal vård dagar (medel)	4,5	9,1	13,3	17,3	18,0	8,9
Antal slutenvårdstillfällen (medel)	0,6	1,1	1,5	1,8	1,9	1,1
Antal öppenvårdstillfällen (medel)	3,2	3,3	3,1	3,5	3,7	2,3

Resultat

Vilka är de mest sjuka äldre? Tre operationella avgränsningar:

1. **Omfattande sjukvård och omfattande omsorg.** Personer som har omfattande sjukvård *och* har omfattande omsorg. Denna grupp utgör kärnan av målgruppen mest sjuka äldre. 2008 utgjorde denna grupp 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (29 000 personer).
2. **Omfattande omsorg:** Personer som bor permanent i särskilt boende, har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, har beslut om stöd enligt LSS eller har beslut om korttidsboende. I denna grupp ingår målgrupp 1 enligt ovan, samt övriga personer med omfattande omsorg. 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre (154 000 personer).
3. **Omfattande sjukvård eller omfattande omsorg:** Personer som har omfattande sjukvård *eller* har omfattande omsorg. I denna grupp ingår målgrupp 1 och 2 enligt ovan, samt ytterligare personer med omfattande sjukvård. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (286 000 personer).

Totalt, uppfyllde 286 000 personer (61 procent kvinnor) kriterierna för antingen omfattande vård eller omfattande omsorg år 2008. Av dessa uppfyllde 154 000 uppfyllde kriterierna för ”omfattande omsorg” (69 procent kvinnor). Där dessa två grupper överlappar fanns 29 000 personer (64 procent kvinnor) vilka därmed uppfyller kriterierna för ”omfattande sjukvård *och* omfattande omsorg”.

Efter ett års uppföljning var 67 procent av de med omfattande sjukvård och omsorg, 76 procent av de med omfattande omsorg och 78 procent av de med omfattande sjukvård eller omsorg fortfarande i livet.

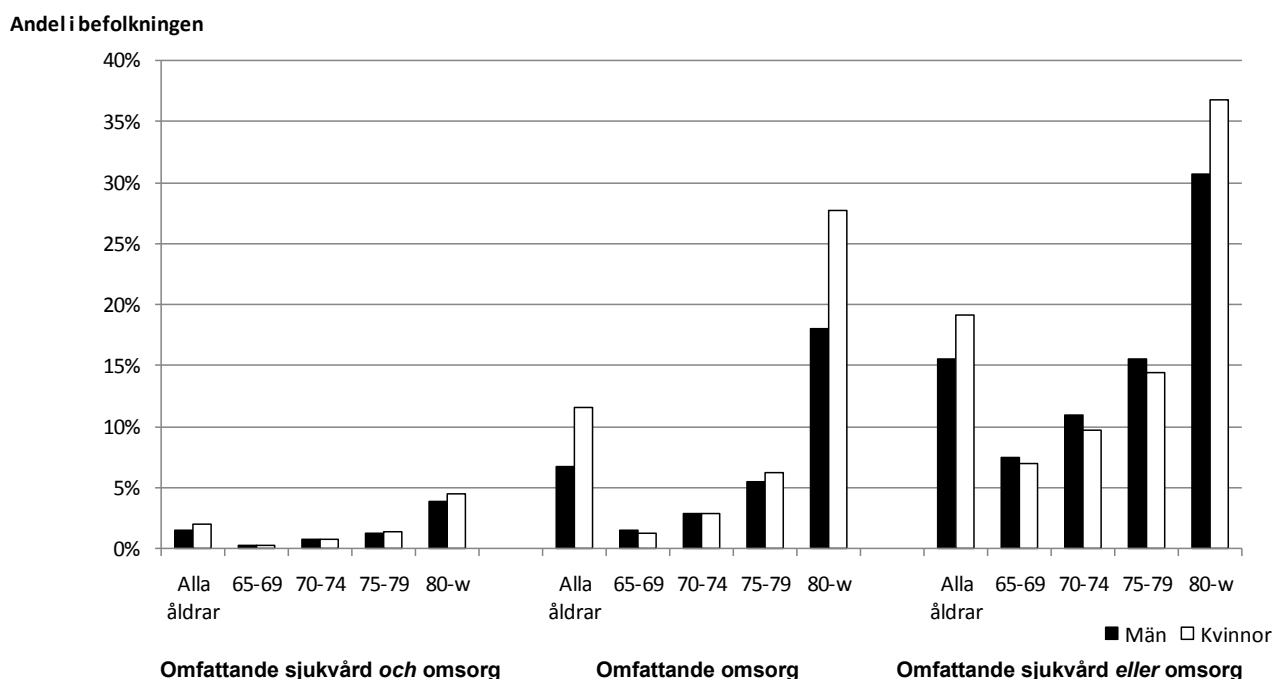
Mest sjuka äldres fördelning per ålder och kön

