



# Onödig slutenvård av sköra äldre

En kunskapsöversikt

Sammanfattning

# Varför vårdas sköra äldre

---



Den här broschyren är en sammanfattning av rapporten *Onödig slutenvård av sköra äldre – en kunskapsöversikt*, skriven av Theresa Larsen, Hanna Falk och Angela Bångsbo.

Fler exemplar av den här broschyren liksom rapporten kan beställas och laddas ner på [www.grkom.se/fouivast](http://www.grkom.se/fouivast).

# på sjukhus i onödan?

---

**DEN SJUKVÅRD SOM IDAG** erbjuds sköra äldre är många gånger dåligt rustad att hantera gruppens ofta omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov. En konsekvens av detta är att många äldre vårdas på sjukhus i onödan, bland annat för brister i läkemedelsbehandlingen, skador som förvärvats i vården eller diagnoser som borde kunna hanteras i öppenvården. Exakt hur många äldre som slutenvårdas i onödan, eller som för den delen inte får den slutenvård de faktiskt skulle behöva, vet vi dock inte. Studier kommer fram till olika resultat. Eftersom forskningen använder olika definitioner, är det svårt att dra några säkra slutsatser om hur vården av sköra äldre kan förbättras.

**DET FINNS INTE EN ENSKILD** lösning som kan minska dagens problem i vården och omsorgen om sköra äldre. Om vården ska förändras krävs att man angriper problemet på flera olika nivåer och ur ett flertal perspektiv samtidigt. Omfattande geriatriska bedömningar, till exempel, är verkningslösa om det inte finns en vårdorganisation som kan möta upp mot individens kartlagda behov.

**ONÖDIG SLUTENVÅRD AV SKÖRA** äldre kan bero på både påverkbara och opåverkbara faktorer. Vissa faktorer påverkar behovet av slutenvård rätt omgående, exempelvis en felaktig behandling, medan andra, såsom bristande tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal med geriatrisk specialistkompetens, kan ta många år att få bukt med. Kopplingen är otydlig mellan enskilda förbättringsinsatser i vården av sköra äldre och indikatorerna undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar. Det är problematiskt att fler och fler policies skapas för vården av sköra äldre trots att det många gånger saknas evidens för att de leder till förbättringar för den äldre patienten eller optimalt utnyttjande av samhällets resurser. Många förbättringsåtgärder som idag görs runt om i landet inom ramen för satsningen *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* kan mycket väl kan gagna den sköra äldre personen, men i dagsläget saknas till stor del förfinade mätmetoder för att man med säkerhet ska kunna uttala sig i termer av effektmått avseende onödig slutenvård.

# Uppdraget

---

**FOU I VÄST/GR HAR FÅTT** i uppdrag av Ledningsgruppen för samverkan i Västra Götalands län (Lisa-gruppen) att göra en flervetenskaplig kunskapsöversikt om varför sköra äldre vårdas på sjukhus i onödan. Kunskapsöversikten har möjliggjorts genom SKL:s och Socialdepartementets satsning på en evidensbaserad praktik och har tagits fram som ett led i Västra Götalands gemensamma analysarbete kring kvalitetsindikatorerna *undvikbar slutenvård* och *återinläggningar inom 30 dagar*.

**INDIKATORERNA UNDIKBAR SLUTENVÅRD** och återinläggningar inom 30 dagar används både i Sverige och utomlands som mått på slutenvårdens och öppenvårdens kvalitet, men de exakta definitionerna kan skilja sig åt mellan olika länder. I kunskapssammanställningen används därför *onödig slutenvård* som ett samlingsbegrepp istället.

**SKÖRA ÄLDRE ÄR OFTA VÄLDIGT** olika varandra avseende sjukdomsbörda, symtom och funktionsförmåga, även när de har samma kombination av kroniska sjukdomar. Det finns en rad olika definitioner av skörhet. De flesta innefattar flera samtidiga sjukdomstillstånd kombinerat med omfattande vård- och omsorgsbehov.

