

# Målgruppsanalys för Norrbottens Läns Landsting, Luleå kommun och Piteå kommun

December 2012



## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
Syfte och metod .....	4
Organisering av arbetet.....	4
Definitioner .....	4
Datamaterial.....	6
<b>Beskrivning av vård- och omsorgstunga grupper inom NLL, Luleå och Piteå kommun</b> .....	<b>7</b>
Vård- och omsorgskonsumtion hos invånare 65 år eller äldre .....	7
Vård- och omsorgskonsumtion hos de mest sjuka äldre .....	10
Vilka är de mest sjuka äldre?.....	10
Vård- och omsorgsinsatser.....	12
Vård- och omsorgskostnader .....	14
Undvikbar slutenvård hos de mest sjuka äldre .....	15
Återinläggningar hos de mest sjuka äldre .....	16
Tid till återinläggning.....	21
Vårdkontakter under tiden före ett oplanerat slutenvårdstillfälle .....	21
<b>Förslag till fortsatt utvecklingsarbete inom NLL och länets kommuner</b> .....	<b>23</b>

## Sammanfattning

Äldre personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är en växande grupp i samhället. I januari 2012 presenterade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse för att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (den s.k. äldresatsningen). Ett av initiativen i äldresatsningen är att uppmuntra lokala analysarbeten hos kommuner och landsting kring gruppen mest sjuka äldre. Detta arbete har genomförts i linje med äldresatsningens fokus på gemensamt analys- och förbättringsarbete och syftar till att bättre förstå vård- och omsorgstunga målgrupper inom Norrbottens Läns Landsting (NLL), Luleå kommun och Piteå kommun och vad som ligger bakom deras behov av vård- och omsorg. Arbetet ska i förlängningen kunna omvandlas till nya verktyg eller arbetsätt för att förebygga behov av slutenvård hos äldre genom exempelvis tidigare insatser inom närsjukvården eller den kommunala omsorgen.

Arbetet har visat att hälso- och sjukvårdens resursinsatser för den äldre befolkningen (65 år eller äldre) är koncentrerade kring en liten del av landstingets invånare. 1% av invånarna över 65 år i NLL (537 individer) står för ungefär en femtedel av de totala resursinsatserna för äldre (ca 266 miljoner kronor av totalt ca 1,3 miljarder kronor). Dessa "högkonsumenter" av vård är ingen enhetlig grupp och har blandade kroniska och akuta diagnoser. En mycket stor del av vårdkonsumtionen (ca 85% av alla vård dagar) för dessa individer utgörs dock av oplanerad vård, vilket kan tolkas som att omhändertagandet om denna grupp inte fungerar optimalt. Även kommunernas resursinsatser för de äldre är koncentrerade kring en relativt liten grupp individer: 1% av invånarna över 65 år i Luleå och Piteå kommun står för ungefär en femtedel av de totala resursinsatserna för äldre (ca 250 mkr av totalt 1,5 mdr kr).

Det finns ca 2 400 mest sjuka äldre<sup>1</sup> i Luleå kommun och ca 1 500 i Piteå kommun. I båda kommuner motsvarar detta ca 18% av befolkningen 65 år eller äldre. De mest sjuka äldre är övervägande kvinnor (ca 60%) med en medelålder kring 80 år. De mest sjuka äldre definieras utifrån individernas vård- eller omsorgsbehov. Det är dock mycket få individer (endast 15-16% av gruppen i respektive kommun) som har både omfattande vård- och omfattande omsorgsbehov. Det är således inte samma personer som är "kommunens mest sjuka äldre" som "landstingets mest sjuka äldre".

Individerna i mest sjuka äldre-gruppen står för totala vård- och omsorgskostnader om i genomsnitt ca 450 000 kr per individ per år, varav drygt 80% av kostnaderna härrör till omsorgsinsatser. Totalt står de mest sjuka äldre för vård- och omsorgskostnader om ca 1,7 miljarder kronor per år vilket utgör ca 80% av de totala vård- och omsorgskostnaderna för äldre i Luleå och Piteå kommun (totalt ca 2,1 miljarder kronor).

Ca 16% av alla inläggningar i slutenvård i Norrbottens Läns Landsting är en oplanerad återinläggning inom 30 dagar, dvs. att patienten har skrivits ut från ett tidigare slutenvårdstillfälle under de 30 föregående dagarna. För invånare 65 år eller äldre i NLL är 18% av alla slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning. För mest sjuka äldre-gruppen är hela 26% av alla slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning. Det är anmärkningsvärt att mer än en fjärdedel av all slutenvård för de mest sjuka äldre utgörs av oplanerade inläggningar som sker inom 30-dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle. Detta talar för att omhändertagandet av de mest sjuka äldre efter utskrivning

---

<sup>1</sup> *Mest sjuka äldre* syftar på invånare som uppfyller Socialstyrelsens definition av gruppen mest sjuka äldre.

från sjukhus kan förstärkas. Ingen enskild diagnos står dock för de oplanerade återinläggningarna. De vanligaste diagnoserna vid återinläggning är hjärtsvikt och KOL; dessa motsvarar endast 5% respektive 4% av alla oplanerade återinläggningar för MSÄ-gruppen. Vid ungefär en tredjedel av alla oplanerade återinläggningar har den äldre vårdats för *samma diagnos* som vid det föregående vårdtillfället.

Stora skillnader i återinläggningsfrekvens syns mellan individer som omhändertas av olika särskilda boenden och olika hemtjänstdistrikt. Dessa skillnader har inte kunnat förklaras utifrån åldersskillnader, skillnad i vårdtider eller andra kända faktorer. Detta väcker frågan om skillnaderna kan härledas till skillnader i verksamheternas arbetssätt.

Analysresultaten pekar på några särskilt intressanta målgrupper äldre för ett fortsatt utvecklingsarbete: mest sjuka äldre som skrivs ut efter oplanerad slutenvård, mest sjuka äldre med omfattande hemtjänst i ordinärt boende eller med beslut om särskilt boende samt mest sjuka äldre med hjärtsvikt- eller KOL-diagnos. För dessa grupper finns analysresultat som indikerar att omhändertagandet av gruppen bör kunna stärkas genom ett riktat kvalitetsutvecklingsarbete. Om NLL och kommunerna i länet väljer att arbeta vidare i samverkan kring en sådan målgrupp bör arbetet inledas med att konkretisera hur målgruppen ska praktiskt identifieras i den löpande verksamheten och hur det förändrade arbetssättet kring dem bör organiseras. Målsättningen med ett sådant arbete bör vara att förebygga slutenvårdstillfällen och minska antalet återinläggningar så att målen i äldresatsningen kan uppnås. Det finns en signifikant resurs- och kvalitetsmässig potential i att förebygga oplanerade slutenvårdstillfällen för äldre: Varje oplanerad inläggning innebär i genomsnitt sex dagars vårdtid för den äldre och ca 40 000 kr i vårdkostnader för landstinget. Dessa resurser motsvarar kostnaden för ca 21 dagar i särskilt boende, 16 dagar i korttidsboende eller 52 timmar hemtjänst.

## Bakgrund

Äldre personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är en växande grupp i samhället. I januari 2012 presenterade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (den s.k. äldresatsningen)<sup>2</sup>. Avsikten var att stärka samarbetet mellan kommuner och landsting för att effektivisera vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Ett av initiativen inom äldresatsningen är att uppmuntra ett lokalt och gemensamt analysarbete kring gruppen mest sjuka äldre och öronmärkta medel har avsatts för detta syfte. Detta förbättringsarbete för sammanhållen vård och omsorg har tillkommit till följd av äldresatsningens fokus på gemensamt analys- och förbättringsarbete, i kombination med arbetet kring Norrbottens läns landstings (NLL:s) pågående närsjukvårdsreform.

## Syfte och metod

Syftet med detta arbete har varit att ta fram ett faktabaserat analysunderlag kring vård- och omsorgstunga grupper av äldre invånare i Luleå och Piteå kommun som grund för att identifiera relevanta målgrupper i behov av förstärkta insatser för mer sammanhållen, högkvalitativ och kostnadseffektiv vård (i linje med äldresatsningens målsättningar om minskade återinläggningar och undvikbar slutenvård).

Genom analyser av kommunernas och landstingets datamaterial har ett antal frågeställningar undersökts: Hur fördelar sig landstingets och kommunernas resursinsatser för den äldre befolkningen? Hur ser vård- och omsorgskonsumtionen ut specifikt för gruppen *mest sjuka äldre*? I vilken mån är resursfördelningen ändamålsenlig med avseende på när och hur vården och omsorgen levereras? Vilka målgrupper är mest intressanta för ett förändrat arbetssätt, i syfte att förebygga kostsam vård och omsorg och öka kvaliteten för den äldre?

## Organisering av arbetet

Arbetet som presenteras i denna rapport har bedrivits under hösten 2012 i samverkan mellan NLL och Luleå och Piteå kommun. Arbetet har letts av en grupp bestående av Anneli Granberg (chef hälso- och sjukvårdsavdelningen, NLL), Kristian Damlin (beställarchef, NLL), Ylva Sundkvist (chef för medicindivisionen, NLL), Anita Gustavsson (analysledare, NLL), Eva Börjesson (verksamhetsutvecklare, Piteå Kommun), Gabriella Sjöström (Luleå kommun), Karin Sundström (utvecklingsledare, Kommunförbundet), Annika Vikström (utvecklingsledare, Kommunförbundet) och Ingrid Carlenius (handläggare socialtjänst, Kommunförbundet) med externt stöd från Health Navigator AB.

## Definitioner

I denna rapport används ett antal begrepp som vi definierar nedan.

---

<sup>2</sup> Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, Socialdepartementet, S2011/11027/FST.

## Mest sjuka äldre

Begreppet *Mest sjuka äldre* definieras av Socialstyrelsen som individer 65 år eller äldre som har *omfattande sjukvård* eller *omfattande omsorg*<sup>3</sup>. Omfattande sjukvård avser individer som uppfyller något av följande kriterier:

- Fler än 19 dagar i slutenvård per kalenderår, *eller*
- Fler än 3 inskrivningar i slutenvård per kalenderår, *eller*
- Fler än 7 besök till specialistläkare i öppenvård per kalenderår, *eller*
- Varit multisjuk<sup>4</sup> under året

Omfattande omsorg avser personer som uppfyller något av följande kriterier:

- Bor permanent i särskilt boende, *eller*
- Har beviljats beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad i ordinärt boende, *eller*
- Har beviljats beslut om korttidsboende *eller*
- Har beviljats beslut om insats med stöd enligt LSS

Det finns cirka 300 000 mest sjuka äldre i Sverige vilket motsvarar ungefär 18% av alla invånare 65 år eller äldre. I rapporten används tidvis förkortningen "MSÄ" för "mest sjuka äldre".

## Undvikbar slutenvård

Begreppet undvikbar slutenvård avser slutenvårdstillfällen inom ett antal specifika diagnoser, vilka anses möjliga att förebygga om åtgärder vidtas i ett tidigt skede. Begreppet inkluderar alla slutenvårdstillfällen med någon av diagnoserna anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL, kärlkramp, blödande magsår, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-näsa-halsinfektion.