Det är ungefär lika stora andelar män och kvinnor som uppfyller de olika avgränsningarna för mest sjuka äldre, uppdelat på åldersgrupper. Undantaget är i gruppen 80 år och äldre, där en betydligt större andel kvinnor är män uppfyller avgränsningskriterierna för ”omfattande omsorg”. Totalt sett är också förekomsten av ”omfattande omsorg” något mindre hos männen än hos kvinnorna (7 procent jämfört med 12 procent). Omfattande sjukvård (visas ej i figuren) är lika vanligt förekommande hos män och kvinnor (9 procent respektive 8 procent). Skillnaden i omsorgsmönstret kan bero på att

män, i större utsträckning än kvinnor, bor tillsammans med någon som kan hjälpa dem om de blir sjuka och inte längre kan klara av vardagen själva.

Med stigande ålder ses en allt större andel av befolkningen uppfylla kriterierna för att klassificeras som mest sjuka äldre (Figur 2). Omkring 35 procent av befolkningen i den högsta åldersgruppen kan betraktas som mest sjuka äldre enligt den bredaste avgränsningen. Fyra procent i samma åldersgrupp är att betrakta som mest sjuka äldre enligt den mest restriktiva. Till skillnad från gruppen 80 år och äldre där 24 procent har omfattande omsorg är det endast några få procent av befolkningen 65-75 år som har omfattande omsorg. I denna yngsta grupp återfinns 99 procent av de i populationen som har insatser enligt LSS.

Figur 2. Andel (procent) av befolkningen 2008 som uppfyllde definitionskriterierna för de tre olika avgränsningarna för mest sjuka äldre.

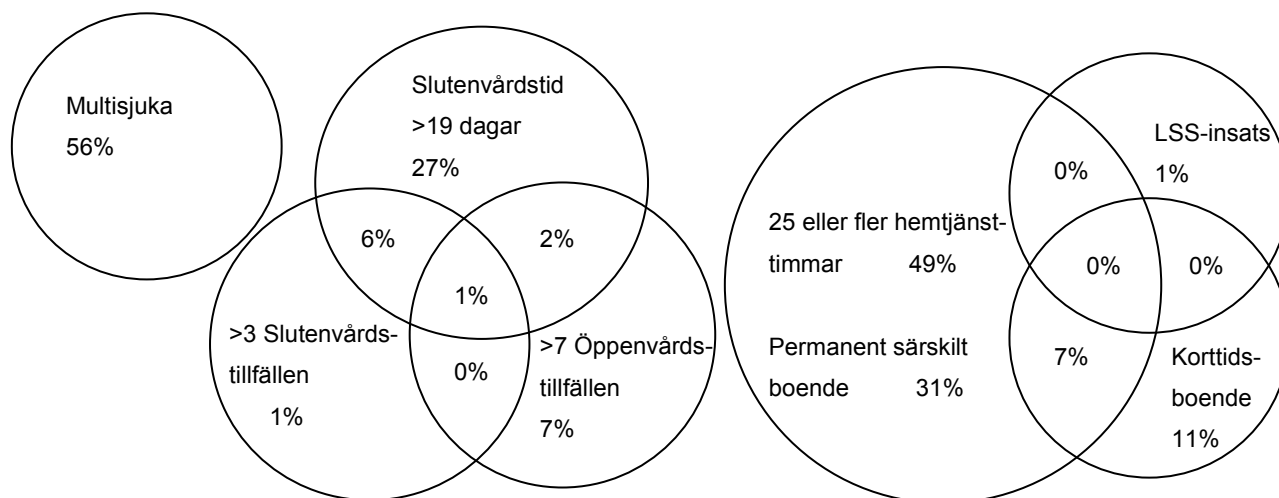


Tre målgruppsavgränsningar

Omfattande sjukvård och omfattande omsorg

År 2008 utgjordes denna grupp av 29 000 personer. Figur 3 visar hur omsorgsinsatser och sjukvårdskonsumtionen fördelar sig i denna grupp. Jämfört med hela gruppen ”omfattande sjukvård”, var det en något större andel som hade korttidsboende och något färre som hade 25 eller fler hemtjänsttimmar eller permanent särskilt boende i denna smalare definition. Bland de mest sjuka äldre som omfattades av denna definition.