**OM MAN ANVÄNDER SIG AV** Socialstyrelsens definition av sköra äldre uppgick antalet till 305 000 personer i Sverige år 2011, vilket motsvarar 17 procent av befolkningen 65 år och äldre. I vetenskapliga studier, där andra definitioner används, uppges förekomsten av sköra äldre ligga på mellan 48–98 procent bland äldre över 80 år.

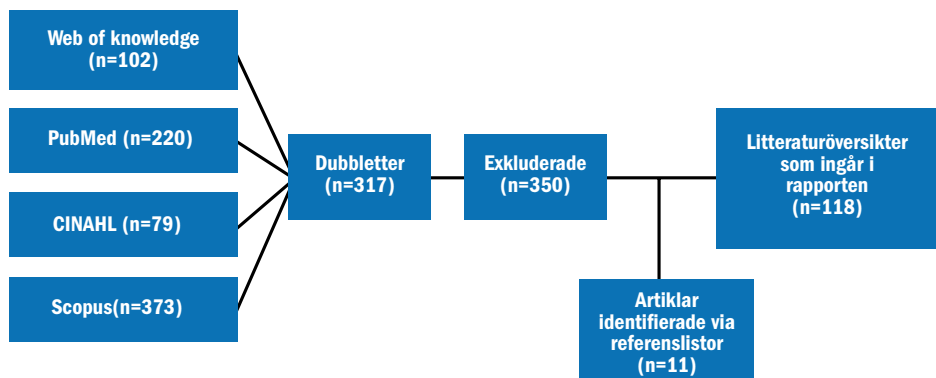
*Undvikbar slutenvård* är ett mått på öppenvårdens kvalitet, genom ett antal diagnoser som skulle kunna förebyggas om tillräckliga åtgärder vidtas i öppenvården. Diagnoserna är: anemi, astma, diabetes, kronisk hjärtsvikt, högt blodtryck, kronisk obstruktiv lungsjukdom, kärlkramp, blödande magsår, epilepsi, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen och njurar samt öron-näsa-halsinfektioner.

*Återinläggningar inom 30 dagar* är ett mått på slutenvårdens kvalitet och syftar till att fånga vårdtillfällen som sannolikt hade kunnat förebyggas med bättre samordning och vårdplanering. Måttet mäter inläggningar i slutenvård som sker inom 1 till 30 dagar efter att patienten skrivits ut från ett tidigare slutenvårdstillfälle.

# Metod

---

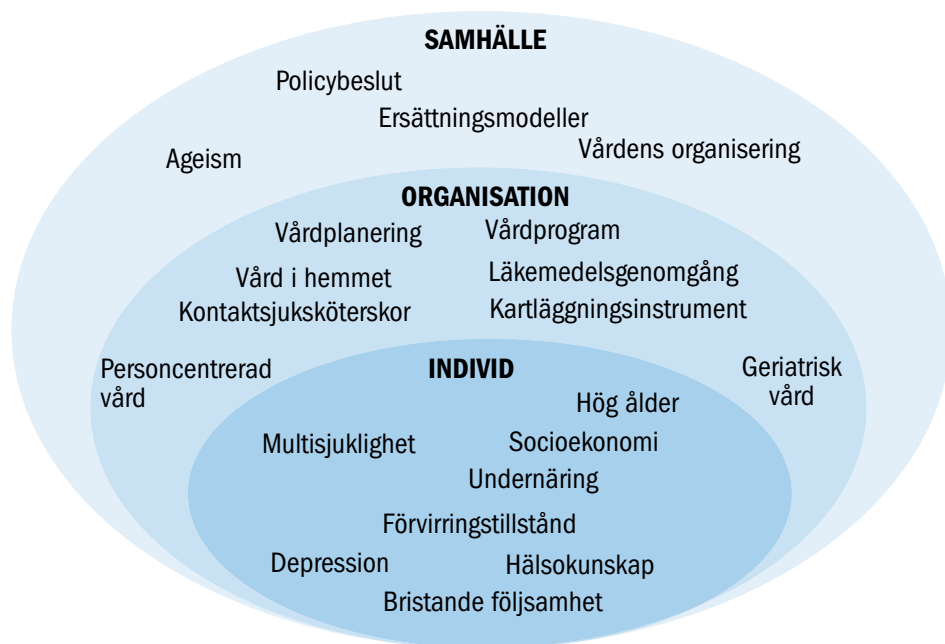
FÖR ATT IDENTIFIERA RELEVANT litteratur gjordes sökningar i vetenskapliga databaser på de engelska termerna *readmission, avoidable hospitalization, ambulatory care sensitive conditions, adverse outcome, transitional care, continuity of care, polypharmacy, discharge planning* och *delayed discharge* i kombination med *elder\** i rubrik och/eller sammanfattning. Ett mycket stort antal artiklar identifierades. För att göra uppdraget hanterbart avgränsades sökningarna till enbart översiktsartiklar. Kunskapssammanställningen grundar sig på 118 vetenskapliga översiktsartiklar publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter samt 11 forsknings- och myndighetsrapporter på svenska publicerade mellan 2003-2013.