## Återinläggning inom 30 dagar

Återinläggning inom 30 dagar avser en inläggning i slutenvård som sker inom 1-30 dagar efter att individen har skrivits ut från ett tidigare slutenvårdstillfälle. Begreppet syftar till att fånga vårdtillfällen som sannolikt hade kunnat förebyggas. Ingen hänsyn tas till eventuella orsakssamband mellan de två slutenvårdstillfällena eller vilka diagnoser som berörs.

## Planerad och oplanerad vård

Begreppet *oplanerad vård* används för vårdkontakter som har markerats som oplanerade i landstingets vårdstatistik. Detta inkluderar t.ex. alla besök vid akutmottagningar, men också all vård vid andra vårdavdelningar som inte är planerad och inbokad i förväg. På samma sätt används begreppet *planerad vård* för alla vårdkontakter som har markerats som planerade i landstingets vårdstatistik (vilket t.ex. inkluderar förbokade besök och planerade ingrepp).

## Vård- och omsorgstyngd

Begreppen *vårdtyngd* och *omsorgstyngd* avser vård- eller omsorgskonsumtion för en individ, mätt i form av kostnader. *Vårdtunga målgrupper* används synonymt med *resurskrävande målgrupper* och avser grupper av individer som har höga vårdkostnader.

---

<sup>3</sup> Mest sjuka äldre – Avgränsning av gruppen, Socialstyrelsen 2011.

<sup>4</sup> Person som under en 12 månadersperiod har varit inskriven inom slutenvården tre eller fler gånger med huvuddiagnoser ur olika diagnosgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10. Minst ett av diagnostillfällena skall infalla under det år man anses vara multisjuk.

## Datamaterial

Analyserna i denna rapport baseras på data från 2011 från NLL (uppgifter om samtliga vårdkontakter inom landstinget) samt Luleå och Piteå kommun (uppgifter om fattade beslut om särskilt boende, hemtjänst och LSS-insatser för invånare 65 år eller äldre i Luleå och Piteå kommun, och beslut om korttidsboende i Luleå kommun). Kostnader för omsorgsinsatser har beräknats utifrån Luleås respektive Piteås genomsnittliga kostnader per brukare över 65 år i särskilt boende, korttidsboende och hemtjänst under 2011<sup>5</sup>. I beräkningar av vårdkostnader har landstingets egna kostnadsuppgifter använts, vilket inkluderar kostnader för specialiserad öppen- och slutenvård samt vissa kostnader för primärvård. Vårdkontakter som är relaterade till rättspsykiatri har inte ingått i materialet. All data har hanterats i avidentifierad form.

---

<sup>5</sup> Enligt inrapporterade uppgifter till kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

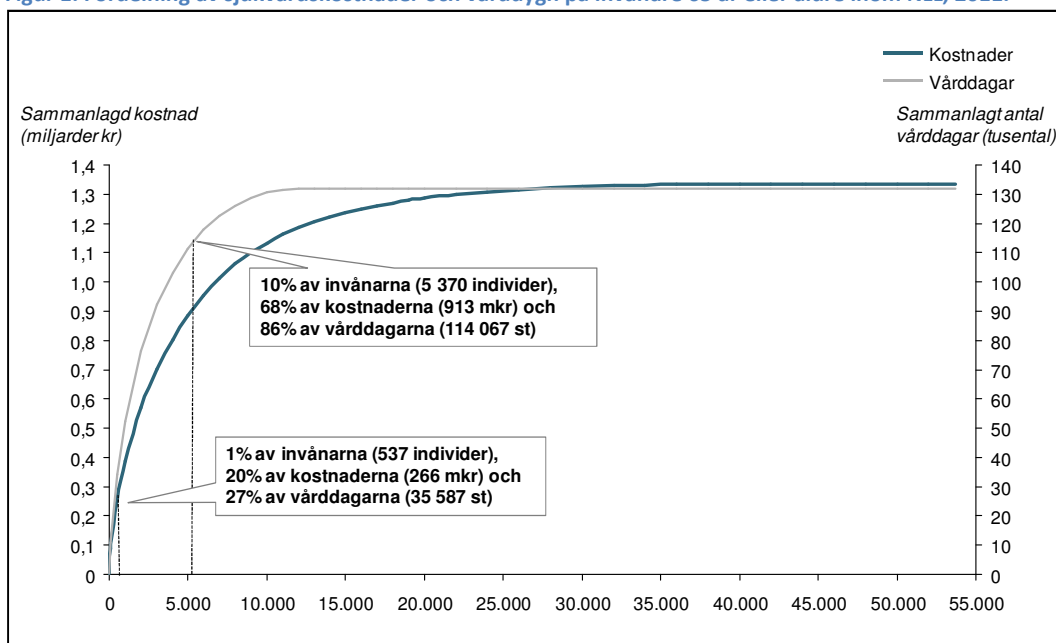
## Beskrivning av vård- och omsorgstunga grupper inom NLL, Luleå och Piteå kommun

För att få en bättre förståelse av vård- och omsorgstunga grupper inom landstinget och kommunen har en övergripande analys av vård- och omsorgskonsumtionen hos invånare 65 år eller äldre och en mer detaljerad analys av vården och omsorgen för de *mest sjuka äldre* genomförts. Vård- och omsorgskonsumtionen har analyserats på individnivå och har bland annat omfattat analyser av antalet vårdbesök per individ, antal dagar i slutenvård, diagnossättning, vilka kommunala omsorgsinsatser individerna har, vilka totala vård- och omsorgskostnader de står för samt i vilken utsträckning individerna har så kallad *undvikbar slutenvård* eller *återinläggningar inom 30 dagar*. Dessa analyser presenteras nedan.

### Vård- och omsorgskonsumtion hos invånare 65 år eller äldre

Sjukvårdskostnaderna inom NLL uppgick till 5,7 miljarder 2011<sup>6</sup>. Drygt 3 miljarder kronor av dessa kostnader har kunnat länkas till en individs vårdkonsumtion<sup>7</sup>. Den äldre delen av befolkningen, invånare 65 år eller äldre, stod för knappt hälften av dessa kostnader (drygt 1,3 miljarder kronor) och drygt hälften av alla vårddagar (ca 132 000 av totalt 245 500 vårddagar). Kostnaden fördelar sig mycket ojämnt över den äldre befolkningen. En procent av de äldre invånarna (537 av totalt ca 53 700 individer över 65 år i NLL) står för en femtedel av de totala vårdkostnaderna för äldre (266 miljoner kronor av ca 1,3 miljarder kronor) och en dryg fjärdedel av det totala antalet vårddagar (36 000 vårddagar av totalt ca 132 000 vårddagar). De 10% mest resurskrävande äldre står för drygt två tredjedelar av gruppens totala kostnader och 86% av alla vårddagar (Figur 1).

Figur 1. Fördelning av sjukvårdskostnader och vårddygn på invånare 65 år eller äldre inom NLL, 2011.



Källa: Vårdstatistik från NLL, Statistiska centralbyrån, Health Navigator analys

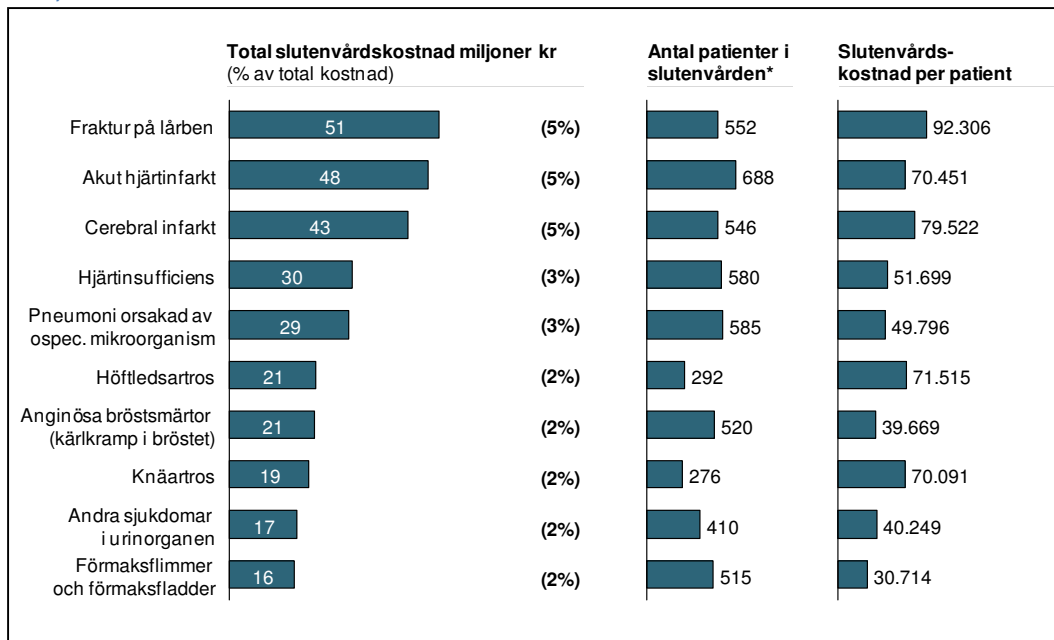
<sup>6</sup> Inkluderar divisionerna Primärvård, Opererande specialiteter, Medicinska specialiteter, Vuxenpsykiatri samt Diagnostik. Källa: Årsredovisning 2011 Norrbottens läns landsting.

<sup>7</sup> Detta inkluderar kostnader för specialiserad öppen- och slutenvård samt vissa, men inte fullständiga, kostnader för primärvård. Av NLL:s kostnader för primärvård om totalt ca 1,3 mdkr för *samtliga* invånare i länet under 2011 har ca 230 mkr ingått i det analyserade materialet.



Det är således en relativt liten grupp äldre inom landstinget som står för en stor del av resursinsatserna från landstinget. Fem diagnoser<sup>8</sup> står för ca 20% av kostnaderna inom slutenvården; lårbensfraktur, akut hjärtinfarkt, stroke, hjärtsvikt och lunginflammation (Figur 2).