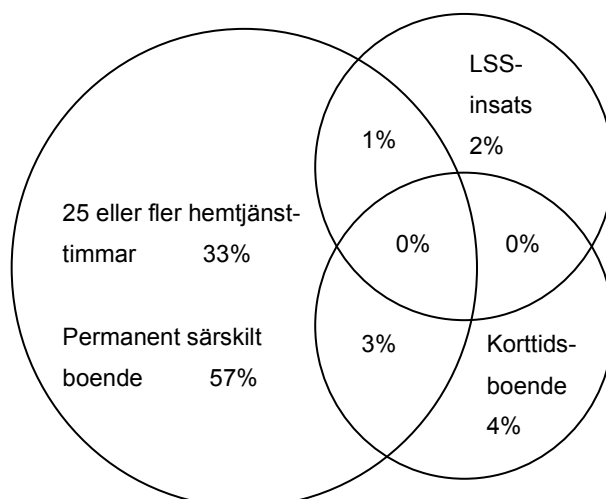
Figur 3. Fördelningen av sjukvård och omsorgsinsatser bland mest sjuka äldre med omfattande omsorg och omfattande sjukvård. Hemtjänstinsatsen avser personer i ordinärt boende. (Andelen i procent av de totalt 29 000 individer som ingår i gruppen)



Omfattande omsorg

Totalt hade fyra procent av personerna i gruppen "omfattande omsorg" beslut om korttidsboende och två procent hade LSS-insats (figur 4). Ytterligare tre procent hade beslut om korttidsboende kombinerat med 25 eller fler hemtjänsttimmar eller permanent särskilt boende. 90 procent (138 000 personer) av personerna som ingår i gruppen "omfattande omsorg" hade uteslutande hemtjänst eller permanent särskilt boende. Av dessa bodde 61 procent permanent i särskilt boende.

Figur 4. Andel av samtliga i gruppen "omfattande omsorg" som har 25 eller fler hemtjänsttimmar per månad i ordinärt boende, permanent särskilt boende, LSS-insats och/eller korttidsboende.



Omfattande sjukvård eller omfattande omsorg

Avgränsningen ”omfattande sjukvård eller omfattande omsorg” innefattar samtliga med omfattande omsorg. Dessutom ingår en grupp äldre som har omfattande sjukvård men som inte har omsorg i tillräckligt stor utsträckning för att uppfylla kriterierna för avgränsningen ”omfattande omsorg”. Personerna som omfattas av gruppen ”omfattande sjukvård” men inte av ”omfattande omsorg” har ofta vissa kommunala insatser. Insatserna är dock inte tillräckligt stora för att personen ska uppfylla inklusionskriterierna för ”omfattande omsorg”.

Inom gruppen mest sjuka äldre med omfattande sjukvård eller omsorg var det endast 38 procent som helt saknade biståndsbeslutad kommunal äldreomsorgsinsats. Sju procent hade en biståndsbeslutad insats som inte ingår i biståndsbeslut om hemtjänst, till exempel trygghetslarm i ordinärt boende. Alla övriga har någon form av omsorgsinsats (tabell 3). Givet graden av sjuklighet som föregår sjukvård av den omfattning som beskrivs av ”omfattande sjukvård”, är det troligt att personer inom denna grupp även har mycket hjälp av anhöriga. Tyvärr går det inte att bekräfta denna hypotes utifrån den information som finns tillgänglig i de register som har använts här och som Socialstyrelsen har ansvar för.

Tabell 3. Omsorgens omfattning i tre olika operationella avgränsningar för gruppen mest sjuka äldre.