# Resultat

---

GENOM LITTERATURGRANSKNINGEN HAR en rad faktorer identifierats som antas kunna påverka eller förklara varför sköra äldre slutenvårdas i onödan. Faktorerna kan grupperas i tre nivåer: individ-, organisations- och samhällsnivå.



# Individrelaterade faktorer

---

## *Multisjuklighet*

En av de största riskfaktorerna för onödig slutenvård av äldre är skörhet och multisjuklighet; att personen lider av två eller fler sjukdomar samtidigt. Studier visar att multisjuklighet bland personer 80 år eller äldre ligger på mellan 55 och 98 procent. Multisjuka äldre som dessutom lider av depression eller demenssjukdom löper ännu större risk att slutenvårdas i onödan. Individer över 65 år som lider av fyra eller fler kroniska sjukdomar löper 99 gånger så stor risk att slutenvårdas för en diagnos som definieras som onödig att slutenvårdas för. 30 till 60 procent av alla multisjuka sköra äldre förlorar minst en förmåga att självständigt klara aktiviteter i dagligt liv i samband med ett slutenvårdstillfälle.

För att bättre förstå sambanden mellan sköra äldre och onödig slutenvård i en svensk kontext skulle journalstudier behöva göras där man granskar enskilda slutenvårdsfall som definierats som undvikbara eller som återinläggningar inom 30 dagar. Först då blir det möjligt att avgöra om slutenvården de facto var onödig för den enskilde patienten.

## *Undernäring*

Undernäring är starkt kopplad till multisjuklighet och slutenvård av sköra äldre. Den ökar risken för läkemedelsbiverkningar, trycksår, infektioner och andra vårdrelaterade skador. Äldre sköra personer löper särskilt stor risk att drabbas av nutritionsproblem. Effekterna av olika nutritionsförbättrande insatser är svåra att mäta, då sköra äldres nutritionsstatus påverkas av flera faktorer. Det finns stor medvetenhet bland hälso- och sjukvårdspersonal om riskerna med undernäring och om dess samband med försämrad prognos och risk för död. Ändå är det ovanligt att sköra äldres risk för undernäring kartläggs. Få patienter med konstaterad undernäring remitteras till dietist för rådgivning och behandling.

Det saknas studier som undersökt sambanden mellan undernäring och förekomst av onödig slutenvård. Fler studier behövs.



## *Förvirringstillstånd*

Förvirringstillstånd, konfusion, bland sköra äldre är vanliga och utgör en stor riskfaktor att slutenvårdas i onödan. Tillståndet är ett symptom på sjukdom och stress som ofta drabbar sköra äldre på grund av deras små marginaler att hantera påfrestning. Det är vanligt att förvirringstillstånd feldiagnosticeras inom slutenvården vilket leder till ökat lidande för patient och anhöriga. Samband finns mellan förvirring och tidig hemgång från sjukhus, vilket ökar risken för onödig slutenvård.

