

ÄLDRE PERSONERS RÄTT TILL OMVÅRDNAD

– Behov, kompetenser, myter och evidens





Produktionsfakta

Utgivare Svensk sjuksköterskeförening

Text Anna Ehrenberg, Per Enarsson, Helle Wijk & Anna Condelius

Illustrationer Maja Modén

Grafisk form Losita Design AB, www.lositadesign.se

Tryck Åtta45, 2015

ISBNnummer 978-91-85060-26-9

Förord

År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara 65 år eller äldre. Detta ställer stora krav på kunskapen om åldrandet och åldrandets sjukdomar och omvårdnad av äldre personer – i synnerhet när det gäller de allra äldsta. Äldre personer som bor på särskilda boenden är ofta multisjuka eller har nedsatt beslutsförmåga, i huvudsak till följd av demenssjukdom.

De finns i dag goda kunskapsunderlag som visar att hög omvårdnadskompetens inte bara ger en kvalitativt bättre omvårdnad, det ger också en effektivare vård. Ändå förefaller varken stat, landsting eller kommuner ha en strategi för hur omvårdnadskompetensen i vården av äldre skall kunna säkras och utvecklas.

Vård och omsorg av äldre skall vara personcentrerad och bygga på evidensbaserad kunskap där vetenskapliga metoder används för att förstå och bedöma den äldre personens komplexa vårdbehov. Trots det stora behovet har idag bara två procent av sjuksköterskorna en specialistutbildning inom äldrevård.

Svensk sjuksköterskeförening har i mer än 100 år arbetat med att utveckla omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening vill gärna ha dialog med kommuner och landsting, staten, pensionärsorganisationer och alla som är intresserade av en god omvårdnad för äldre personer.

Broschyren har utarbetats på uppdrag av Svensk sjuksköterskeförening av styrelseledamöterna:

Anna Ehrenberg, leg sjuksköterska, professor

Per Enarsson, leg sjuksköterska, doktor i omvårdnad

Helle Wijk, leg sjuksköterska, docent i omvårdnad

Ett varmt tack till **Anna Condelius**, leg sjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap, som författat avsnittet *Äldres överkonsumtion av vård och omsorg – en myt?*



Vikten av hög kompetens i vården av äldre personer

Rätt till god omvårdnad

Åldrandet pågår hela livet, det startar när vi föds. Men hur gammal är gammal? Dagens nyblivna pensionärer verkar vara betydligt yngre än två generationer bort och som 65-åring vill man nog inte bli sedd som gammal. Alla framtidsanalyser visar att antalet äldre fortsätter att öka fram till år 2060. En nyfödd flicka har i genomsnitt 83 år framför sig och en nyfödd pojke 79 år. Åldrandet är något som berör oss alla. Det är äldre människor som behöver definiera hur deras behov av vård och omsorg ser ut – inte de yngre.

Är det därför som vi som är mitt uppe i medelåldern, med ett öga framåt och ett öga bakåt i livet – börjar förnimma, kanske börjar förstå att vi inte förstått hur det är att bli beroende av sina medmänniskor i nästan allt kring sin person för att klara sin vardag? Det finns anledning att påminna om det som skrevs i den statliga utredningen senior 2005: "Människovärdet är inte beroende av en persons samhällsnytta och sociala status, inte heller av personens egen livsuppskattning. Det är också rimligt att tolka människovärdesidén som en rätt till integritet och som en jämlikhetsinriktad rättvisepincip...//... Att synliggöra och motverka negativ särbehandling på grund av hög ålder handlar ytterst om att främja mänskliga rättigheter för alla."

Sjuksköterskor har en etisk fordran att uppmärksamma utsatta personer. I inledningen på ICNs, International Council of Nurses, kod kan läsas: "Sjuksköterskornas fyra grundläggande ansvarsområden är främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Behovet av omvårdnad är universellt. I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och bli bemött med respekt. Omvårdnad skall ges respektfullt, oberoende av ålder, hud-

färg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning...” (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Utmaningarna

Samtidigt som andelen befolkning som är över 65 år enligt Statistiska centralbyrån beräknas öka från 18,4 procent år 2010 till 25,3 procent år 2060 så uppstår nya utmaningar i att få socialtjänstens och vårdens resurser att räcka till alla som behöver stöd. Vid sidan av vården får anhöriga ta ett mycket stort ansvar för sina nära.

