

Anders Anell, ekonomie doktor, projektledare (aa@ihe.se)

Catharina Hjortsberg, filosofie magister, projektledare; båda vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund

## Omstruktureringen av vården – störst konsekvenser för de äldre

II Svensk hälso- och sjukvård har under 1990-talet genomgått omfattande förändringar. Tre förändringar av huvudmannskapet har genomförts eller är under genomförande: Ädel-, Psykiatri- samt Läkemedelsreformen. Nya styrformer har införts med beställare och ökade valmöjligheter. Ett husläkarsystem har införts samt avvecklats på flera håll i landet. Samtidigt med dessa förändringar har besparingar genomförts i sjukhusvården. Läkemedelskostnaderna har ökat. De stora omstruktureringarna har påverkat både vårdens och omsorgens utformning och innehåll, liksom de totala kostnadernas fördelning på olika vård- och omsorgsformer.

Tidigare studier av utvecklingen under 1980-talet har visat att vårdens expansion, t ex vad gäller antalet operationer, framför allt kommit de äldre till del [1]. Men numera hävdas allt oftare att just de äldre inte får den vård och omsorg de behöver. Går det att utifrån tillgänglig statistik bedöma hur de äldres konsumtion av vård och omsorg förändrats? Vem har i så fall ett övergripande ansvar för förändringarna? I denna artikel diskuteras utifrån aggregerad och tillgänglig statistik hur förändringarna under 1990-talet påverkat den vård och omsorg som ges till olika åldersgrupper, framför allt de äldre.

### Mer läkemedel, mindre slutenvård

De totala utgifterna för hälso- och sjukvård såsom de redovisas i nationalräkenskaperna är, justerat för prisförändringar, i stort sett oförändrade under perioden efter 1994 [2]. Utvecklingen före 1994 är svårare att bedöma på grund av att Ädelreformen ledde till en förändring i statistiken. Det finns dock inga tecken på att de totala utgifterna skulle ha minskat under 1990–1994 [3].

Bakom dessa siffror har emellertid betydande omstruktureringar ägt rum. De resurser som tilldelas den slutna vården har minskat – antalet vårdplatser minskade med 34 procent under perioden 1994–1997 [4] – samtidigt som utgifterna för läkemedel i öppen vård har ökat. En viktig förklaring bakom omstruktureringarna är en fortsatt satsning på de möjligheter ny teknologi erbjuder, däribland nya läkemedel [5]. Dessa investeringar har i många fall möjliggjort reducerade vårdtider eller lett till att slutna vård helt ersatts med behandling i öppen vård. Behovet av omvårdnad och slutna vård har på detta sätt minskat. Antalet läkare och sjuksköterskor har fortsatt att öka, medan antalet undersköterskor/biträden kraftigt minskat [6].

Men de omfattande neddragningarna inom den slutna vår-

### SAMMANFATTAT

Fortsatt teknologisk utveckling och minskat antal vårdplatser under 1990-talet har påverkat både vårdens och omsorgens innehåll, liksom de totala kostnadernas fördelning på olika vård- och omsorgsformer.

I denna artikel studeras utifrån nationell statistik hur dessa förändringar påverkat den vård och omsorg som ges till olika åldersgrupper, framför allt till de äldre.

Statistik som kan belysa resursanvändningen i olika åldersgrupper är bristfällig, men visar att omstruktureringarna haft störst konsekvenser för de allra äldsta.

De allra äldsta har fått mer högteknologisk vård, men samtidigt mindre omvårdnad inom sjukhussektorn. I utbyte ges omvårdnaden i större utsträckning genom kommunal äldrevård och av anhöriga.

Utvecklingen visar på framtida behov av gemensamma strategier för prioriteringar i vård och omsorg och hur verksamheterna ska finansieras.

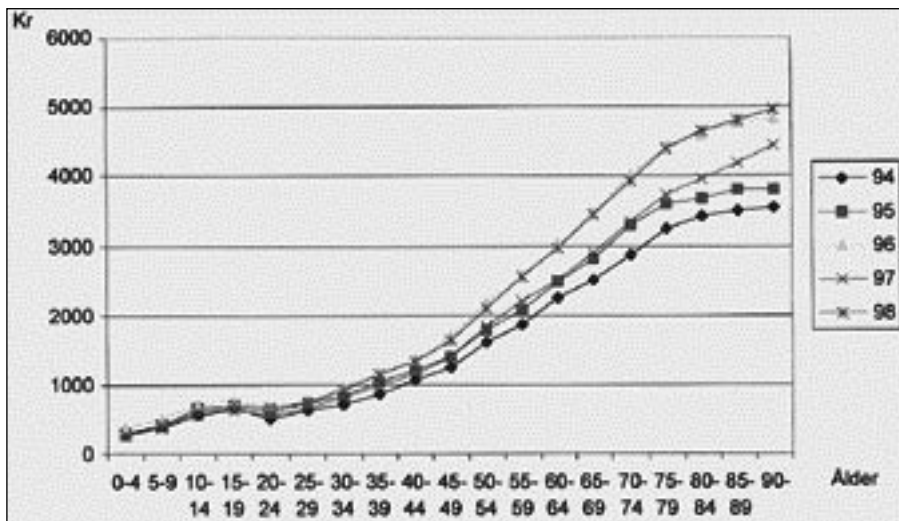
den är också resultatet av besparingskrav från sjukvårdens huvudmän. Det ska noteras att minskningen av antalet vårdplatser skett parallellt med att antalet äldre över 80 år ökat med cirka 18 procent under 1990-talet [7].