Insatser som syftar till att förebygga förvirringstillstånd bör öka i syfte att minska frekvensen av onödig slutenvård bland sköra äldre. Det kan bland annat ske genom behandling mot uttorkning, tidig mobilisering och minskad förskrivning av läkemedel som kan leda till förvirringstillstånd.

## *Depression*

Depression är en vanlig sjukdom bland sköra äldre och drabbar mellan 10 till 15 procent av alla över 65 år. Vid hjärtsjukdom eller cancer räknar man med att 30 till 40 procent lider av depression. Dokumentationen av behandlingseffekter av antidepressiva läkemedel bland personer över 80 år är mycket begränsad, trots att användningen är högst i denna grupp.

Kunskap saknas om tidig diagnosticering och behandling av depression hos sköra äldre kan förebygga onödig slutenvård. Mer forskning behövs.



# Organisatoriska faktorer

---

## *Planering inför utskrivning från sjukhus*

En väl genomförd individanpassad vårdplaneringsprocess för sköra äldre bidrar till nöjdare patienter, anhöriga och personal. Det finns också stöd för att en individanpassad vårdplaneringsprocess sannolikt bidrar till att minska förekomsten av onödig slutenvård av sköra äldre, men på den punkten är kunskapsläget mer osäkert. Studier av effekter på sjuklighet, för tidig död och kostnader visar på motstridiga resultat eller saknas i stort sett helt. Det finns omfattande stöd för hur enskilda insatser kan bidra till en god vårdplaneringsprocess, exempelvis checklistor för att kvalitetssäkra patientens läkemedelsanvändning. Däremot är kunskapsläget mer osäkert avseende vilka kombinationer av insatser som kan förbättra vårdplaneringsprocessen.

Fler studier om kostnadseffektiviteten av vårdplanering behövs.

## *Samordning för att förebygga glapp mellan vårdgivare*

Det finns ett tydligt samband mellan brister i övergången från en vårdgivare till en annan och återinläggningar på sjukhus, vårdrelaterade skador och till och med för tidig död. Brister i kommunikationen mellan olika vårdgivare liksom att nödvändig information inte överförs från en vårdgivare till en annan är vanliga orsaker till problemen. Det finns stöd för att åtgärder som syftar till att kvalitetssäkra övergången från en vårdgivare till en annan är av värde för sköra äldre patienter, särskilt då flera olika insatser genomförts samtidigt både tiden före, under och efter slutenvård. Däremot är det osäkert om åtgärder för att kvalitetssäkra övergången från en vårdgivare har effekter på återinläggningar, antal slutenvårdsepisoder, vårdtidens längd eller antal akuta läkarbesök.

Fördjupade studier behövs av effekter av olika samordningsinsatser avseende kostnadseffektivitet, antal slutenvårdsepisoder, återinläggningar, vårdtidens längd och antal akuta läkarbesök.

## *Kontaktsjuksköterskor och andra koordinerande funktioner*

En vanlig insats för att förebygga uppkomsten av problem vid vårdens övergångar är olika former av individuellt stöd där en person ansvarar för att samordna vården kring den enskilda patienten. Det är svårt att dra några entydiga slutsatser om vilka effekter som kontaktsjuksköterskor eller andra typer av stödpersoner har på förekomsten av onödig slutenvård av sköra äldre. Studier visar på motstridiga resultat. Det finns dock omfattande stöd för att kontaktsjuksköterskor upplevs som positivt bland sköra äldre och att patienter som får tillgång till en kontaktsjuksköterska är mer nöjda med vården generellt än andra patienter. Däremot har de flesta studier på området inte granskat metodens kostnadseffektivitet.

Kunskapsläget är oklart om kontaktsjuksköterskor har någon effekt på återinläggningsfrekvens, onödig slutenvården och slutenvårdens längd. Fler studier i en svensk kontext behövs.