Framtidsplaner tyder på att fler äldre kommer att bo kvar i egna hemmet längre innan man flyttar till ett särskilt boende. Tiden på särskilt boende blir då relativt kort – i dag omsätts var tredje plats årligen i en kommun, majoriteten bor alltså kortare än två år på äldreboende. De som bor på äldreboende är redan multisjuka eller har nedsatt beslutsförmåga, i huvudsak till följd av demenssjukdom.

Varje år insjuknar uppemot 25 000 personer i en demenssjukdom. Det totala antalet demenssjuka i Sverige beräknas till närmare 160 000 personer år 2014, en siffra som kommer att stiga i takt med att den äldre befolkningen ökar i antal. Enligt Svenskt Demenscentrum beräknas år 2025 att 180 000 personer har en demenssjukdom, år 2050 kan det vara 240 000 drabbade – om dagens befolkningsprognoser slår in.

Ensamhetsproblematiken återstår också att möta och hantera som äldre – två tredjedelar av de äldre i nationella patient- och brukarundersökningen anger att ensamheten är ett problem och störst på särskilt boende.

Det kommer att krävas hög omvårdnadskompetens hos vårdpersonalen för att möta de ökade behoven. Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar i äldreboenden visar också på att hög omvårdnadskompetens och hög kvalitet i vård och omsorg är viktigt när äldre själva får komma till tals.

Specialistutbildade sjuksköterskor ger säkrare vård – flera studier har visat det (Aiken et al, 2014).

Vidare visar de årliga nationella patient- och brukarundersökningarna att äldre sätter kvalitet i vården högt. Ändå förefaller varken stat, landsting eller kommuner ha en tydligt uttalad strategi för hur omvårdnadskompetensen i vården av äldre skall kunna säkras och utvecklas. De statliga utvecklingssatsningar som bedrivits de senaste åren har snarare haft fokus på att landsting och kommuner skall prestera vård utifrån fastställda



nivåer på olika nyckeltal – och mycket lite kring hur innehållet i en varaktig god omvårdnad till äldre skall kunna säkras.

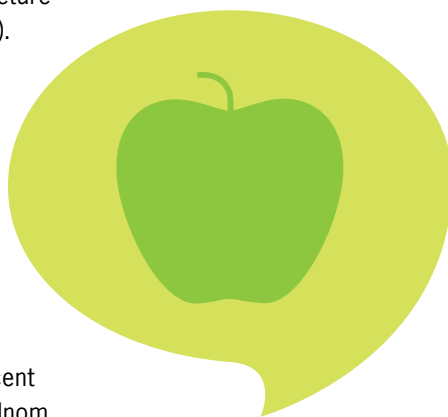
Det kommer att behöva rekryteras mycket personal de kommande åren. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, pekar i en ny rapport på att vård och omsorg behöver 225 000 nya medarbetare fram till år 2023 (Sveriges kommuner och landsting, 2014).

En stor andel av dessa behöver vara specialistutbildade sjuksköterskor. De finns i dag goda kunskapsunderlag som visar att hög omvårdnadskompetens inte bara ger en kvalitativt bättre omvårdnad, det ger också en effektivare vård med bättre resursanvändande.

Specialistutbildade sjuksköterskor ger god omvårdnad, men handleder också vårdpersonal och planerar vårdverksamheten på såväl patientnära som övergripande nivåer. Ändå har antalet specialistutbildade sjuksköterskor vid mätning år 2012 minskat från 65 procent till 47 procent inom hela hälso- och sjukvårdsområdet. Inom verksamhetsområdet äldreomsorg är det mindre än två procent av sjuksköterskorna som har specialistutbildning i äldrevård.

Äldre människors rätt till särskilt boende regleras av socialtjänstlagen. Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (Socialtjänstlagen, SoL. 5 kap. 4 §). Ändå får många personer avslag på sin ansökan om särskilt boende med motivering att behov inte föreligger eller att behoven kan tillgodoses på annat sätt. Svensk sjuksköterskeförening menar att det är den äldre personen själv som ska avgöra om och när hen vill flytta till ett särskilt boende och anser att alla personer över 80 år ska ha rätten att få en plats på särskilt boende. Kommunerna skall inte kunna neka plats.

Hur kommer det sig att specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg inte efterfrågas? En möjlig förklaring kan vara kompetensbrist i strategisk ledning hos huvudmännen, en annan möjlig förklaring är att staten inte anser att vården av de mest sjuka äldre kräver särskild kompetens och därmed är ovillig att reglera området. Staten har hittills via tillsynsmyndigheterna Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg inte krävt annat än grundutbildning till sjuksköterska inom flera vårdområden, däribland vården av äldre. Varken i den så kallade Ädelreformen i början av nittiotalet eller i den nu pågående hemsjukvårdsreformen, där omvårdningsansvar för äldre flyttas från landsting till kommuner, finns särskilda krav på personalens kompetens utöver grundutbildning. Kommuner och landsting behöver stöd av staten för att identifiera sina kompetensbehov i vården av äldre personer.