Läkemedelsförskrivningen, däremot, har inte varit föremål för samma hårda prioriteringar som sjukhusvården, detta som följd av den tidigare statliga finansieringen utan kostnadskontroll.

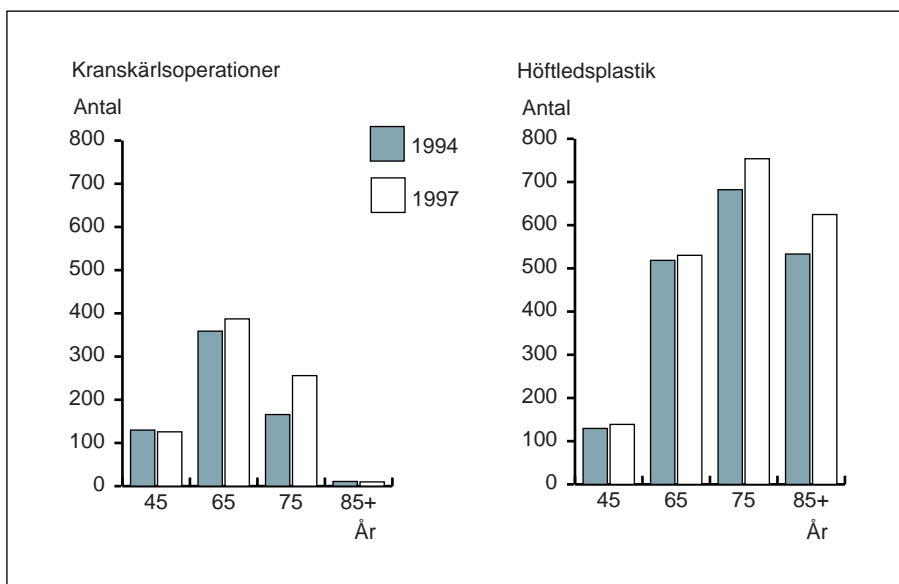
### Behandlingsmöjligheter prioriteras

Läkemedelskostnadernas utveckling visar också hur svårt det är för ansvariga läkare att prioritera bort nya behandlingsmöjligheter. Denna prioritering märks även på andra områden. T ex har nya sätt att operera medfört att vidgade behandlingsindikationer successivt tillämpats [8]. En intressant fråga är vad dessa fortsatta satsningar på ny teknologi och nya möjligheter betytt för olika åldersgrupper.

Enligt tillgänglig läkemedelsstatistik svarade åldersgrup-



**Figur 1.** Läkemedelsförsäljning till allmänheten (recept inklusive dosdispensering, baserat på uppgifter från 1999) per person i olika åldersgrupper år 1994–1998, AUP, kr, fasta priser (1994).



**Figur 2.** Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i olika åldersgrupper för kranskärlsoperation och total höftledsplastik 1994 och 1997. Källa: Landstingsförbundet. Sjukvårdsdata i Focus. www.lf.se

perna 65 år och äldre för 42 procent av all läkemedelsförsäljning under 1998, medan motsvarande procentandel 1994 var 40 procent. Uttryckt per person ökade försäljningen med 38 procent (från 2 997 kronor till 4 137 kronor) bland dem över 65 år, att jämföras med 30 procent (från 934 till 1 215 kronor) bland personer under 65 år (1994 års fasta priser, se Figur 1). Vid ett antagande om oförändrade relativa behov i olika åldrar kan alltså ingalunda hävdas att de äldre skulle vara förfördelade vad gäller läkemedelskonsumtionens utveckling, tvärtom.

För annan ny teknologi saknas underlag för att allmänt avgöra åldersfördelningen inom den grupp som denna kommer till del. Det kan dock konstateras att ökningen i antalet operationer framför allt berört de äldre; utvecklingen illustreras i Figur 2 med exempel från kranskärlsoperationer och total höftledsplastik. Denna utveckling kan till en del förklaras av nya kunskaper och minskade risker, men den beror sannolikt också på att allt fler äldre med slitna höftleder etc har god hälsa i övrigt och att man ställer större krav på behandling.