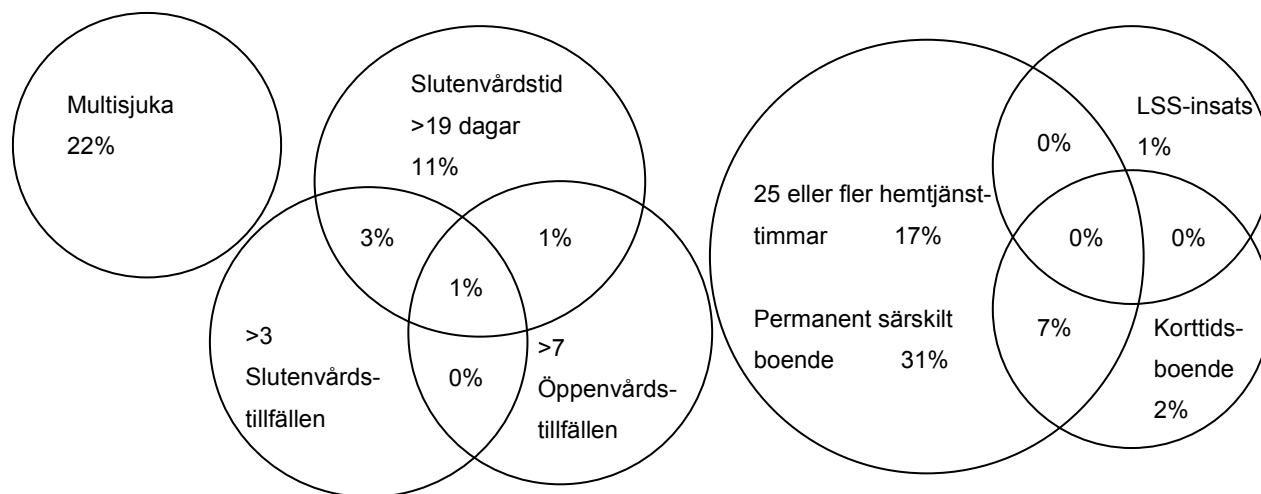
	Omfattande sjukvård och omsorg	Omfattande omsorg	Omfattande sjukvård eller omsorg
Ingen kommunal äldreomsorg*	0%	0%	38%
0 tim hemtjänst	0%	0%	7%
1-24 tim hemtjänst	2%**	1%**	4%
25-49 tim hemtjänst	16%	13%	7%
50-99 tim hemtjänst	22%	13%	7%
100+ tim hemtjänst	10%	6%	3%
Särskilt boende	39%	61%	33%
Endast LSS eller korttidsboende	10%	6%	3%
Totalt	100%	100%	100%

* Personer som inte fanns med i SoL-registret eller LSS-registret 2008.

** Dessa personer har hemtjänst i kombination med LSS-insats eller beslut om korttidsboende.

Procenttalen i figur 5 anger fördelningen av de olika delmängderna som utgör gruppen mest sjuka äldre med omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Totalt ingår 287 000 individer i denna grupp. Bland personerna inom gruppen var 22 procent multisjuka och 34 procent hade mer än 19 dagar slutenvårdstid, fler än sju öppenvårdstillfällen eller fler än 3 slutenvårdstillfällen. 54 procent uppfyllde något av kriterierna för omfattande omsorg (25 eller fler timmar hemtjänst, korttidsboende eller LSS-insats).

Figur 5. Fördelningen av sjukvård och omsorgsinsatser bland mest sjuka äldre med omfattande omsorg eller omfattande sjukvård. (Andelen i procent av de totalt 286 000 individer som ingår i gruppen)



Diskussion

Avgränsningarnas användning

Utgångspunkten för arbetet var att äldre personer med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd är mest sjuka äldre. De tre avgränsningar av gruppen som har tagits fram här med utgångspunkt i en definition, anger olika nivåer och därmed varierande omfattning av målgruppen. Våra avgränsningar beskriver en grupp människor med tät kontakt med landstingsdriven vård och/eller som får omfattande omsorgsinsatser. Avgränsningarna kan användas som de är eller kan de anpassas något beroende på i vilket syfte de ska användas. Till exempel kan man välja en annan nedre åldersgräns än 65 år. Förutom de tre målgruppsavgränsningar som föreslås här: ”omfattande sjukvård och omsorg”, ”omfattande omsorg” och ”omfattande sjukvård eller omsorg” kan man också tänka sig en fjärde avgränsning. I denna kunde samtliga personer som uppfyller kriterierna för ”omfattande sjukvård” ingå. Då får man en grupp med generellt omfattande vårdbehov men som, av någon anledning, inte nödvändigtvis också har biståndsbeslutade omsorgsinsatser.

Kärnan i målgruppen mest sjuka äldre utgörs av de personer som uppfyller kriterierna för den snävaste avgränsningen omfattande sjukvård *och* omfattande omsorg. I denna grupp ser vi personer som behöver hjälp från sin omvärld för att klara vardagliga aktiviteter. Personerna i gruppen har omfattande kontakt med den landstingsdrivna sjukvården och omfattande hjälpinsatser från kommunen eller enskilda omsorgsgivare. En förutsättning för att deras situation skall fungera är därigenom också att det finns fungerande samordningssystem som gör att den enskilde får den hjälp han eller hon, samt dennes anhöriga, behöver.