Svensk sjuksköterskeförening har i mer än 100 år arbetat med att utveckla omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening vill gärna ha dialog med kommuner och landsting, staten, pensionärsorganisationer och alla som är intresserade av en god omvårdnad för äldre personer.

Svensk sjuksköterskeförening anser att

- Vården av sköra äldre personer med stora omvårdnadsbehov måste förbättras.
- Äldre personer har rätt till hög omvårdnadskompetens vilket förutsätter tillräckligt många specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg.
- Kommuner och landsting behöver anta strategier för att säkerställa hög omvårdnadskompetens i såväl det patientnära arbetet som på strategisk nivå. Vården för äldre personer ska vara personcentrerad utifrån varje uniks persons behov.
- Även personer vid särskilda boenden måste garanteras tillgång till legitimerade yrkesutövare som läkare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Teamet är en nyckelfaktor för att uppnå en god och säker vård.
- Äldre personers möjligheter till självbestämmande behöver stärkas.
- Äldre personer över 80 år ska ha rätt att flytta in på särskilt boende när de själva så önskar, kommunen ska inte kunna neka plats.
- Staten behöver identifiera kompetensbehov i vården av äldre personer.

REFERENSER

Aiken, L., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931), 1824-1830.

International Council of Nurses (2014) *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*
Svensk sjuksköterskeförening.

SOU (2003):91 *SENIOR 2005 – Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.*

Sveriges Kommuner och Landsting (2014) *Rapport: Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vård och omsorg.*

Sköra äldre i akutsjukvården

År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara 65 år eller äldre. Detta ställer stora krav på hälso- och sjukvårdens kunskap om åldrandet och åldrandets sjukdomar – i synnerhet när det gäller de allra äldsta och de som är "sköra". Skörhet avser inte nödvändigtvis multisjuklighet, utan kan visa sig som ett tillstånd av kraftigt nedsatt funktion, vilket innebär att personen har små marginaler för att upprätthålla sin förmåga i det dagliga livet. En "banal" sjukdomsepisod eller tillfälligt behov av sjukhusvård kan för en skör person medföra att hela livssituationen ställs på ända. För en skör äldre person, kan akut sjukdom utan anpassat omhändertagande innebära att det blir omöjligt att återgå till det tidigare boendet efter vårdtidens slut, eller i värsta fall kan det leda till en för tidig död.

Socialstyrelsen har tidigare visat på brister i både kompetens och rutiner i omhändertagandet av äldre personer på svenska akutmottagningar. Bristande bemanning, otillräcklig kompetens i vården av äldre, överbeläggningar och ett ökande antal sköra äldre medför långa väntetider på akutmottagningarna. Dessa långa väntetider har visat sig drabba de sköra äldre särskilt hårt, vilket är oacceptabelt med tanke på deras särskilda sårbarhet.

De flesta landsting har idag en regel om att vistelsetiden på akuten inte får överstiga fyra timmar, vilket har visat sig svårt att leva upp till. En undersökning av Socialstyrelsen 2012 visade att 15–44 procent av alla akutmottagningsbesök överskred den uppsatta fyra-timmarsgränsen. Variationen mellan olika sjukhus var stor, vilket ger en bild av en ojämlig akutsjukvård. Vid en av landets största akutmottagningar uppfylldes fyra-timmarsmålet endast för hälften av patienterna över 75 år och fler än 1 000 patienter över 75 år tvingades vänta mer än åtta timmar på akutmottagningen.

Denna situation vittnar om stora brister i omhändertagandet och är oacceptabelt ur såväl ett etiskt-, som omvårdnads- och medicinskt perspektiv.

Det är uppenbart att akutsjukvården i Sverige är dåligt anpassad för att möta äldre personers specifika behov. I och med ett minskat antal vårdplatser, kortare vårdtider och ökad specialisering saknas ofta förutsättningar i form av kompetens och resurser för att möta de äldres sammansatta behov. Omhändertagandet brister av de som har en komplex sjukdomssituation, oklara symtom och kognitiv nedsättning, och som därmed ofta har de största vårdbehoven. Konsekvensen blir att många äldre återkommande hamnar på akutmottagningen utan att få en helhetsbedömning och åtgärder insatta baserat på deras komplexa situation.