## *Tidig hemgång, förebyggande insatser och vård i hemmet*

Det har blivit vanligare att pröva tidig hemgång från sjukhus med stöd av multi-professionella team eller vård i hemmet som alternativ till slutenvård för äldre patienter. Befintliga studier visar olika och delvis motstridiga resultat om effekterna av dessa vårdformer. I en översiktsartikel dras slutsatsen att vård i hemmet istället för slutenvård på sjukhus kan leda till färre återinläggningar, medan det i en annan översiktsartikel framhålls att återinläggningsfrekvensen ökar på lång sikt. Det finns visst stöd för att äldre patienter som får vård i hemmet är mer nöjda med vården än patienter som slutenvårdas på sjukhus. Det finns också stöd för att strokepatienter generellt uppnår bättre funktionsförmåga och riskerar att drabbas av färre vårdrelaterade skador om de vårdas i hemmet istället för på sjukhus. Studier har visat att hjärtsviktpatienter som skrivs ut tidigt från slutenvård och istället följs upp via



telefon- och videosamtal kan ha färre återinläggningar på sjukhus relaterade till hjärtsviktsdiagnosen. Två översiktsartiklar visar att sjukgymnastik kan minska såväl kostnader för hälso- och sjukvård som vistelsetiden inom slutenvården. Det saknas belägg för att tidig hemgång från sjukhus eller vård i hemmet skulle vara mer kostnadseffektivt än slutenvård.



Fler studier behövs som undersöker kostnadseffektiviteten av vård i hemmet liksom frekvensen av vårdrelaterade skador och återinläggningar kopplat till vård i hemmet i en svensk kontext.

Kunskapen om effekter av förebyggande insatser i hemmet, exempelvis kring fallskador, är begränsad. Mer forskning behövs.

## *Bedömning av äldres funktionsförmåga*

Till viss del kan onödig slutenvård undvikas genom systematiska bedömningar av funktionsnedsättning. Omfattande geriatriska bedömningar kan identifiera de personer som riskerar att drabbas av undernäring, förvirring, trycksår eller fall, men även ligga till grund för hur vården organiseras utifrån den unika individens behov och resurser. De inkluderar skattningar av medicinsk status, nutritionstatus, fysisk och psykisk funktionsförmåga samt självuppskattning av hälsa och livskvalitet. Att självständigt kunna förflytta sig är en av de parametrar som används för att avgöra om en äldre patient kan skrivas ut från sjukhus. Dessvärre visar litteraturöversikterna att detta mått är otillräckligt för att göra en tillförlitlig bedömning.

Behovet av fortsatt instrumentutveckling för geriatriska bedömningar är mycket stort.

## Personcentrerad vård

Delaktighet i vårdplaneringsprocessen kan förbättra äldre personers förberedelse och delaktighet inför utskrivning samt medföra kortare vårdtider. Det som äldre personer anser vara viktigast i samband med utskrivningsprocessen överensstämmer inte alltid med det som vårdpersonalen anser vara viktigast, vilket påverkar de äldres delaktighet negativt. Det har visat sig att kompetent och tydligt ledarskap i högre utsträckning borgar för god vårdkvalitet än storleken på de ekonomiska resurser som avsätts för att utbilda personalen i personcentrerad vård. Även organisationsförändringar som ökar personalens möjlighet att bekräfta och respektera patienternas önskningsgrader ökar graden av personcentrering. Forskningen säger dock ingenting om modellen personcentrerad vård påverkar patientens sjukdomsburden eller frekvensen av återinläggningar.



Effekterna av att sköra äldre vårdas personcentrerat är fortfarande generellt sett okända. Fler studier av personcentrerad vård behövs som fokuserar på sjuklighet, dödlighet, återinläggningar, vårdtider och kostnadseffektivitet.

## Akuta vårdenheter för äldre och geriatrisk rehabilitering

Sköra äldre personer som slutenvårdas löper hög risk att drabbas av geriatriskt syndrom, vilket bland annat karaktäriseras av nedsatt funktionsförmåga, förvirring, trycksår, inkontinens och fall. Geriatrisk rehabilitering, där flera yrkesgrupper samordnar sina insatser utifrån den sköra äldres förmåga, ökar den äldre patientens välbefinnande och kan minska risken för återinläggning och utskrivning till vård- och omsorgsboende. Omfattande geriatriska bedömningar och geriatrisk rehabilitering måste dock kombineras med en i övrigt geriatriskt anpassad vård.