**Figur 2. Slutenvårdskostnader för de tio mest resurskrävande diagnoserna inom slutenvården för invånare 65 år eller äldre, 2011.**

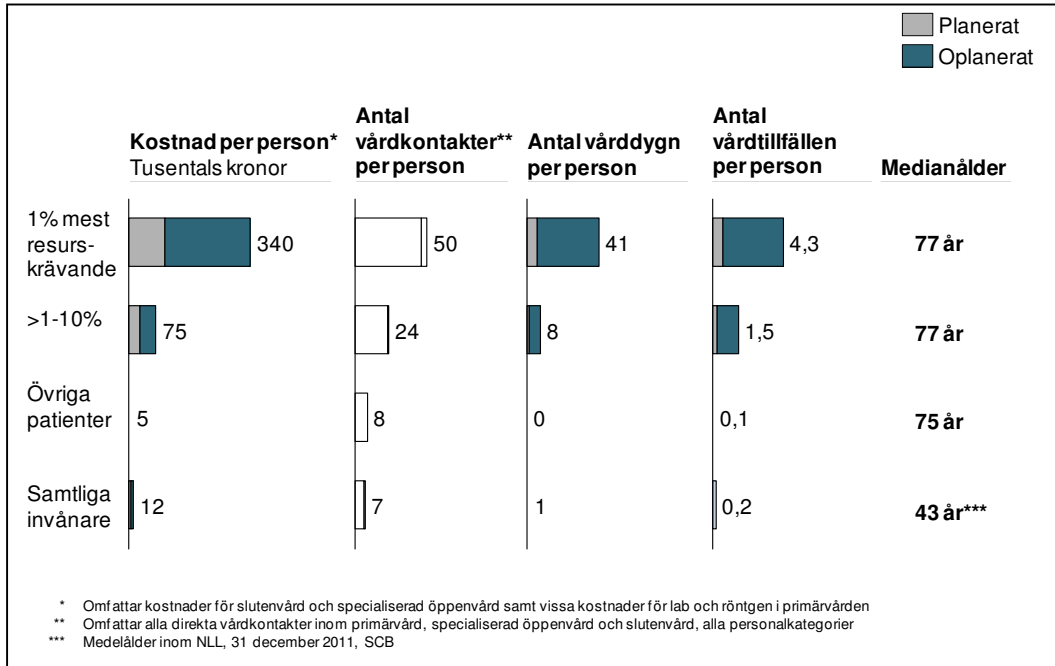


Källa: Vårdstatistik från NLL, Health Navigator analys

En mycket stor del vårdkonsumtionen för de mest resursdrivande patienterna 65 år eller äldre i NLL är oplanerad, vilket kan tolkas som att omhändertagandet av dessa individer inte fungerar optimalt. Bland de 1% mest resursdrivande äldre uppgår vårdkostnader i genomsnitt till 340 000 kr per person och år, varav 70% av härrör till oplanerad vård. Ca 85 % av alla vård dagar för individerna är oplanerad vård (Figur 3).

<sup>8</sup> Diagnos avser treställig huvuddiagnos enligt ICD-10.

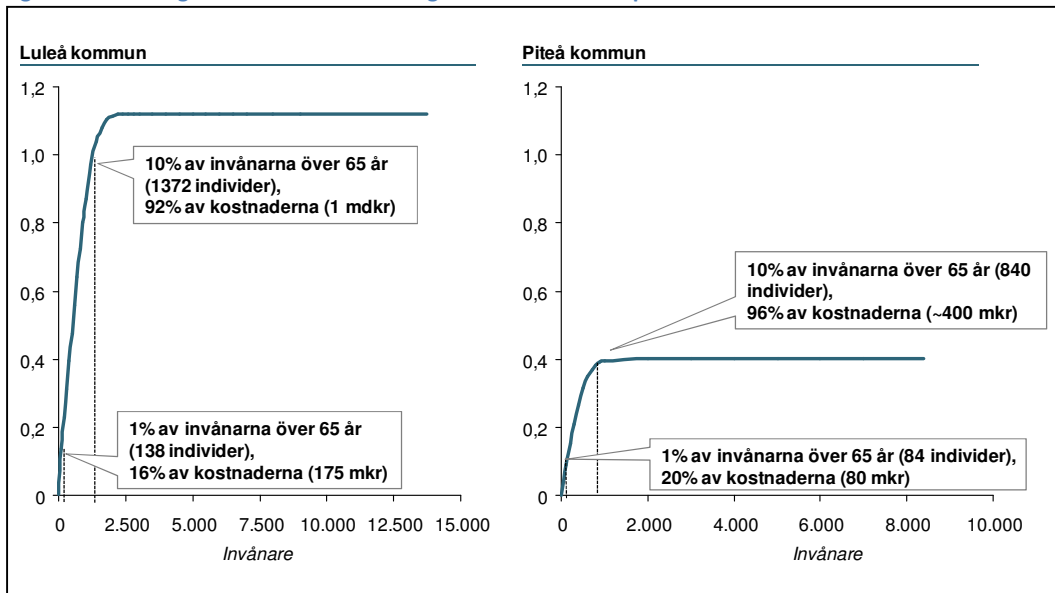
Figur 3. Genomsnittlig vårdkonsumtion per patient indelat efter vårdtyngd, 2011.



Källa: Vårdstatistik från NLL, SCB, Health Navigator analys

Även kommunernas omsorgsinsatser är koncentrerade till en liten del av kommunens invånare 65 år eller äldre. I Luleå kommun uppgick de totala omsorgskostnaderna under 2011 till drygt 1,1 miljarder kronor för personer 65 år eller äldre och 1% av dessa (1372 invånare av totalt ca 13 700 invånare 65 år eller äldre) stod för 16% av de totala kostnaderna. Liknande mönster återfinns i Piteå kommun: Utav de totala omsorgskostnaderna om ca 400 miljoner kronor för personer 65 år eller äldre stod 1% av invånarna (84 individer av totalt ca 8 400) för 20%.

Figur 4. Fördelning av kostnader för omsorgsinsatser i Luleå respektive Piteå kommun för invånare 65 år eller äldre, 2011.

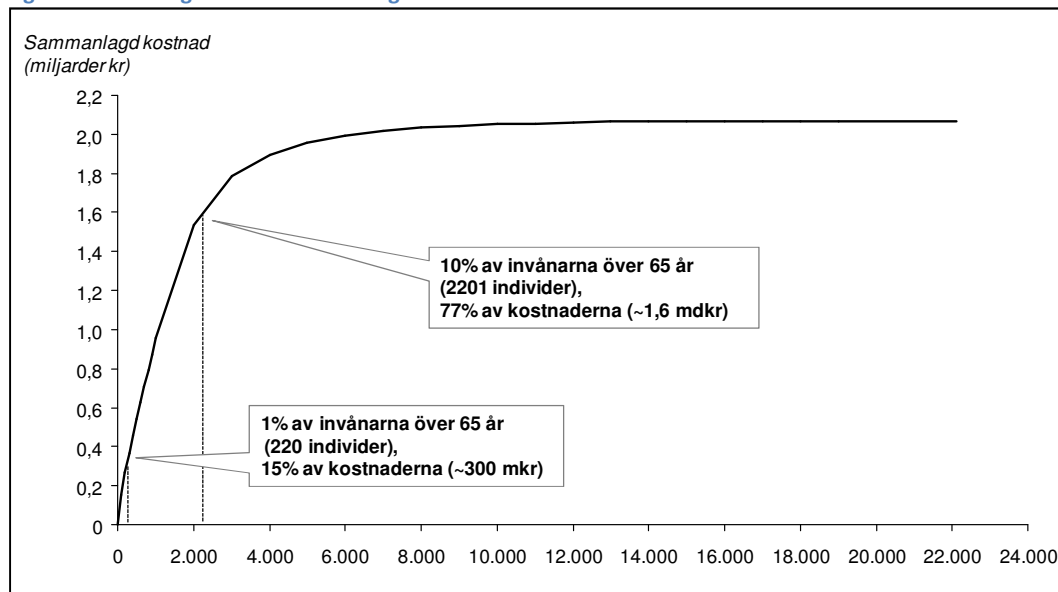


Källa: Omsorgsstatistik från Luleå och Piteå kommun, Statistiska centralbyrån, Kolada, Health Navigator analys

En sammanslagning av data mellan landsting och kommun visar att drygt 70% (ca 1,5 miljarder kr) av samhällskostnaden (ca 2,1 miljarder kr) för invånare 65 år eller äldre utgörs av kommunala insatser. Resurskoncentrationen är något lägre när sjukvårds- och omsorgsinsatser slås ihop (1% står för 15%

av kostnaderna), vilket indikerar att överlappet mellan vård- och omsorgstunga individer, inte är stort (Figur 5).

Figur 5. Fördelning av vård- och omsorgskostnader för invånare 65 år eller äldre i Luleå och Piteå kommun, 2011.



Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå och Piteå kommun, Statistiska centralbyrån, Kolada, Health Navigator analys

## Vård- och omsorgskonsumtion hos de mest sjuka äldre

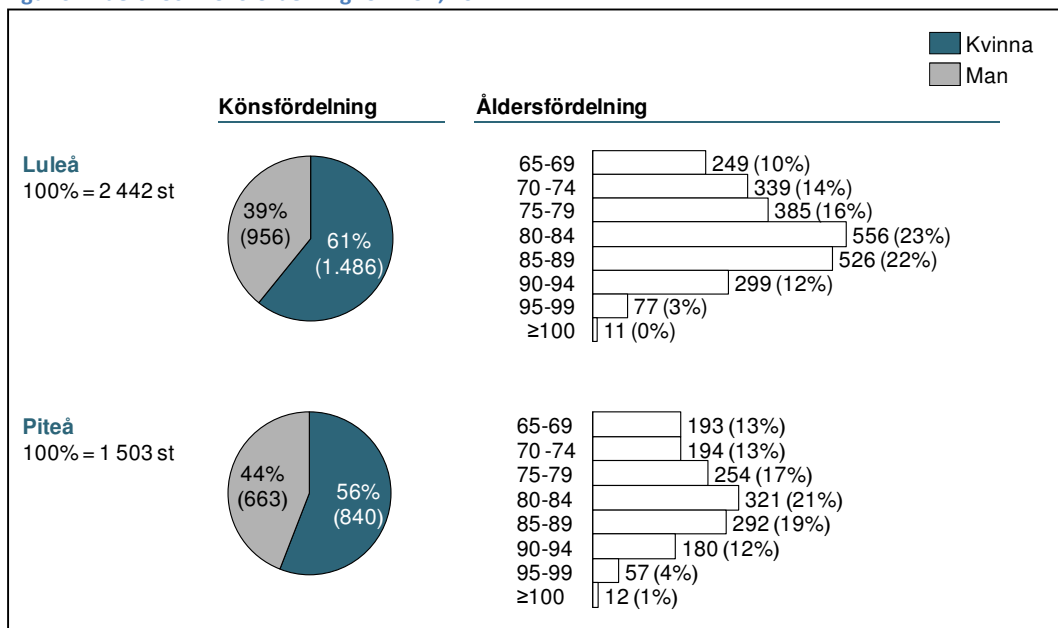
Detta kapitel fokuserar på de *mest sjuka äldre*. Först redovisas vilka som ingår i mest sjuka äldregruppen och därefter presenteras analyser av deras vård- och omsorgskonsumtion.

### Vilka är de mest sjuka äldre?

Drygt 2 400 invånare i Luleå kommun och ca 1 500 invånare i Piteå kommun tillhörde 2011 gruppen mest sjuka äldre enligt Socialstyrelsens definition (se Bakgrund). Detta motsvarar ca 18% av den äldre befolkningen (65 år eller äldre) i respektive kommun<sup>9</sup>, vilket innebär att det finns lika många mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun (i förhållande till invånarantal) som i Sverige totalt. En övervägande del (ca 60%) av gruppen mest sjuka äldre är kvinnor och medelåldern är ca 80 år (Figur 6).

<sup>9</sup> Vid utgången av 2011 hade Luleå kommun 13 714 invånare 65 år eller äldre. Piteå kommun hade vid samma tidpunkt 8 395 invånare 65 år eller äldre. Källa: Statistiska centralbyrån.