Följden av brister i omhändertagandet av äldre inom akutsjukvården riskerar att bli en ond cirkel med trycksår, fallskador, närings- och vätskeproblem och förvirringstillstånd – problem som orsakar ytterligare onödigt lidande, längre vårdtider, ökat beroende och ökade kostnader för samhället. Risken är också stor för att den äldre personen drabbas av bestående nedsatt funktionsförmåga och blir beroende av vård och omsorg på ett sätt som hade kunnat undvikas med rätt anpassade insatser.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har granskat den samlade forskningen om effektiva metoder för bättre omhändertagande av äldre som söker akut sjukhusvård. Rapporten beskriver ett arbets sätt som på svenska kallas "strukturerat omhändertagande av äldre" (på engelska: Comprehensive Geriatric Assessment, CGA). Omhändertagandet innebär att team med olika yrkeskompetenser, som minst bör utgöras av läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, gör en gemensam helhetsbedömning av den sköra äldre patientens behov, ansvarar för planering och genomförande av vården under hela vårdtiden på sjukhus.

Metoden innebär att en samlad bedömning görs av medicinska, funktionella, sociala och psykologiska behov och anpassning av vården utifrån den äldre personens specifika behov.

SBUs granskning visar att ett teambaserat strukturerat omhändertagande av äldre resulterar i bättre funktionsförmåga och ökade möjligheter för äldre personer att bo kvar i sitt eget hem efter utskrivning från akut sjukhusvård. Det vetenskapliga underlaget har brister och bygger främst på studier från andra länder än Sverige varför det är angeläget att pröva och utvärdera metoder för ett strukturerat omhändertagande av äldre inom svensk hälso- och sjukvård. Det är också angeläget att samverka i vård och omsorg av äldre förbättras. Omhändertagande av äldre inom kommunal vård, primärvård och sjukhusvård begränsas tyvärr alltför ofta av den egna organisationens kortsiktiga perspektiv och budgetamar.

REFERENS

SBU (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre*. En systematisk litteraturoversikt.





Varför behövs hög omvårdnads-kompetens vid vård av äldre?

Studier visar att äldre personer inom kommunal vård och omsorg har en hög sjukvårdskonsumtion under sista året i livet (Ernst Bravell, Malmberg & Berg, 2010). När det gäller personer i särskilt boende ökar antalet in-skrivningar vid sjukhus de sista veckorna i livet och en betydande andel avlider på sjukhus, trots att intentionen från samhället är att man ska kunna få vård och omsorg vid livets slut i sin hemmiljö oavsett var man bor. En av orsakerna kan vara bristen på geriatrisk specialistkompetens och låg sjukskötersketäthet i äldrevården. Socialstyrelsens kartläggning år 2012 av geriatrisk kompetens visade att av de 12 316 sjuksköterskor som arbetar inom den kommunala äldrevården var det bara 197 som hade en specialistutbildning (1,9 procent) med inriktning mot vård av äldre. Både Socialstyrelsen och regeringen har pekat på detta som ett stort problem för äldrevården.

De äldres behov av vård och omsorg kommer att utgöra en allt större del av kommunernas och landstingens verksamhet. Genom satsningar på forskning och utveckling inom omvårdnad, rehabilitering och medicin har vi idag mer kunskap om hur vi kan identifiera vårdbehov och ge en god omvårdnad och behandling åt de äldre än för enbart fem–tio år sedan. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Vård och omsorg av äldre skall vara personcentrerad och bygga på evidensbaserad kunskap där vetenskapliga metoder används för att förstå och bedöma den äldre personens komplexa vårdbehov.

För att kunna möta den äldre personens komplexa somatiska, psykiska, kognitiva hälsoproblem och multisjuklighet krävs en längre sammanhållen utbildning. Specialistjuksköterskeutbildningen, inriktning vård av äldre, bygger på evidensbaserad kunskap för att möta den äldre personens komplexa

vårdbehov. Den är en fördjupning av kunskaper, färdigheter och förmågor i förhållande till utbildning på grundnivå. I specialistsjuksköterskeutbildningen utvecklas studenternas förmåga att självständigt integrera och använda kunskaper, och att hantera komplexa företeelser, frågeställningar och situationer med mera. Studenterna förbereds för en yrkesverksamhet med stora krav på självständighet eller för forsknings- och utvecklingsarbete (Högskolelag, SFS 1992:1434).