Beroende på i vilket syfte gruppen mest sjuka äldre skall identifieras, kan det dock vara lämpligt att ibland använda någon av de andra, bredare avgränsningarna. Om man med mest sjuka äldre avser personer som är beroende av omsorg kan avgränsningen ”omfattande omsorg” vara mest lämplig för att identifiera målgruppen. Gruppen är större än kärnpopulationen men, till skillnad från den bredaste avgränsningen, är dess omsorgsinsatser så pass omfattande att man kan anta att de flesta i målgruppen har stora funktionsnedsättningar och att de sannolikt också är helt I-ADL beroende.

För jämförelser mellan kommuner och landsting, till exempel utifrån olika indikatorer, finns det anledning att använda den bredaste avgränsningen ”omfattande sjukvård *eller* omsorg”. Det finns två skäl till varför en bredare avgränsning kan vara mer lämplig här. I den smalaste avgränsningen blir antalet mest sjuka äldre så få att det är möjligt att det inte finns ett tillräckligt stort underlag för att statistiskt kunna säkerställa skillnader i de minsta kommunerna. Dessutom är den större gruppen mer heterogen med avseende på omsorgens och vårdens omfattning. Detta minskar risken för att utfallet påverkas av regionala skillnader i vårdadministration, rutiner kring bi-

ståndshandläggning, rutiner kring in- och utskrivningar i slutenvården etcetera.

Potentiella brister i analysen

På grund av den begränsade information registren innehåller, ger avgränsningarna som beskrivs här en ganska grov uppskattning av vilka som utgör målgruppen. En finare indelning kunde exempelvis göras med tillgång till uppgifter om funktionshinder eller demenssjukdom/demensboende. Vi har inte heller haft möjlighet att inkludera andra potentiellt viktiga mått på sjukvård som är av potentiell relevans för avgränsning av målgruppen. Registrens bristande information gör att det inte är möjligt att identifiera personer med uteslutande primärvårdskontakt eller kommunal hälso- och sjukvård. Avgränsningarna missar därmed dessa mest sjuka äldre som egentligen tillhör målgruppen. Det kan exempelvis röra sig om personer med kognitiv svikt, eventuellt i kombination med andra kroniska sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar, det vill säga diagnoser som framförallt behandlas utanför slutenvård och öppen specialistvård. Uppgifter från SNAC-studien (5) visar dock att det finns en hög samvariation mellan antalet besök i slutenvården och öppenvården och antalet läkaresök i primärvården och patientregistret därmed relativt väl avspeglar sjukvårdskonsumtionsmönstret hos enskilda individer.

Socialstyrelsen har satt en lägsta nivå för vad som kan betraktas som omfattande sjukvård och omfattande hemtjänst. Det finns därmed en risk att personer i målgruppen hamnar precis utanför kriterierna för ”omfattande sjukvård” eller för ”omfattande omsorg”. Alternativt kunde man vikta de olika variablerna för att beräkna en total vård- eller omsorgsmängd och utifrån denna bestämma var gränsen för ”omfattande sjukvård” eller ”omfattande omsorg” bör ligga. Förutom att det är svårt att hitta lämpliga vikter finns även här problemet med att hitta en gräns för vad som skall anses som omfattande.

Av praktiska skäl är denna utredning baserad på information från 2008 men kan tillämpas på andra årtal då samma information finns tillgängliga i de nationella, individbaserade registren. Det som begränsar jämförelser över tid är SoL-registret. Detta finns insamlat på individnivå för 2007 och registret för 2010 färdigställs under hösten 2011, men det finns inga tillförlitliga data från 2009. Patientregistret och registret om LSS finns däremot för flera år bakåt. Socialstyrelsen har bestämt en brytpunkt för vad som kan betraktas som omfattande sjukvård och omfattande hemtjänst. Värdet för brytpunkten kommer i sin tur från fördelningen av dessa variabler. I takt med att landstingen omstrukturerar sina verksamheter från slutenvård till öppen vård kan också sjukvårdsvariablernas fördelning (och därmed värdet vid vilket brytpunkten sätts) ändras. Brytpunktsvärdet för vardera sjukvårdsvariabel bör därför kontrolleras och eventuellt anpassas, för varje kalenderår. För att få en bättre förståelse för avgränsningarnas generaliserbarhet över tid bör därför ytterligare analyser göras så snart 2010 års register finns tillgängliga.

Referenser

1. SOU 2010:48. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år; 2010
2. Uppgifter från Gunilla Fahlström, Socialstyrelsen. 2011-09-23
3. Lägesrapport. Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2002
4. Andersson, A. SNAC - The Swedish National Study on Aging and Care. Tillgänglig via www.snac.org; 2003
5. Uppgifter från Mårten Lagergren, Äldrecentrum. 2011-09-22