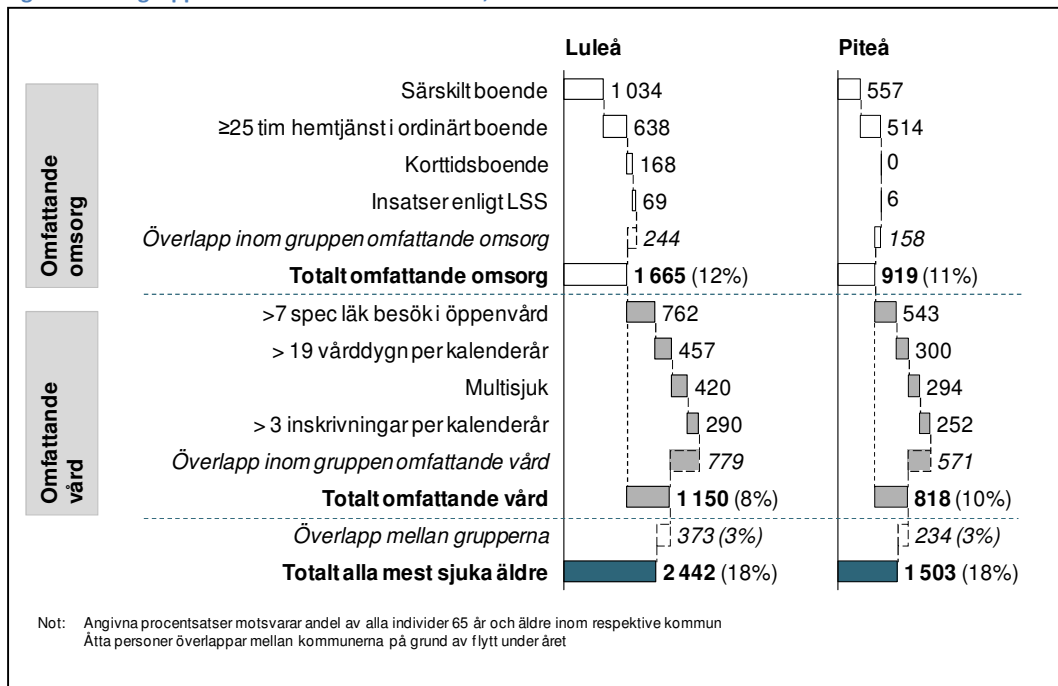
Figur 6. Ålders- och könsfördelning för MSÄ, 2011.



Källa: Omsorgsstatistik från Luleå och Piteå kommun, Statistiska centralbyrån, Kolada, Health Navigator analys

Mest sjuka äldre definieras utifrån två huvudgrupper; omfattande omsorg och omfattande sjukvård, som var och en består av fyra delkriterier. Grupperna *omfattande omsorg* och *omfattande sjukvård* är ungefär lika stora inom respektive kommun (Figur 7). Delkriteriet *särskilt boende* är den vanligaste anledningen att individer inkluderas i gruppen omfattande omsorg, medan delkriteriet *fler än 7 besök hos specialistläkare i öppenvården* inkluderar flest individer i gruppen omfattande vård. Det är vanligare inom gruppen omfattande vård att individer uppfyller mer än ett delkriterium jämfört med i gruppen omfattande omsorg.

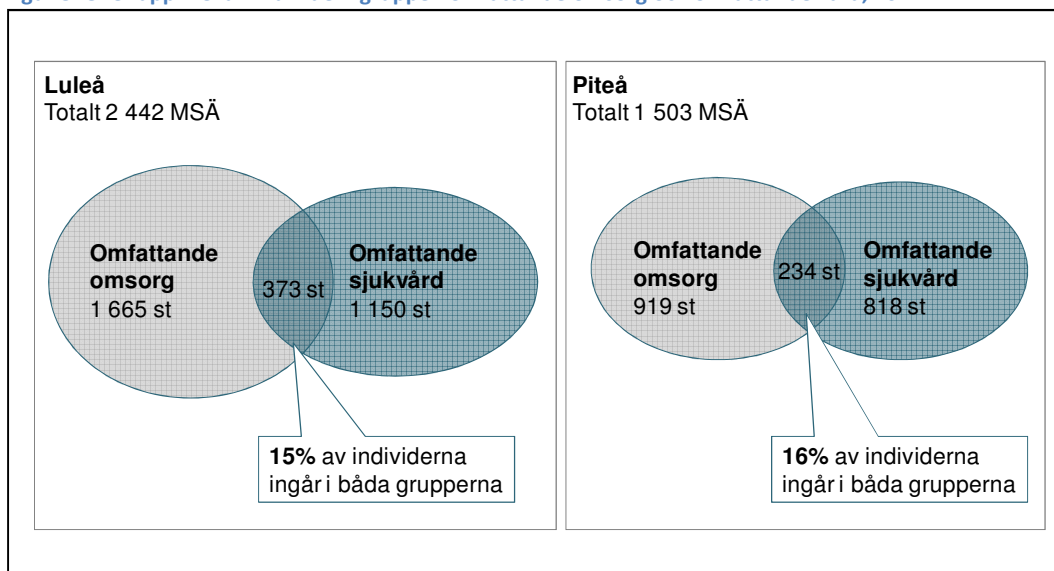
Figur 7. MSÄ-gruppen i Luleå och Piteå kommun, 2011.



Källa: Omsorgsstatistik från Luleå och Piteå kommun, Statistiska centralbyrån, Kolada, Health Navigator analys

Det är huvudsakligen olika personer som ingår i grupperna omfattande omsorg och omfattande vård. Endast 15% av individerna i Luleå och 16% i Piteå har både omfattande omsorg och omfattande vård (Figur 8). Detta kan tyckas förvånande, men ett liknande förhållande har uppmätts på nationell nivå i Socialstyrelsens analyser av mest sjuka äldre. Detta innebär att "vårdens mest sjuka äldre" till största delen är andra personer än "kommunens mest sjuka äldre".

Figur 8. Överlapp mellan individer i gruppen omfattande omsorg och omfattande vård, 2011.

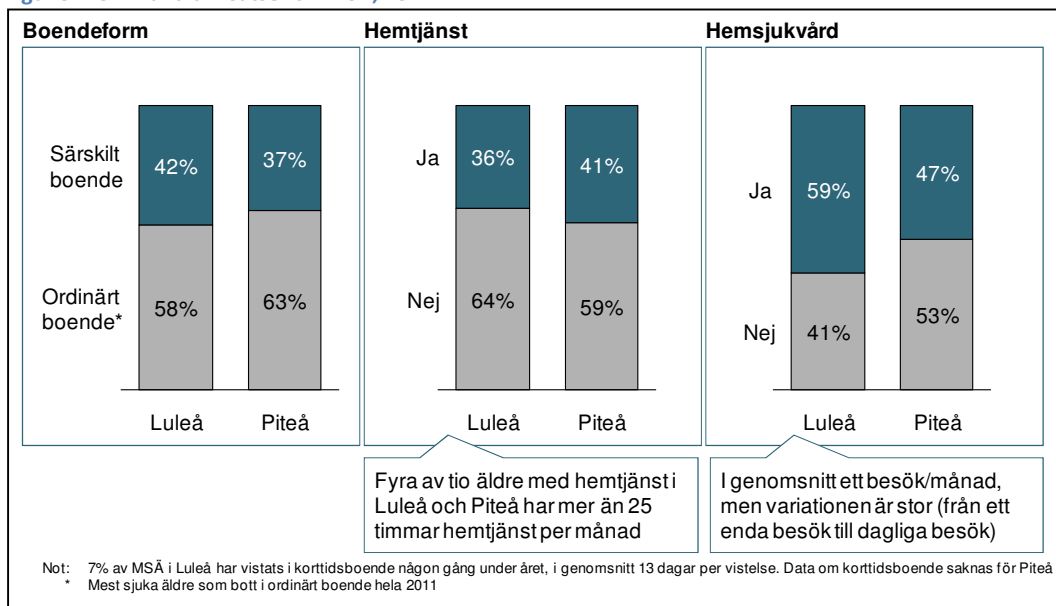


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå och Piteå kommun, Health Navigator analys

### Vård- och omsorgsinsatser

En kartläggning av vilka vård- och omsorgsinsatser de mest sjuka äldre har visar att ungefär 40% av de mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun bor i särskilt boende (Figur 9). Av alla de mest sjuka äldre har drygt en tredjedel hemtjänst i någon form.. Av de som bor i ordinärt boende har ungefär två tredjedelar någon hemtjänst och hälften av dessa har mer än 25 timmar hemtjänst per månad. 60% av de mest sjuka äldre i Luleå kommun och knappt hälften i Piteå kommun har haft något hemsjukvårdsbesök under 2011. I genomsnitt hade dessa individer ett besök per månad men variationen är mycket stor, från ett enda besök till dagliga besök under året.

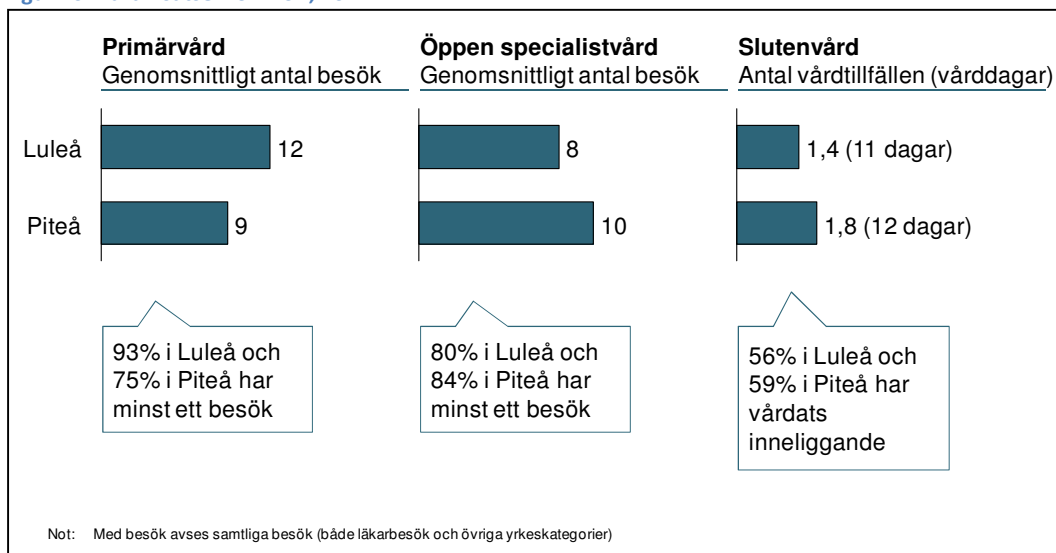
Figur 9. Kommunal insatser till MSÄ, 2011.