I specialistsjuksköterskeutbildningen inom vård av äldre integreras teori och praktik i form av studieuppgifter som genomförs under den verksamhetsförlagda utbildningen. Det kan vara teoretiska frågeställningar som studeras och omsätts i praktiken eller autentiska komplexa situationer hämtade ur praktiken och som analyseras och studeras teoretiskt i relation till omvårdnad på avancerad nivå. Exempelvis kan studenterna genomföra en intervju med en äldre person, göra en eller flera observationer samt utföra strukturerade bedömningar av de hälsoproblem eller besvär som den äldre personen beskriver eller observationerna visar. Studenterna knyter an till relevanta åldrandeteorier och aktuell forskning inom området och ger förslag på omvårdnadsåtgärder som kan förbättra den äldre personens situation, men även öka vårdkvaliteten inom den egna verksamheten. Genom att koppla teori och praktiskt handlande på detta sätt stimulerar utbildningen till att studenterna vågar tänka nytt och se vårdandet på sin egen arbetsplats med nya ögon. Det innebär även att avdelningens/enhetens vårdkvalitet kan bli synlig redan under utbildningens gång. Utbildningen skapar specialistsjuksköterskor inom vård av äldre som är rustade att hantera den omfattande och komplexa sjukdomsbild som är vanligt förekommande hos sköra äldre inom primärvård, hemsjukvård, slutenvård och inom särskilda boendeformer för äldre. Specialistfunktionen är inriktad på att främja hälsa, förebygga och behandla ohälsa samt att samordna omvårdnaden vid komplexa, somatiska och psykiatriska tillstånd hos äldre personer.

Idag träffar ofta multisjuka äldre personer flera olika specialister, som alla försöker följa rekommendationer för sjukdomar inom sin egen specialistkompetens. Rekommendationerna riskerar att krocka och leda till oönskade konsekvenser, till exempel inskrivningar på sjukhus och att för många interagerande läkemedel ordinerar (Nilsson 2012). Detta organisatoriska problem belyser vikten av att ha en sjuksköterska med specialistkompetens med ett samlat ansvar för samordning av vård, omsorg och omvårdnad för personer med multisjuklighet. Samtidigt är det betydelsefullt att sjuksköterskan har kännedom om förbättringskunskap för att omsätta forskningsbaserade resultat i utvecklingen av vården.

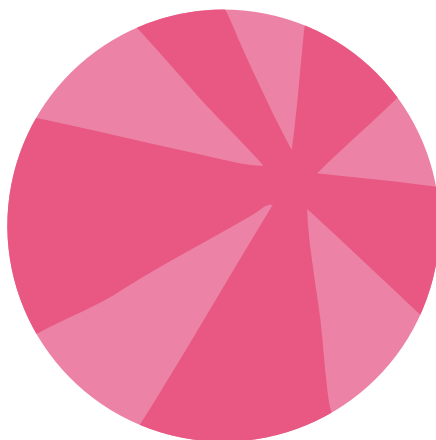
REFERENSER

Ernst Bravell, M., Malmberg, B., Berg, S. (2010) *End-of-life care in the oldest old. Palliative & Supportive Care*, 8: 335–344.

Nilsson, G. (2012) Multisjuklighet är mer regel än undantag. Men forskningen har inte hängt med i dagens vårdverklighet. *Läkartidningen* nr 43–44 2012 volym 109 pp 1940–1941.

SFS 1992: 1434. *Högskolelag*.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning*.





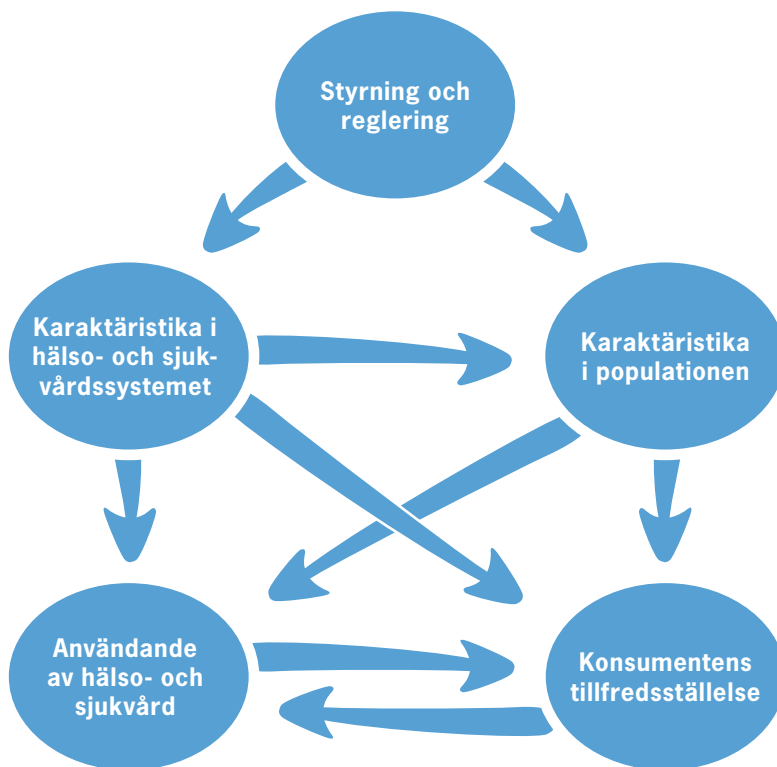
Äldres överkonsumtion av vård och omsorg – en myt?

