



Till Landstingsledamöter i Jönköpings län
Blekinge län
Kalmars län
Kronobergs län

Datum 141020

Före valet kämpade vi, alla pensionärsorganisationerna, för att få äldres frågor i fokus!

Trots att vi var/är drygt 26 % av valmanskåren, var det inget parti, som lyssnade och lyfte fram våra frågor?

Tvärtom, vet vi nu, att fördelningssystemet i landstingen lett till betydelsefulla neddragningar av resurser för i första hand 80+ människor, men också i ganska hög grad för 64-80 -åringar?

Mest pengar har gått över till 0-24-åringar, men även åldrarna 25-64 har fått ökad del av "våra" resurser (se bif. statistik 2013-2014 från distriktläkare Kjell Lindström, som arbetat med kvalitetsmätningar, kvalitetsarbete och förändringsarbete i Jönköpings län i 40 år)?

Våra uppgifter bekräftas också av forskningen genom professorerna i geriatrik, Yngve Gustavsson, Umeå och Gunnar Akner, Örebro samt ST-läkare i geriatrik i Stockholm, Carina Metzner, som oroas över neddragningarna i äldrevården (se bil. från Expressen 19 augusti 2014)

Inom SPF (Sveriges Pensionärsförbund) har vi 4-regionsmöten, ett nära samarbete mellan Jönköping, Blekinge, Kalmar och Kronobergs distrikt! Vid vårt senaste möte 14 okt 2014, beslutade vi enhälligt att skicka denna information till samtliga Landstingsledamöter med önskan om ett svar på frågan:

HUR KAN DETTA FÅ SKE?

Vi emotser svar snarast!

Vi som uttalar oss är samtliga ordförande i distrikten!

Vi representerar ca 32 000 SPF-medlemmar tillsammans!

Undertecknade är:

Anne-Christine Lind-Hammarström Jönköpings distrikt

Kjell G. G. Johansson

Blekinge distrikt

Chatrine Pålsson-Ahlgren

Kalmar distrikt

Åke Wenrup

Kronobergs distrikt

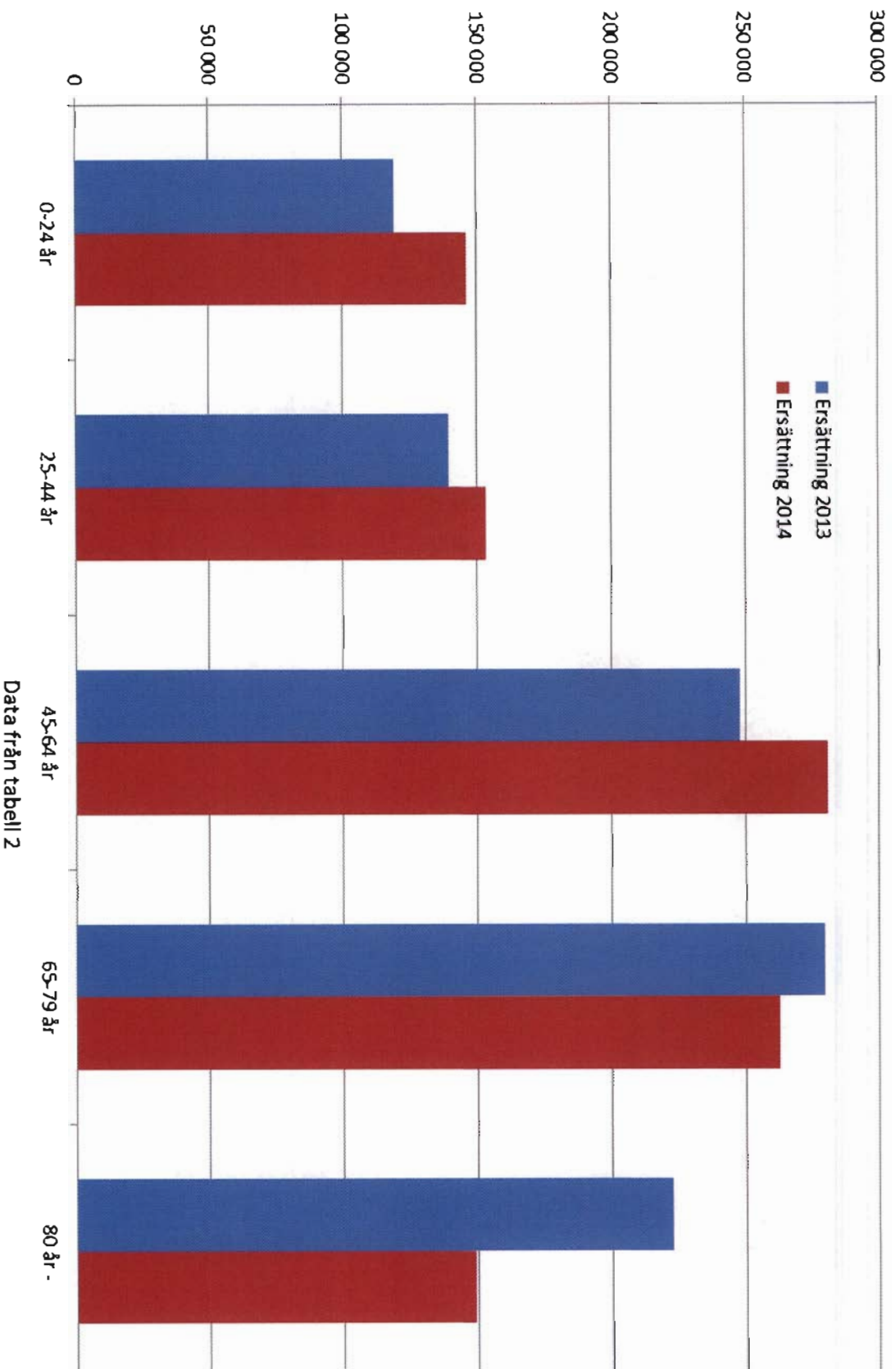
Äldres sjukvård nedprioriteras!