Geriatriska vårdenheter kan förbättra sköra äldres fysiska och psykiska funktionsförmåga genom att ta hänsyn till patienternas sammantagna behovsbild med flera parallella vård- och sjukdomsprocesser. Det multiprofessionella samarbetet är centralt.

All vård av äldre behöver genomsyras av ett geriatriskt förhållningssätt där man har kunskap och förmåga att möta sköra äldres behov. Ett sådant förhållningssätt ska inte vara förbehållet särskilda geriatriska vårdenheter.

## Felaktig läkemedelsbehandling leder till onödig slutenvård

Det finns övertygande belegg för att felaktig läkemedelsbehandling kan leda till onödig slutenvård. Kunskapsöversikten har identifierat hela 17 litteraturöversikter samt en svensk SBU-rapport som belyser sambandet mellan läkemedelsbehandling av sköra äldre och onödig slutenvård. Kunskapen om läkemedelsfunktioner hos äldre är dock begränsad. Det gäller särskilt när flera läkemedel används samtidigt och vid multisjuklighet. Kliniska prövningar av läkemedel görs sällan på äldre patienter.

Det saknas nästan helt studier av läkemedelsbehandling hos personer över 80 år samt hos multisjuka individer med omfattande läkemedelsbehandling. Mer forskning behövs.

Bristande följsamhet till ordinerad behandling är en vanlig orsak till att sköra äldre slutenvårdas i onödan. Låg kunskap om sjukdom och behandling, så kallad hälsokunskap, är en förklaring. Bland sköra äldre med hjärtsvikt har kvinnor oftare lägre utbildning, sämre hälsokunskap och är oftare ensamstående jämfört med äldre män, vilket kraftigt ökar risken att slutenvårdas i onödan. Följsamheten till ordination är högre bland de mest sköra äldre som vårdas på institution eller har hjälp med sin behandling från hemsjukvård eller hemtjänst. Det kan paradoxalt nog öka risken för biverkningar, eftersom patienten då inte längre självständigt kan välja bort eller justera ordinerad behandling. Förenklade instruktioner, påminnelser och uppföljningar i hemmet kan förbättra följsamheten till behandling bland sköra äldre i ordinärt boende.

Ungefär hälften av alla läkemedelsrelaterade inläggningar på sjukhus kan kopplas till blodförtunnande, vätskedrivande och antiinflammatoriska läkemedel. Av dessa beror drygt 30 procent på förskrivningsrelaterade problem, drygt 33 procent på att patienten inte följt ordinationen samt drygt 22 procent på brister i uppföljning och utvärdering av given behandling. I dagsläget saknas dock studier som bevisar att fokus på riskpreparaten minskar onödig slutenvård av sköra äldre.



Fler studier skulle behövas av vilken effekt insatser har som fokuserar riskläkemedel för äldre avseende förekomsten av undvikbar slutenvård.

Insatser för att minska läkemedelsrelaterade problem hos äldre i vårdens övergångar visar på varierande resultat. Digitala förskrivarstöd kan minska antalet fel i förskrivningen liksom läkemedelsbiverkningar, men har inte förbättrat äldres läkemedelsbehandling avseende sjuklighet, dödlighet, sjukvårdskonsumtion och livskvalitet.

I överenskommelsen *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* rekommenderas läkemedelsgenomgångar för att minska onödig slutenvård av sköra äldre. Det finns stöd för att regelbundna läkemedelsgenomgångar minskar antalet besök på sjukhusens akutmottagningar och mängden allvarliga läkemedelsbiverkningar. Däremot är det osäkert om de påverkar frekvensen av återinläggningar eller sjuklighet och dödlighet bland sköra äldre.