Femton procent av de som är 65 år eller äldre och som skrivs in inom slutenvård under ett år har visat sig bli återinskrivna 3–15 gånger och står för 35 procent av alla inskrivningar som görs i den här åldersgruppen (Condelius et al, 2008). Tretton procent av de äldre som fått ett beslut om kommunalt bistånd har 3–15 inskrivningar inom slutenvård det första året och står för 57 procent av inskrivningarna (Condelius et al, 2011). De äldre som har tre eller fler sjukhusvistelser under ett år har också signifikant fler kontakter med läkare i öppenvård än de äldre med färre inskrivningar (Condelius et al, 2008).

Det förefaller således som att en liten grupp äldre konsumerar betydligt mer sluten- och öppenvård än andra äldre. Utifrån de här siffrorna är det lockande att dra slutsatsen att äldre överkonsumerar hälso- och sjukvård. Frågan är bara om vi kan dra den slutsatsen? Svaret är nej. Åtminstone inte utifrån de siffror som presenteras ovan. Användande av hälso- och sjukvård är nämligen ingen isolerad företeelse utan ett komplext fenomen som behöver analyseras och förstås i relation till flera faktorer.

För att förtydliga komplexiteten i användandet av hälso- och sjukvård refereras till ett teoretiskt ramverk (Aday & Andersen, 1974). Ramverket utgörs av fem övergripande domäner varav en domän är just användandet av hälso- och sjukvård. Ett antagande bakom ramverket är att användande av hälso- och sjukvård är ett mänskligt beteende som är beroende av den sociala kontext som användandet sker i. Som framgår av bilden är användande av hälso- och sjukvård beroende av hur hälso- och sjukvården styrs och regleras vilket i sin tur har betydelse för hur hälso- och sjukvården är organiserad och vilka resurser som finns tillgängliga. För att en person skall få tillträde till hälso- och sjukvård räcker det inte att det finns vårdinrättningar tillgängliga i samhället utan individen behöver också ha vissa medel som gör det möjligt för hen att

omvandla ett behov av vård till faktiskt användande av vård. Sådana personbundna resurser kan utgöras av ålder, familjerelationer, utbildning, inkomst eller personens egen syn på hälsa och ohälsa och beteenden i relation till detta. Den faktor som bör ha mest betydelse i relation till användande av hälso- och sjukvård och omsorg är dock individens behov. Vård på lika villkor eller en rättvis fördelning av sjukvårdens resurser förutsätter vård primärt utifrån behov och inte utifrån andra faktorer som till exempel inkomst, kön eller bostadsområde.



Aday & Andersen 1974 (Fritt översatt av A Condelius)

För att problematisera användande av hälso- och sjukvård och visa på hur användande kan framställas och tolkas på olika vis återanvänds siffrorna som nämnts ovan. Siffrorna säger att 13 procent blev inskrivna 3–15 gånger under det första året efter beslut om kommunalt bistånd vilket är signifikant mer än övriga äldre med biståndsbeslut. Vad siffrorna inte säger är att medelantalet inskrivningar i slutenvård i den här gruppen minskar över tid från 4,4 det första året till 1,1 det tredje året och att medelantalet kont-

akter med läkare i öppenvård också minskar från 18,6 till 12,9 det tredje året (Condelius et al, 2011). Siffrorna säger inte heller att användandet av slutenvård och öppenvård minskar signifikant bland alla äldre som fått ett biståndsbeslut eller att andelen inskrivningar som gruppen med tre eller fler inskrivningar står för minskar från 57 procent till 10 procent det tredje året. Den grupp som inte hade några inskrivningar på sjukhus det första året efter biståndsbeslut ökade sin andel av inskrivningarna från noll till 53 procent det tredje året (Condelius et al, 2011).