Kjell Lindström, distriktsläkare, Med Dr, 40-talist

Orsaker

- Organisatoriska förändringar
- Reformen t.ex. Vårdval
- Ersättningsystem t.ex. ACG, NPM

**Jämförelse ersättning enligt regelbok 2013 (KPP07, ACG 50%) vs 2014 (KPP10, ACG 75%).
Beräknat på befolkningen febr 2014**



Data från tabell 2

**ACG-systemet leder till att man får
betalt för det som görs**

EFTERFRÅGESTYRD VÅRD!

| Wasa | Antal diagnoser |
|-------|-----------------|
| J06-P | 337 |
| B34-P | 299 |
| I10- | 273 |
| E78- | 164 |
| M791 | 155 |
| R104P | 149 |
| E119 | 145 |
| Z27-P | 132 |
| F32- | 130 |
| Z719P | 129 |
| E66-P | 129 |
| M255 | 128 |
| M549P | 118 |
| F439P | 115 |
| M530 | 101 |
| T00-P | 94 |
| J45-P | 89 |
| Z02- | 83 |
| K30-P | 81 |
| K21- | 78 |

| Wetterhälisan | Antal diagnoser |
|---------------|-----------------|
| I10- | 1 474 |
| F419P | 1 245 |
| E78- | 1 034 |
| E66-P | 977 |
| F51- | 852 |
| F32- | 809 |
| J45-P | 745 |
| M791 | 563 |
| K21- | 424 |
| M255 | 406 |
| F33- | 346 |
| J304P | 316 |
| M545 | 298 |
| L309P | 281 |
| M17- | 275 |
| K30-P | 274 |
| E03- | 272 |
| I109 | 271 |
| H543 | 270 |
| M779P | 257 |

| Bankeryd | Antal diagnoser |
|----------|-----------------|
| I10- | 1 361 |
| I25-P | 412 |
| F51- | 386 |
| J45-P | 369 |
| E119 | 351 |
| E78- | 307 |
| M791 | 296 |
| M17- | 295 |
| F32- | 248 |
| J06-P | 238 |
| I48- | 232 |
| F33- | 226 |
| R238P | 206 |
| K30-P | 205 |
| B34-P | 202 |
| E03- | 197 |
| M545 | 185 |
| Z03- | 181 |
| J22-P | 177 |
| M16- | 176 |

Hur det borde vara!

Budskap till politikererna:

Sluta leka "affär" med äldreomsorg och primärvård!