Källa: Omsorgsstatistik från Luleå och Piteå kommun, Health Navigator analys

Luleås mest sjuka äldre har i genomsnitt något fler besök i primärvården (12 per år) jämfört med Piteås (9 per år) medan Piteås invånare har något fler besök i öppen specialistvård jämfört med Luleå (mätt som genomsnittligt antal besök per individ) (Figur 10). 93% av de mest sjuka äldre i Luleå och 76% i Piteå gjorde minst ett besök i primärvården under ett års tid. Drygt hälften av individerna i de två kommunerna har vårdats inläggande vid minst ett tillfälle under året. I genomsnitt hade individerna 2 vårdtillfällen och 12-13 vård dagar totalt under 2011.

Figur 10. Vårdinsatser för MSÄ, 2011.

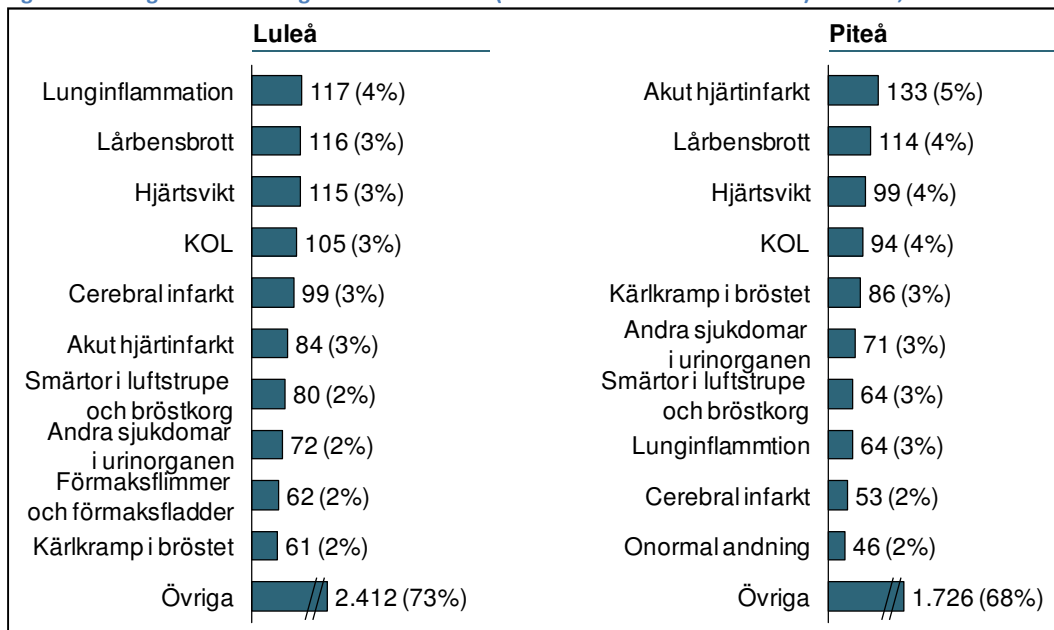


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun; Health Navigator analys

Individernas slutenvårdskonsumtion är spridd över många diagnoser. Det är således inte någon eller några enskilda diagnoser som är anledningen till gruppens vårdkonsumtion. De 10 vanligaste

huvuddiagnoserna<sup>10</sup> står för knappt en tredjedel av alla vårdtillfällen för gruppen och innefattar bland annat lunginflammation, akut hjärtinfarkt, lårbensbrott, hjärtsvikt och KOL (Figur 11).

Figur 11. Vanligaste huvuddiagnoser i slutenvård (räknat som antal vårdtillfällen) för MSÄ, 2011.

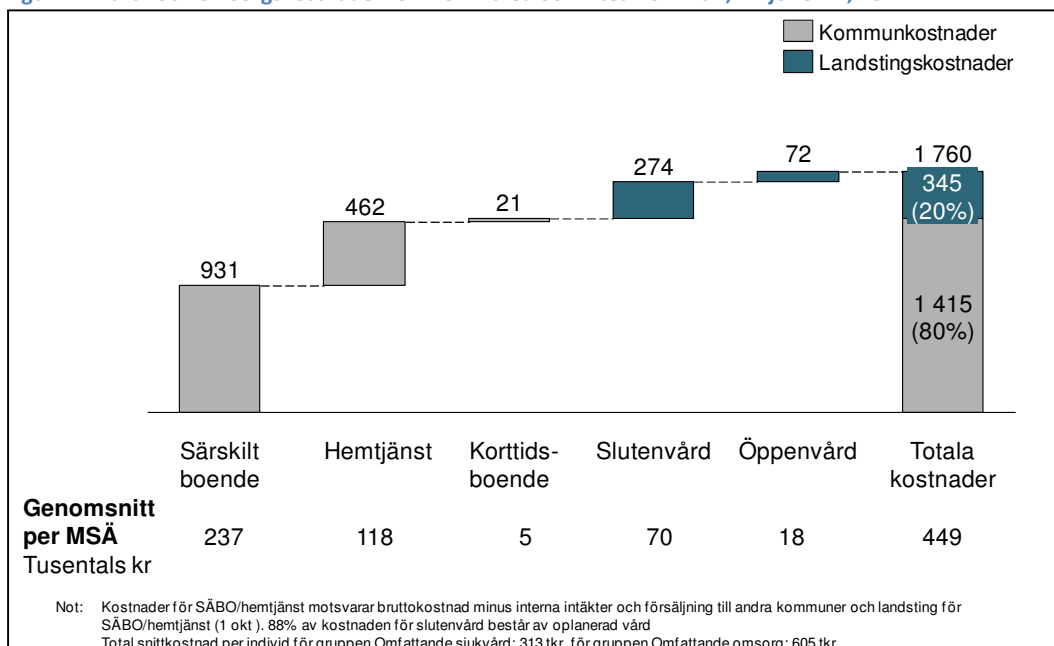


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun; Health Navigator analys

### Vård- och omsorgskostnader

Vård- och omsorgsinsatserna till gruppen mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun innebär en total vård- och omsorgskostnad på knappt 1,8 miljarder kronor årligen, dvs. drygt 80% av de totala kostnaderna för vård och omsorg av invånare 65 år eller äldre i dessa kommuner. Av dessa kostnader återfinns 80% inom den kommunala omsorgen (Figur 12).

Figur 12. Vård- och omsorgskostnader för MSÄ i Luleå och Piteå kommun, miljoner kr, 2011.

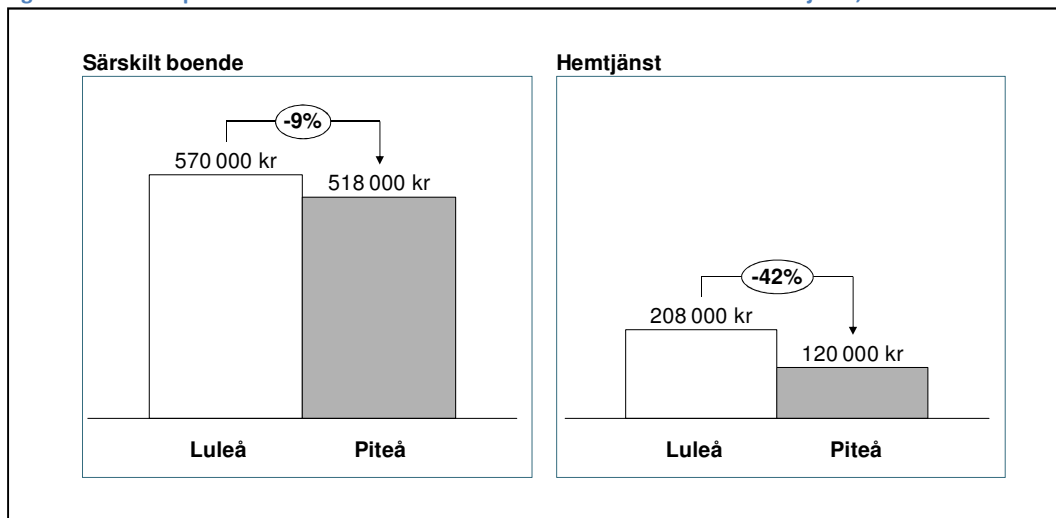


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun; Kolada, Health Navigator analys

<sup>10</sup> Avser treställig diagnos enligt ICD-10.

Piteå redovisar lägre kostnader än Luleå per brukare<sup>11</sup> både vad gäller särskilt boende (ca 9% lägre) och hemtjänst (ca 42% lägre) (Figur 13).

Figur 13. Kostnad per brukare i särskilt boende eller i ordinärt boende med hemtjänst, 2011.

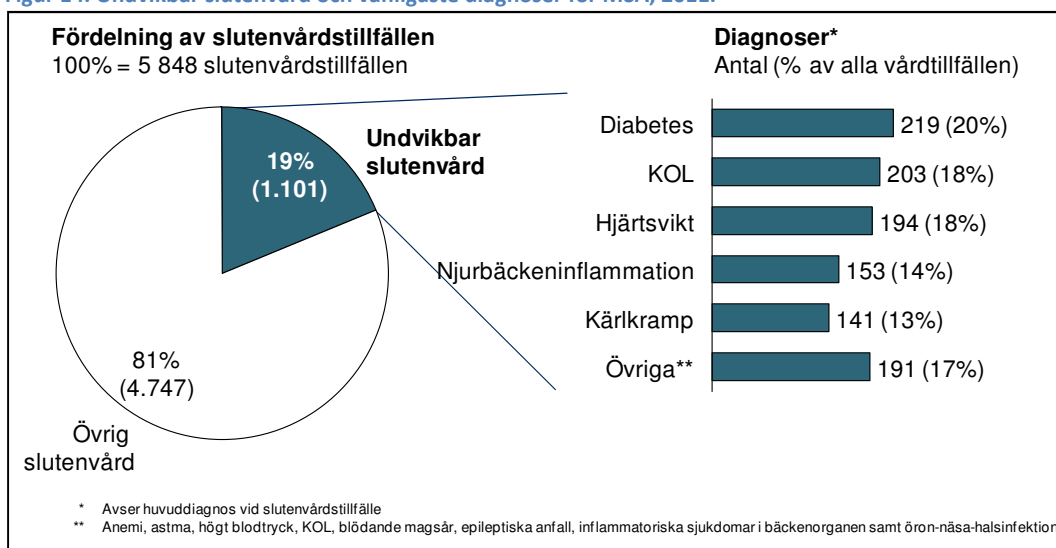


Källa: Kolada

### Undvikbar slutenvård hos de mest sjuka äldre

Individerna i gruppen mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun hade drygt 5 800 slutenvårdstillfällen inom NLL under 2011. Knappt ett av fem slutenvårdstillfällen (19%) hade en diagnos som klassificeras som "undvikbar slutenvård". Detta kan jämföras med att 12% av alla slutenvårdstillfällen inom NLL eller 17% av alla slutenvårdsvårdstillfällen för invånare 65 år eller äldre var undvikbar slutenvård. Vård av typen undvikbar slutenvård är alltså ungefär lika vanligt hos de mest sjuka äldre som för övriga individer 65 år eller äldre. De fem vanligaste diagnoserna vid undvikbar slutenvård var diabetes, KOL, hjärtsvikt, njurbäckeninflammation och kärlkramp, som tillsammans står för drygt 80% av den så kallade undvikbara slutenvården (Figur 14).