SBU framhåller att det inte finns någon enskild åtgärd som ensam kan lösa dagens problem i läkemedelsbehandlingen av äldre patienter. Det krävs flera samtidiga förändringar som rör informationshantering, rutiner och hjälpmedel för förskrivning och behandlingsuppföljning, distribution av läkemedel samt utbildningsinsatser.

Det är osäkert om läkemedelsgenomgångar har effekt på återinläggningar och sjuklighet bland sköra äldre och det saknas studier av effekterna på lång sikt liksom av kostnadseffektiviteten. Mer forskning behövs.

# Samhällsrelaterade faktorer

---

**HUR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN PLANERAS** och organiseras ur ett övergripande samhällsperspektiv har stor betydelse för om sköra äldre slutenvårdas i onödan eller inte. Det finns få studier som rör den komplexa styrningen av vården och omsorgen om sköra äldre specifikt. Endast fyra av de identifierade litteraturöversikterna om undvikbar slutenvård bland sköra äldre angriper frågan i huvudsak ur ett övergripande samhällsperspektiv och då utifrån snävt definierade frågeställningar i enskilda länders hälso- och sjukvårdspolicys. Slutsatserna är därför svåra att överföra till en svensk kontext. Bristen på översiktsartiklar beror bland annat på ett begränsat antal originalstudier, att det är svårt att jämföra och sammanställa resultaten från studier som gjorts i olika länder samt att många studier av hälso- och sjukvårdens styrning publiceras på andra sätt än i vetenskapliga tidskrifter. Översiktsartiklar är alltså inte de mest lämpliga källorna när kunskapen om onödig slutenvård av sköra äldre ska sammanställas ur ett samhällsperspektiv, särskilt inte om frågan ska beaktas utifrån en svensk horisont.

År 2011 fick den svenska stiftelsen Leading Health Care ett regeringsuppdrag att utarbeta modeller för ersättningssystem som är anpassade för de mest sjuka äldres behov. I rapporten *På väg mot en värdefull styrning* konstaterar de att dagens ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården i regel är utformade så att de stödjer enskilda verksamheter snarare än sammanlänkning mellan huvudmän. En stor utmaning är att förstärka den sammanhållande vårdkedjan i styrningen.

Nya ekonomiska styrsystem som gör vården och omsorgen om sköra äldre mer sammanhållen behöver prövas och utvärderas.

---

**Text och bild:** Theresa Larsen och Pia Schmidtbauer  
**Layout:** Infogruppen GR

---

**E**TT STORT ANTAL ÄLDRE VÅRDAS varje år på sjukhus på grund av felaktig läkemedelsbehandling, skador som de förvärvat i vården eller diagnoser som skulle kunna hanteras inom öppenvården.

FoU i Väst/GR har gjort en flervetenskaplig kunskapsöversikt om varför sköra äldre vårdas på sjukhus i onödan. Detta är en sammanfattning av rapporten. Den pekar på potentiella förbättringsmöjligheter och identifierar behov av fortsatt forskning.

Några av de slutsatser som dras är att det inte finns en enda lösning – exempelvis läkemedelsgenomgångar, samordnad vårdplanering eller kontaktsjuksköterskor – som kan lösa dagens problem i vården och omsorgen om sköra äldre. En annan är att det saknas evidens för många av de insatser som idag görs för att förbättra vården och omsorgen för målgruppen. Policybeslut grundar sig ofta på erfarenheter från insatser riktade till yngre patienter med *en* diagnos och inte multisjuka äldre med komplexa och sammansatta vårdbehov.

Kunskapssammanställningen har möjliggjorts genom SKL:s och Socialdepartementets satsning på en evidensbaserad praktik och har tagits fram som ett led i Västra Götalands läns gemensamma analysarbete kring undvikbar slutenvård.



**FoU**<sub>i</sub>**väst** GR

**FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET**  
Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 50 00  
Fax 031-335 51 17 • e-post [fou@grkom.se](mailto:fou@grkom.se) • [www.grkom.se/fouivast](http://www.grkom.se/fouivast)