Om användande av hälso- och sjukvård undersöks över tid blir det uppenbarligen inte längre självklart att det är en och samma grupp som konsumerar mycket eller mer hälso- och sjukvård än någon annan. Det går inte heller att utgå från att samma grupp står för en stor andel av vårdkonsumtionen. Detta visar att användande av hälso- och sjukvård fluktuerar över tid och att det därför är viktigt att specificera vilken grupp och för vilken tidsperiod siffrorna gäller. Det som inte ska förbises är att eftersom användandet av slutenvård och öppenvård minskar över tid minskar det också i takt med att personerna blir äldre. Medelåldern bland de som erhåller beslut om kommunalt bistånd har visat sig ligga över 80 år. En alternativ tolkning av siffrorna är således att ökad ålder ger minskad tillgång/access till primär- och slutenvård efter beslut om kommunalt bistånd vilket är i kontrast till påståendet att äldre överkonsumerar vård.

För att problematisera frågan ytterligare kan ännu en dimension lyftas till analysen, om personerna erhållit ett beslut om kommunalt bistånd i ordinärt eller i särskilt boende. De äldre som fått beslut om insatser i ordinärt boende visar sig då ha signifikant fler inskrivningar i slutenvård än de som fått en plats i särskilt boende under första och andra året (Condelius et al, 2010). De i ordinärt boende hade också signifikant fler kontakter med läkare i öppenvård de tre första åren efter beslutet. Återigen blir det tydligt hur viktigt det är att specificera vilken grupp siffrorna gäller. Eftersom statistiken visar att användandet av hälso- och sjukvård minskar tiden efter beslut om kommunalt bistånd, framförallt för dem i särskilt boende, kan det ligga nära till hand att dra slutsatsen att det är kommunernas insatser som ger ett minskat användande av hälso- och sjukvård bland äldre. Kan vi säga det?

Nej, eftersom vi inte vet hur användandet såg ut före biståndsbeslutet. Om vi däremot ser på användandet av hälso- och sjukvård bland äldre de två åren före beslut om kommunalt bistånd visar forskning att antalet kontakter med läkare i öppenvård och frekvensen av inskrivningar i slutenvård ökar och att mer än hälften av inskrivningarna sker fem månader före biståndsbeslutet (Kristensson et al, 2007). Utifrån detta är det möjligt att säga att användandet av hälso- och sjukvård ökar tiden före beslut om kommunalt bistånd för att sedan minska åren efter och att kommunens insatser kan ha bidragit till

minskningen. Innan vi ger kommunerna en eloge för detta bör vi fundera över vad som hade hänt om beslutet om kommunalt bistånd hade kommit fem månader tidigare, det vill säga innan användandet av hälso- och sjukvård ökade? Kan ökningen i användande av hälso- och sjukvård tiden före biståndsbeslut vara ett resultat av att kommunerna blivit mer restriktiva och ger bistånd först när hälsan sviktar och behoven är mer omfattande?

Detta för oss in på de domäner i det teoretiska ramverket som handlar om betydelsen av styrning och hälso- och sjukvårdens organisation i relation till användande av vård och omsorg. Antalet vårdplatser i slutenvård har minskat under 2000-talet och alltmer vård utförs i öppenvård vilket kan förklara varför primärvården står för den största kostnadsökningen (14 procent) under 2005–2009 (Socialstyrelsen, 2011). Vårdtyngden bland de patienter som vårdas i slutenvård har dessutom ökat med nio procent under samma period vilket indikerar en hårdare gränsdragning för vilka som får tillträde/access till sådan vård. Samma utveckling har skett inom äldreomsorgen där allt fler äldre med omfattande behov vårdas hemma och andelen äldre som beviljas plats i särskilt boende har minskat kraftigt de senaste åren utan att en större andel har beviljats hemtjänst (Socialstyrelsen, 2011).

Hur resurser fördelas och görs tillgängliga har betydelse för vilka som får vård, vilken vård de får samt hur mycket och när. Om antalet platser inom slutenvård har minskat innebär det i praktiken att någon som tidigare hade varit aktuell för slutenvård i stället behöver vårdas någon annanstans. Om användandet av öppenvård ökar på grund av färre platser i slutenvård kan vi då tala om en överkonsumtion av öppenvård? Kanske är det bara en naturlig följd av organisatoriska förändringar och att det i befolkningen finns ett fluktuerande behov av vård som behöver tillfredsställas någonstans i vårdapparaten.