Figur 14. Undvikbar slutenvård och vanligaste diagnoser för MSÄ, 2011.



Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun, Health Navigator analys

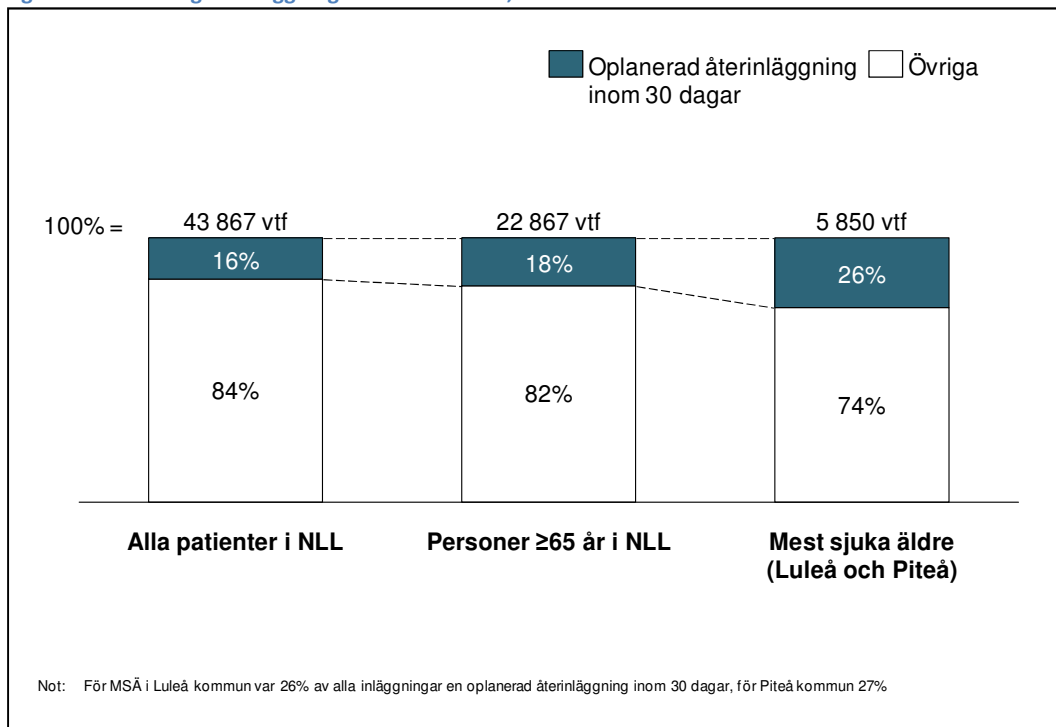
<sup>11</sup> Gäller alla individer 65 år eller äldre.



## Återinläggningar hos de mest sjuka äldre

Drygt en fjärdedel (26%) av alla slutenvårdstillfällen för mest sjuka äldre utgjordes av oplanerade återinläggningar inom 30 dagar. Detta är en betydligt högre andel än motsvarande andel för alla individer 65 år eller äldre i NLL (18%) eller alla individer totalt inom slutenvården i NLL (16%) (Figur 15).

Figur 15. Fördelning av inläggningar i slutenvården, 2011.

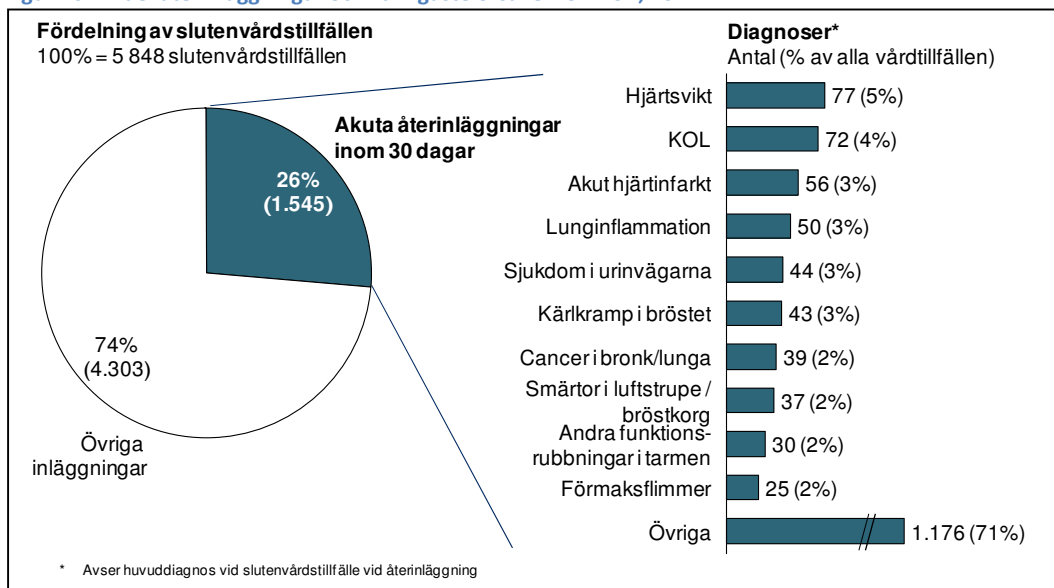


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun, Health Navigator analys

När mer än en fjärdedel av all slutenvård för de mest sjuka äldre utgörs av oplanerade vårdtillfällen där den äldre redan har varit inne på sjukhus under den tidigare 30-dagarsperioden väcks frågan om omhändertagandet efter utskrivning från sjukhus fungerar optimalt.

Ingen enskild diagnos står för de oplanerade återinläggningarna. De vanligaste diagnoserna är hjärtsvikt och KOL och dessa motsvarar 5% respektive 4% av alla oplanerade återinläggningar inom gruppen (Figur 16).

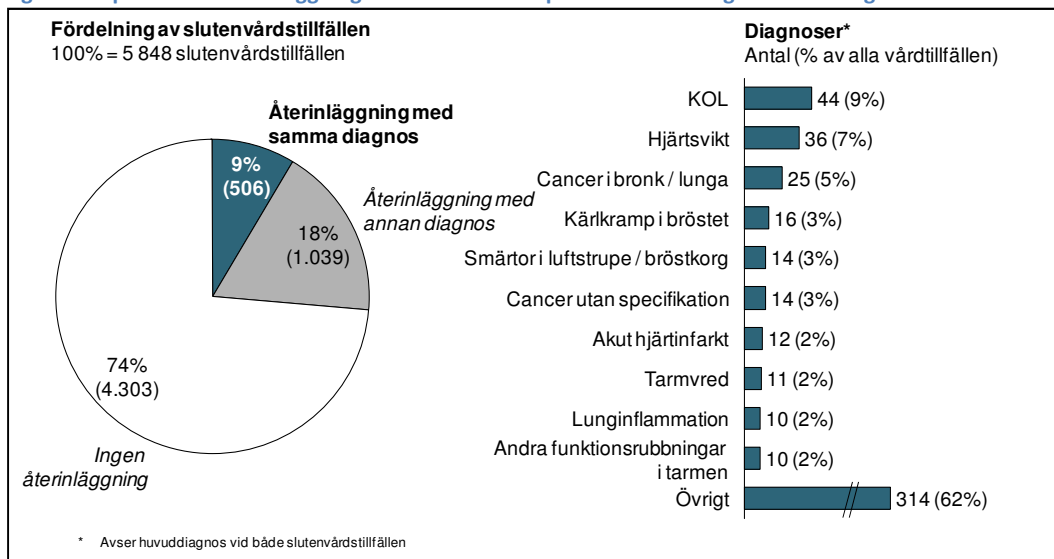
Figur 16. Andel återinläggningar och vanligaste orsaker för MSÄ, 2011.



Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun; Health Navigator analys

Knappt en tredjedel av alla oplanerade återinläggningar inom 30 dagar för gruppen mest sjuka äldre är vård för samma diagnos som vid föregående vårdtillfälle. Detta innebär att knappt ett av tio vårdtillfällen för gruppen mest sjuka äldre är en återinläggning inom 30 dagar med samma diagnos som vid föregående slutenvårdstillfälle (Figur 17). KOL och hjärtsvikt är även här de mest vanligt förekommande diagnoserna.

Figur 17. Oplanerade återinläggningar med samma respektive annan diagnos som föregående vårdtillfälle, 2011.



Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun; Health Navigator analys

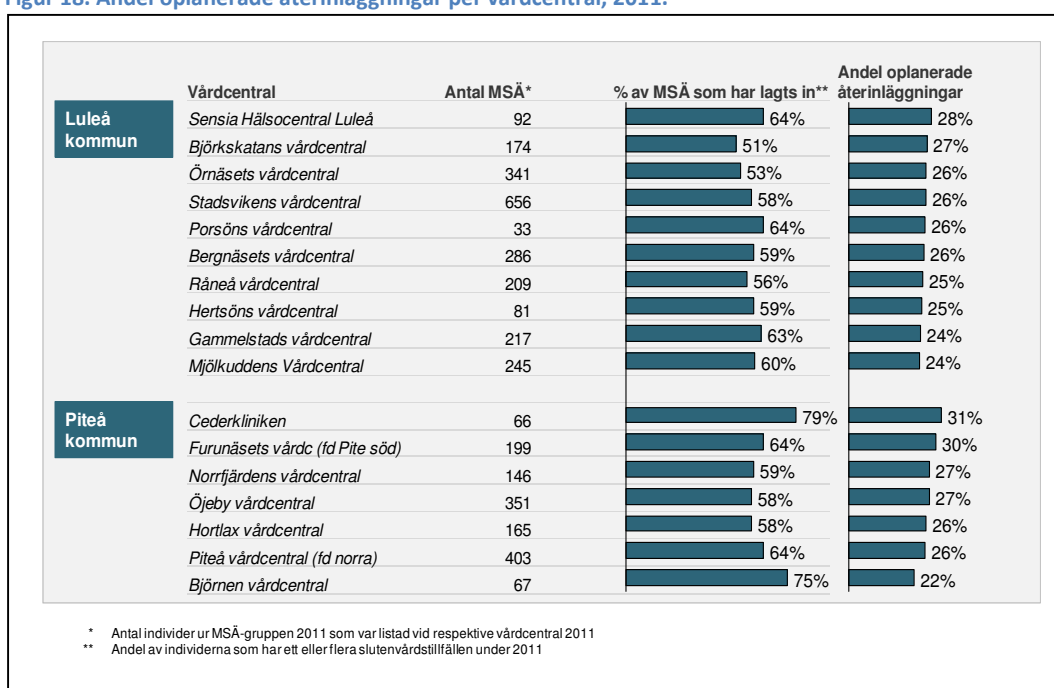
Vidare visar analyser att återinläggning inom 30 dagar är något vanligare efter utskrivning från Piteå Älvdals sjukhus jämfört med Sunderby sjukhus, men sjukhusen tar emot olika typer av patienter och erbjuder olika typer av vård, varför detta resultat bör tolkas med försiktighet.