Äldre slarvas i svensk sjukvård

Allvarliga systemfel i sjukvården leder till att äldre får låg vårdkvalitet och samhället av onödigt höga kostnader. Forskarna Gunnar Akner, Yngve Gustafson och Carina Metzner

Åldrande är den viktigaste riskfaktorn för att utveckla hälsoproblem och därför har äldre personer ofta flera samtidiga kroniska sjukdomar och tillstånd efter skador. En färsk utredning från myndigheten Vårdanalys visar att kronisk sjukdom är vanligt förekommande hos äldre:

85 procent av personer över 65 har minst en kronisk sjukdom, och 66 procent har två eller flera. Personer med kommunala omsorgsinsatser har i ännu högre grad (90 procent) kronisk sjukdom. Äldre personer dominerar därför inom alla delar av vårdsektorn; inom primärvården, på akutsjukhus och i kommunernas äldreomsorg.

Sjukvårdssystemet är dock inte utformat för personer med multisjuklighet och detta får särskilt negativa konsekvenser för äldre personer. Här är några exempel:

✓ **Fragmentering:** En lång rad utredningar i Sverige och många andra länder har lyft fram problem med fragmenterad och osammanhängande vård över tid för äldre personer med komplexa hälsoproblem. Detta beror på uppdelning på huvudmän (landsting-kommuner), vårdformer (sjukhus-primärvård), medicinska specialiteter och vårdyrkesgrupper samt att de ekonomiska ersättningsystemen kraftfullt styr mot fortsatt fragmentering.

✓ **Journaler:** De medicinska journalerna är inte inriktade på överblick och sammanhang för proaktiva bedömnings- och beslutsstöd, utan fungerar mer som retroaktiva, kronologiska dagböcker.

✓ **Utbildning:** Utbildningen av läkare och vårdpersonal i gerontologi (läran om det normala åldrandet) och geriatrik (läran om sjukdomar som har samband med åldrandet) är nästan försumbar för de flesta vårdyrkesgrupper. En svensk läkare får i genomsnitt cirka en veckas undervisning i geriatrik under 5,5 års grundutbildning. Under två procent av alla sjuksköterskor som arbetar i kommunernas äldreomsorg har vidareutbildning i geriatrik.

✓ **Forskning:** Det vetenskapliga underlaget för behandling av personer 65 år och äldre är mycket begränsat för isolerade sjukdomar, och särskilt när



GUNNAR AKNER
Gunnar Akner är professor i geriatrik vid Örebro universitet.



YNGVE GUSTAFSON
Yngve Gustafson är professor i geriatrik vid Umeå universitet.



CARINA METZNER
Carina Metzner är ST-läkare i geriatrik i Stockholm.

det gäller komplexa hälsoproblem. För åldersgruppen 75 år och äldre finns nästan inget vetenskapligt underlag för behandling. Orsaken är att äldre personer sedan många år exkluderats från vetenskapliga studier på grund av att de har komplexa hälsoproblem.

Sammantaget bidrar dessa faktorer till en onödigt låg vårdkvalitet över tid till onödigt höga kostnader. Befolkningsprognoserna talar för en mycket kraftig ökning av antalet personer över 80 år under de kommande 20 åren. De kvalitets- och kostnadsproblem som föreligger i dag är därför bara en föraning om vad som kommer.

Det råder en bred enighet om behovet av en systemansats. Vården måste utvecklas till ett sammanhängande system anpassat till äldre personer med komplexa hälsoproblem, där vården är individualiserad, integrerad och koordinerad över tid samt målstyrd mot resultat som är relevanta för de enskilda äldre personerna.

Här ingår ett systematiskt förebyggande och rehabiliterande arbete. Till detta kommer att utbildningen för alla vårdyrkesgrupper måste få en mycket större inriktning mot gerontologi och geriatrik och att klinisk behandlingsforskning måste anpassas till komplexa hälsoproblem.

Förändringsarbetet kan inte genomföras i ett steg, utan bör ske genom experimenterande i mindre försöksverksamheter med betydande frihetsgrader att testa nya idéer och åtgärder: Kunskapsområdet geriatrik har mycket att erbjuda. Vilket landsting eller region blir först i landet? **Detta bordo en av valets viktigaste framtidsfrågor.**

**GUNNAR AKNER
YNGVE GUSTAFSON
CARINA METZNER**

Fotnot: Akner, Gustafson och Metzner medverkar tillsammans med en rad världsledande forskare och kliniker från USA, Japan och Europa i Personalized Geriatric Medicine, den första internationella geriatrikkonferensen i Sverige som pågår mellan den 20 till den 22 augusti i Stockholm.