Som nämnt tidigare är det väsentligt att användande av hälso- och sjukvård sätts i relation till ett behov. Att mäta behov är inte enkelt och kan antingen uppskattas objektivt med hjälp av olika undersökningar och diagnoser eller skattas subjektivt utifrån individens egen upplevelse. Om man vill förstå eller förklara användande av hälso- och sjukvård är det viktigt att klargöra hur och vem som definierar behovet. Hur ser då behovet ut bland personer som använder "mycket" hälso- och sjukvård?

De äldre som har tre eller fler inskrivningar i slutenvård under ett år har visat sig ha signifikant fler registrerade diagnoser som representerar signifikant fler diagnosgrupper än äldre med färre inskrivningar (Condelius et al, 2008) vilket indikerar att de har en mer komplex sjukdomsbild. Det är också fler i den här gruppen som avlider på sjukhus än bland de med färre inskrivningar. Av de äldre som erhåller kommunala insatser är det mellan 39–46 procent som har någon form av kognitiv nedsättning, 23–38 procent behöver hjälp med personlig ADL, 28–36 procent besväras av yrsel, 26–32 procent

har periodvis svår ångest eller oro, 29–40 procent besväras av periodvis nedstämdhet, 13–15 procent har periodvis svår smärta, 3–5 procent har kroniska sår och 4–8 procent har trycksår. Närmre hälften av dem som får ett beslut om kommunalt bistånd har visat sig avlida inom tre år (Condelius, 2009).

Detta visar återigen att ett beslut om kommunalt bistånd kommer mycket sent i livet när hälsan sviktar och därmed också behovet av vård kan förväntas öka. De faktorer som i statistiska analyser har visat sig ha samband med flera inskrivningar i slutenvård bland äldre är primärt behovet i form av antalet diagnoser, fysiskt förmåga och upplevd oro och ångest. Sämre fysisk förmåga har visat sig innebära minskad sannolikhet att bli inskriven i slutenvård vilket indikerar sämre tillgänglighet för personer med fysisk funktionsnedsättning. Andra faktorer som också har visat sig ha samband med antalet inskrivningar i slutenvård bland äldre är antalet kontakter med läkare i öppenvård vilket visar att användande av slutenvård inte enbart kan förklaras utifrån behov utan också utifrån hur vården är organiserad (Condelius, 2009).

Är då påståendet att äldre överkonsumerar vård och omsorg en myt? I påståendet ikläds den äldre personen rollen som konsument med resurser att själv bestämma när, var och hur hen ska konsumera vård och omsorg. Dessutom ger det intryck av att det finns obegränsat med resurser inom vård och omsorg som det står fritt att konsumera för mycket av. Det ger också intryck av att det finns en definierad gräns för vad som är ett normalt användande av vård och omsorg och som vi kan utgå ifrån och säga att någon överkonsumerar. Frågan är då var gränsen går för underkonsumtion?

Ambitionen med texten har varit att visa på hur komplex frågan om användande av hälso- och sjukvård är och hur svårt det är att dra definitiva slutsatser från enstaka siffror.



REFERENSER

Condellius, A., Edberg, A.K., Jakobsson, U., Hallberg, I.R. (2008) Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr.* 46 (1): p. 41–55.

Condellius, A., Hallberg, I.R., Jakobsson, U. (2011) Hospital and outpatient clinic utilization among older people in the 3–5 years following the initiation of continuing care: a longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res*, 11: p. 136.

Aday, L.A., Andersen, R. (1974) A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.*, 9 (3): p. 208–20.

Condellius, A., Hallberg, I.R., U. Jakobsson, U. (2010) Medical healthcare utilization as related to long-term care at home or in special accommodation. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 51 (3): p. 250–256.

Kristensson, J., Hallberg, I.R., Jakobsson, U. (2007) Healthcare consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about long-term municipal care. *Health Soc Care Community.* 15 (5): p. 474–85.

Socialstyrelsen (2011), *Lägesrapport Hälsa- och sjukvård och socialtjänst.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Condellius, A., (2009). *Utilization of medical healthcare among older people in relation to long-term municipal care in PhD thesis, Lund university, Department of Health Sciences.* Lund University.



ÄLDRE PERSONERS RÄTT TILL OMVÅRDNAD

– Behov, kompetenser, myter och evidens



Svensk sjuksköterskeförening

Baldersgatan 1
114 27 Stockholm
Tel 08-412 24 00
www.swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionella organisation. Vi företräder professionens kunskapsområde med syfte att främja forskning, utveckling, utbildning samt kvalitetsutveckling inom vård och omsorg. Alla legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande kan bli medlemmar.
www.swenurse.se