Det är känt att överlämningen från en vårdnivå till en annan behöver vara välfungerande för att skapa en sammanhållen vård. Primärvård behöver i rätt tid få information när äldre har varit

inskrivna i slutenvård för att kunna utföra sitt uppdrag på ett patientsäkert och effektivt sätt. Analyser påvisar vissa skillnader i återinläggningsfrekvens mellan äldre som är listade vid olika vårdcentraler i Luleå och Piteå kommun. Andelen återinläggningar för de mest sjuka äldre sträcker sig från 28% (för individer listade vid Sensia Hälsocentral Luleå) till 24% (för individer listade vid Mjölkkuddens vårdcentral) i Luleå kommun och från 31% (individer listade vid Cederkliniken) till 22% (individer listade vid Björnen vårdcentral) i Piteå (Figur 18).

Analyser i andra landsting har pekat på att externa förklaringsvariabler såsom ålder, vårdtyngd<sup>12</sup>, socioekonomisk status<sup>13</sup> eller avstånd till sjukhus inte kan förklara skillnaderna i andelen oplanerade återinläggningar mellan olika vårdcentraler. Detta väcker frågan om skillnaderna mellan olika vårdcentraler beror på skillnader i interna faktorer såsom arbetssätt hos verksamheterna, personalkontinuitet, ledarskap, kultur, osv.

Figur 18. Andel oplanerade återinläggningar per vårdcentral, 2011.



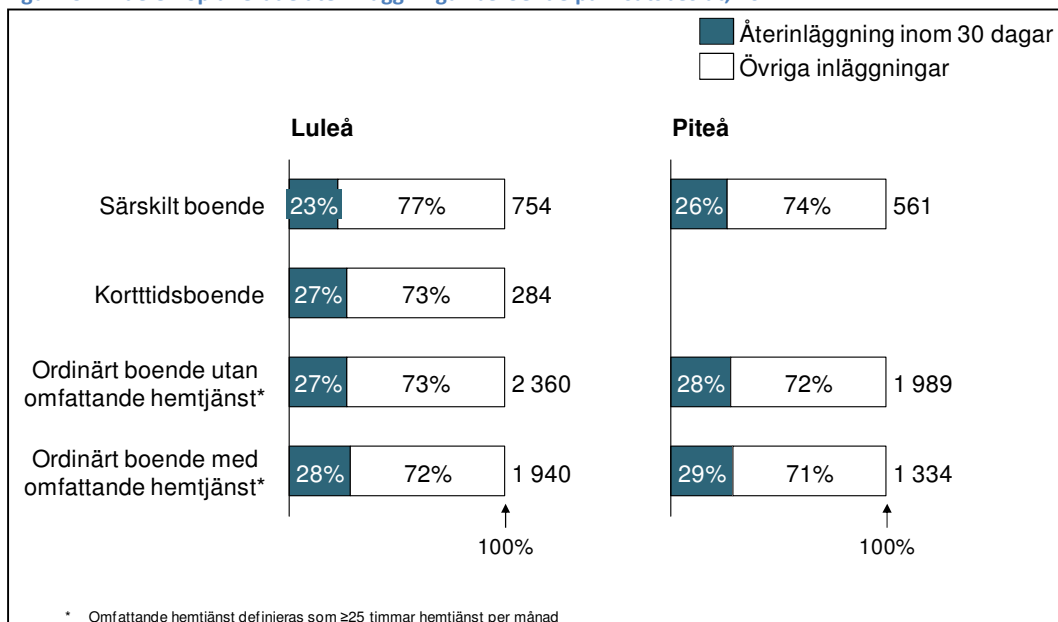
Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun; Health Navigator analys

Mest sjuka äldre som har fått beslut om särskilt boende har något lägre återinläggningsfrekvens än individer med andra boendeformer (Figur 19). För individer i särskilt boende är 23% (Luleå) respektive 26% (Piteå) av individernas slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning inom 30 dagar. För mest sjuka äldre som bor i ordinärt boende är motsvarande andelar 27% (Luleå) respektive 28% (Piteå).

<sup>12</sup> Mätt som ACG, Adjusted Clinical Groups.

<sup>13</sup> Mätt som CNI, Care Need Index.

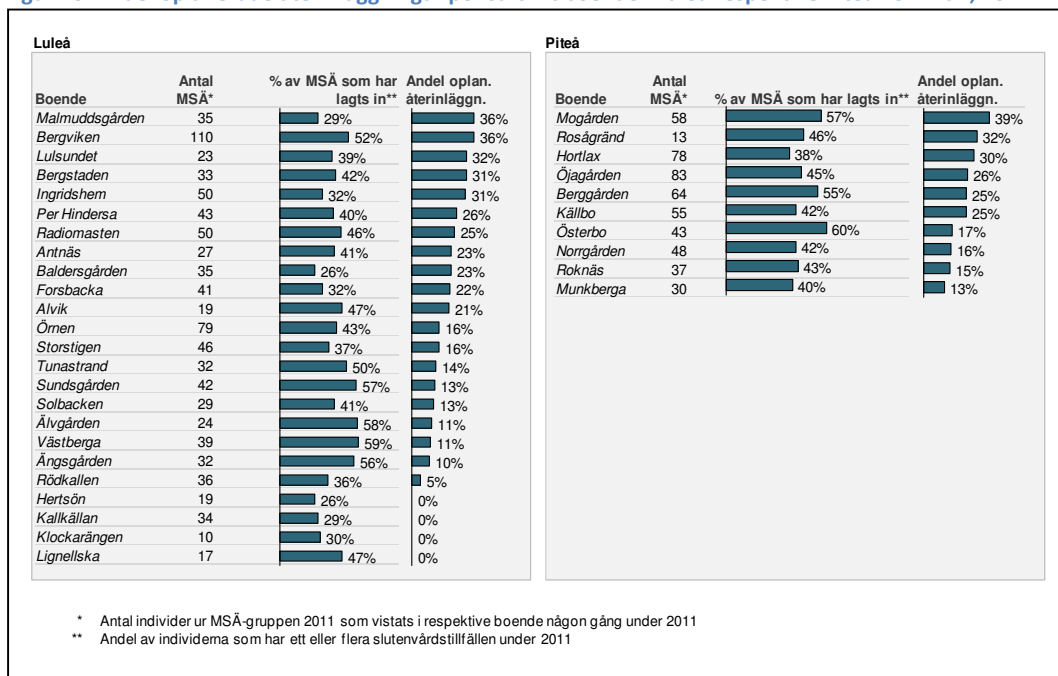
Figur 19. Andelen oplanerade återinläggningar beroende på insatsbeslut, 2011.



Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun, Health Navigator analys

För olika särskilda boenden syns dock stora skillnader i andelen oplanerade återinläggningar, trots att boendena överlag tar hand om samma typ av individer. Andelen oplanerade återinläggningar skiljer sig från 36% (Malmuddsgården och Bergviken) till 0% (Hertsön, Kalkällan, Klockarängen och Lignellska) i Luleå och 39% (Mogården) till 13% (Munkberga) i Piteå. Någon naturlig förklaring till dessa skillnader har hittills inte kunnat hittas.

Figur 20. Andel oplanerade återinläggningar per särskilt boende i Luleå respektive Piteå kommun, 2011.

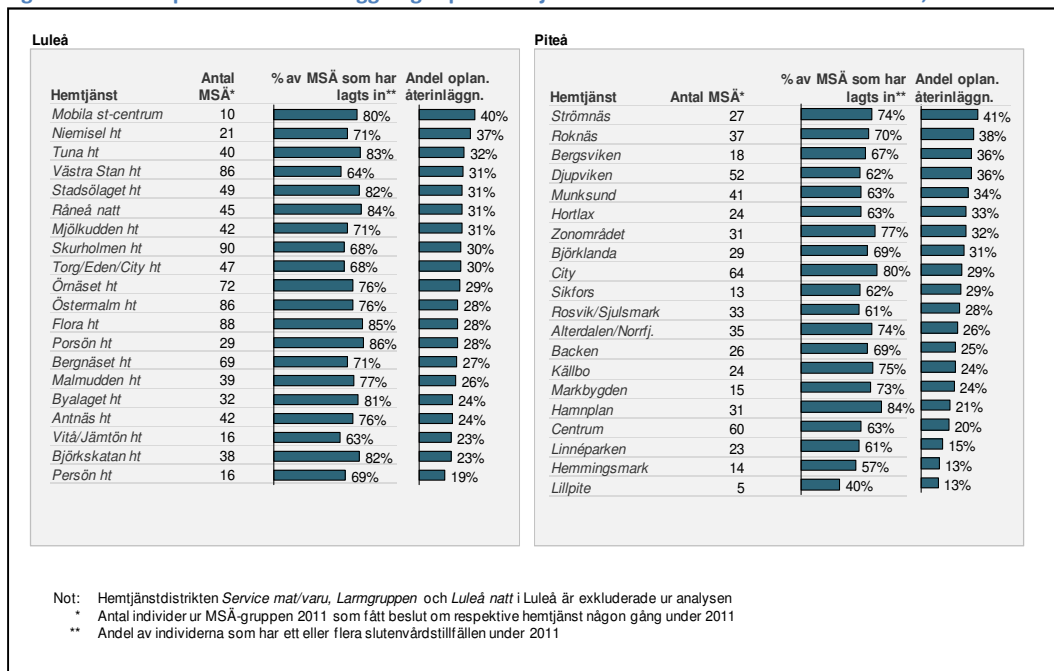


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun, Health Navigator analys

Likaså har stora skillnader i återinläggningsfrekvens identifierats mellan individer som hanteras av olika hemtjänstdistrikt i kommunerna. I Luleå är återinläggningsfrekvensen 40% för individer med insatser från "Mobila st-centrum" och 19% för individer med insatser från "Persön hemtjänst". I Piteå

är motsvarande andelar 41% för individer med insatser från "Strömnäs hemtjänst" och 13% för individer med insatser från "Lillpite hemtjänst" (Figur 21).

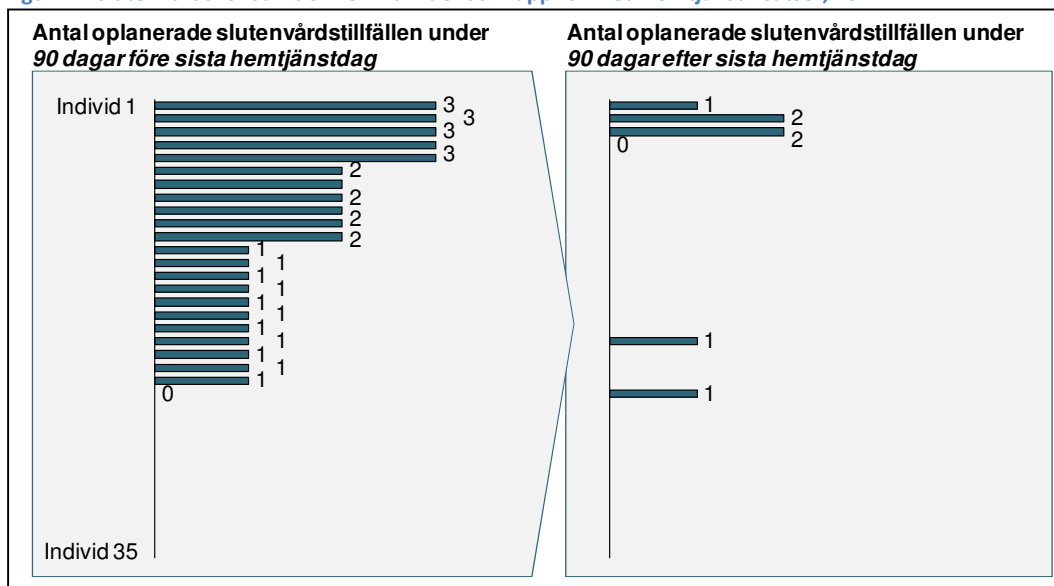
Figur 21. Andel oplanerade återinläggningar per hemtjänstdistrikt i Luleå och Piteå kommun, 2011.



Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun, Health Navigator analys

En särskild analys har genomförts av hur vårdkonsumtionen har utvecklats för individer vars hemtjänstinsatser upphör. Vårdkonsumtionen har analyserats för invånare i Piteå kommun som tidigare har haft omfattande hemtjänst (minst 25 timmar per månad) men som avslutat hemtjänst helt under 2011. Det har inte varit möjligt att utifrån tillgänglig statistik avgöra varför individernas hemtjänstinsatser upphör (uppsagda av individen själv eller efter bedömning av biståndshandläggare), det är dock säkerställt att individerna inte har avlidit. Under de 90 dagarna efter sista hemtjänstdagen har individen mindre eller lika mycket oplanerad vård som under de tidigare 90 dagarna före sista hemtjänstdagen. Det finns således inga tecken på att vårdkonsumtionen ökar när individens hemtjänstinsatser upphör. Detta kan möjligen tolkas som att det var "rätt" beslut att upphöra med hemtjänst i dessa fall.

Figur 22. Slutenvårdskonsumtion för individer som upphör med hemtjänstinsatser, 2011.

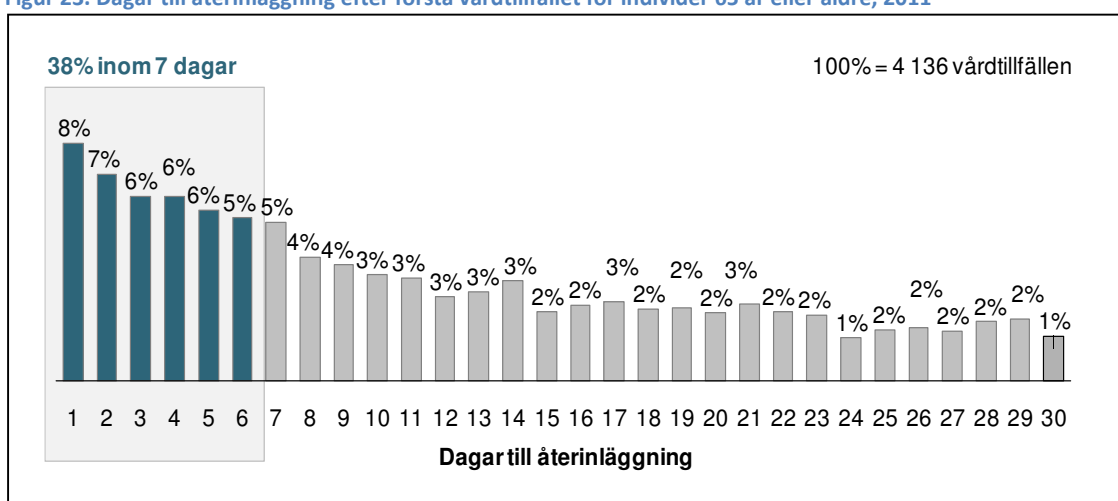


Källa: Vård- och omsorgsstatistik från NLL, Luleå kommun och Piteå kommun, Health Navigator analys

### Tid till återinläggning

Drygt en tredjedel av alla oplanerade återinläggningar inom 30 dagar bland individer 65 år och äldre sker redan under den första veckan efter hemkomst, vilket talar för att den första perioden efter utskrivning från sjukhus är kritisk för den äldre (Figur 23).

Figur 23. Dagar till återinläggning efter första vårdtillfället för individer 65 år eller äldre, 2011



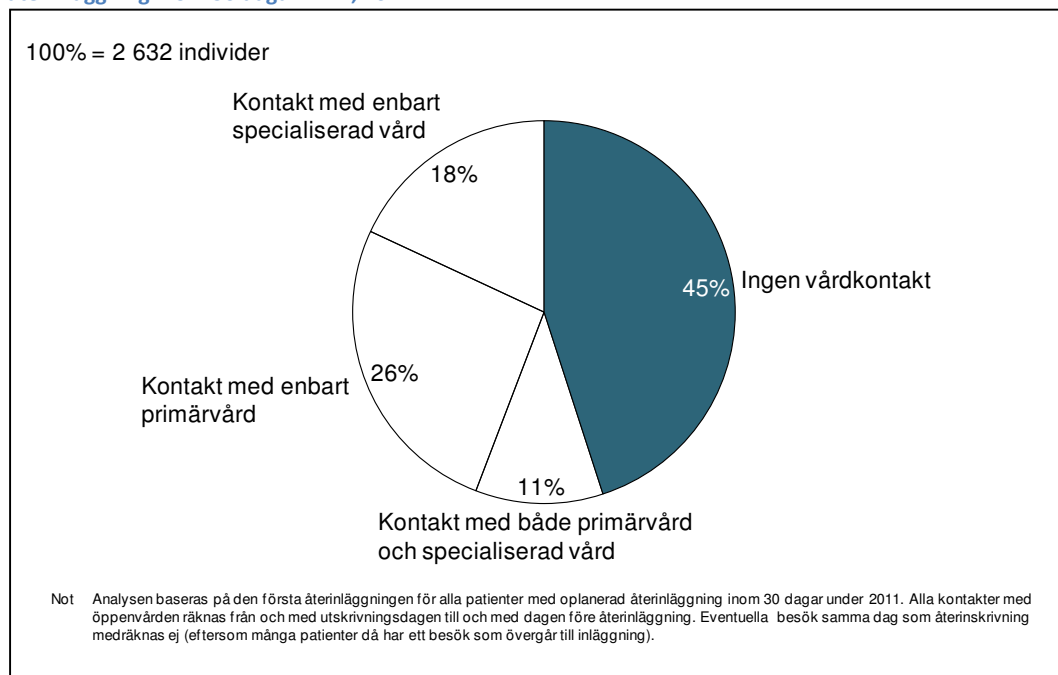
Källa: NLL, Health Navigator analys

### Vårdkontakter under tiden före ett oplanerat slutenvårdstillfälle

En analys av eventuella vårdkontakter mellan utskrivning och en oplanerad återinläggning inom 30 dagar visar att nära dagar visar att nära hälften av de patienter som återinläggs oplanerat inom 30 dagar inom NLL inte haft någon haft någon vårdkontakt överhuvudtaget (direkt eller indirekt) mellan utskrivning och den oplanerade återinläggningen, återinläggningen, vilket kan tyckas anmärkningsvärt då patienten är tillräckligt sjuk för att ny inläggning ska bli inläggning ska bli nödvändig inom 30 dagar (

Figur 24).

Figur 24. Andel patienter 65 år och äldre som haft olika typer av vårdkontakter mellan en inläggning och en oplanerad återinläggning inom 30 dagar i NLL, 2011.



Källa: Vårdstatistik från NLL, Health Navigator analys

## Förslag till fortsatt utvecklingsarbete inom NLL och länets kommuner

De genomförda analyserna ger en bild av hur vården och omsorgen inom NLL, Luleå och Piteå kommun fungerar. Analysresultaten pekar på vissa särskilt intressanta målgrupper för fortsatt utvecklingsarbete. Nedan redovisas tre sådana exempel:

- Analyserna indikerar att vårdkonsumtionen skiljer sig starkt för individer i mest sjuka äldregruppen som omhändertas av olika hemtjänstdistrikt eller bor i olika särskilda boenden. Dessa stora variationer har inte kunnat förklaras av någon naturlig anledning, såsom ålders- eller diagnoskillnader. Ca 1 150 mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun har omfattande hemtjänst (mer än 25 timmar/månad) och ca 1 600 mest sjuka äldre bor i särskilt boende. Ett möjligt utvecklingsarbete framöver är att, i samverkan, arbeta med hemtjänstdistrikt och/eller boenden för att förstå vad skillnaderna beror på och vad som går att lära och överföra från de aktörer vars brukare har lägst oplanerad vårdkonsumtion.
- Vidare indikerar analysresultaten att utskrivningsprocessen från slutenvård och uppföljningen efter utskrivning bör förstärkas. Det är tydligt att de första dagarna efter utskrivning från slutenvård är kritiska för att förebygga återinläggningar, samtidigt har uppemot hälften av äldre ingen vårdkontakt mellan en inläggning och en återinläggning. Ca 2 240 mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun skrivs ut från slutenvården varje år. Landstinget påbörjar under 2013 ett separat arbete med två sjukhus i syfte att stärka utskrivningsprocessen och säkerställa en tidig uppföljning efter hemgång. Detta initiativ ligger i linje med analysresultaten i denna rapport.
- Slutligen finns indikationer på att vissa diagnoser, såsom KOL och hjärtsvikt, är intressanta för ett förstärkt omhändertagande. Ca 10% av alla vårdtillfällen för mest sjuka äldre är en återinläggning inom 30 dagar i samma diagnos som den äldre skrevs ut med vid föregående vårdtillfälle. KOL och hjärtsvikt är här de vanligaste diagnoserna. Vidare är KOL och hjärtsvikt kroniska sjukdomar där en kontinuerlig kontakt med primärvården kan påverka på vilket sätt sjukdomen utvecklar sig. Ca 200 mest sjuka äldre i Luleå och Piteå kommun besöker öppen- eller slutenvården med en KOL-diagnos varje år och ca 210 med en hjärtsviktsdiagnos. Det finns diagnosspecifika riktade insatser, t.ex. vårdcoacher eller vårdlotsar, som visat goda resultat för KOL- och hjärtsviktspatienter. Detta utgör ett möjligt spår för fortsatt utvecklingsarbete.

Om NLL och länets kommuner väljer att fortsätta arbeta kring någon av dessa målgrupper bör arbetet inledas med att konkretisera på vilket sätt målgruppen praktiskt kan identifieras i den löpande verksamheten och hur det förändrade arbetssättet kring dem bör utformas och organiseras. Målsättningen med ett sådant arbete bör vara att förebygga undvikbara slutenvårdstillfällen och minska antalet återinläggningar så att målen i äldresatsningen kan uppnås. Utöver de prestationsbaserade medlen finns det en signifikant resurs- och kvalitetsmässig potential i att förebygga oplanerade slutenvårdstillfällen för äldre: Varje oplanerad inläggning innebär i genomsnitt sex dagars vårdtid för den äldre och ca 40 000 kr i vårdkostnader för landstinget. Dessa resurser motsvarar kostnaden för ca 21 dagar i särskilt boende, 16 dagar i korttidsboende eller 52 timmar hemtjänst.