### Förändringar i vårdtider och äldreomsorg

På motsvarande sätt kan konsekvenser inom olika åldersgrupper av neddragningarna i vårdtider studeras. Av Figur 3

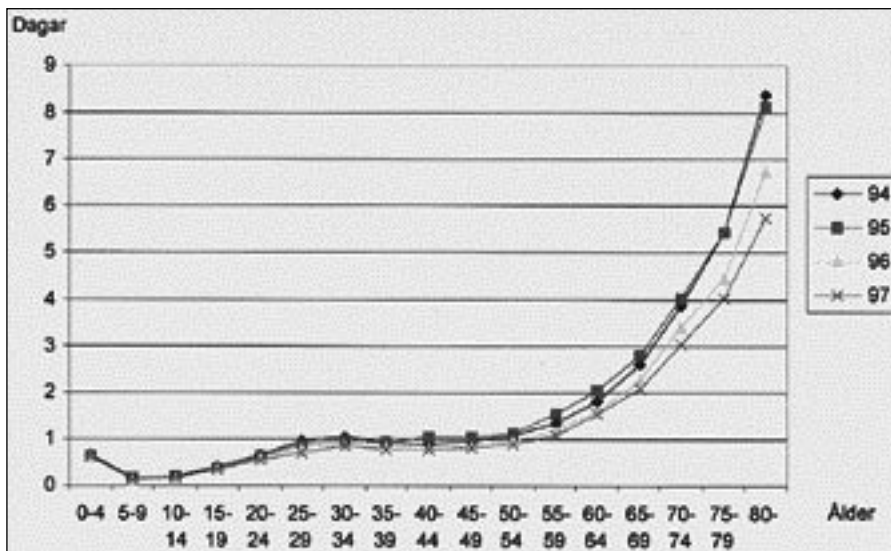
framgår tydligt den skeva åldersfördelningen i konsumtionen av slutenvård. De allra äldsta konsumerar en stor andel av den samlade vårdtiden, och åldersfördelningen här är mer skev än motsvarande för läkemedelskonsumtion. Det framgår också att den genomsnittliga konsumtionen av slutenvårdsdagar minskat mest för de allra äldsta, medan den är i stort sett oförändrad för befolkningen under 55 år (Figur 3).

En fokusering på utvecklingen av antalet vård dagar i olika åldersgrupper inom sjukhusvården ger dock ingen rättvisande helhetsbild. Antalet operationer bland de äldre har ju som nämnts ökat, liksom för övrigt det totala antalet intagningar [9]. Bakom utvecklingen står framför allt en förkortad medelvårdtid. Delar av den omvårdnad till äldre som tidigare gavs på sjukhusen ges numera i den kommunala omsorgen. Omvårdnaden har förskjutits från den landstingskommunala sektorn till den primärkommunala, vilket även överensstämmer med Ädelreformens intentioner. Omfattningen av denna utveckling är inte känd i detalj, men statistik av t ex utvecklingen av omsorgstagare och resurser i särskilda boenden och i hemtjänsten visar att den ägt rum.

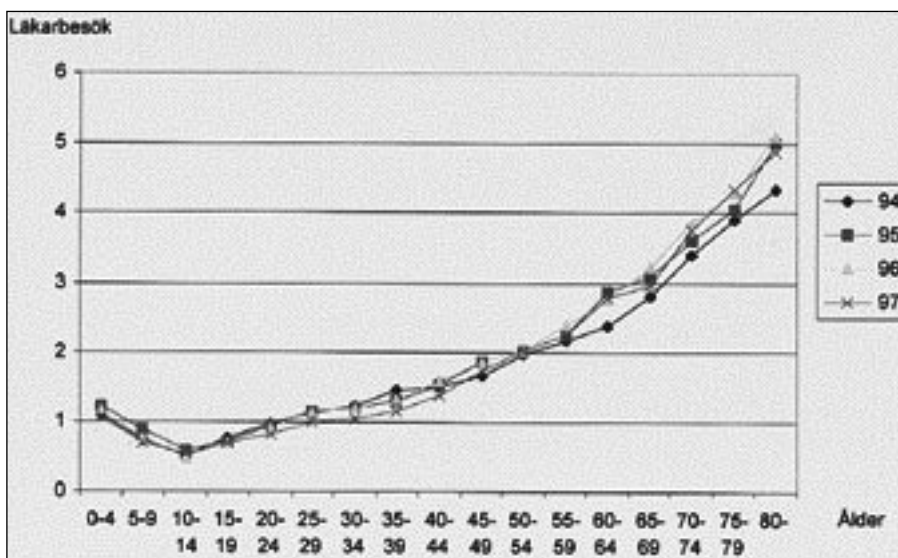
Som framgår av Tabell 1, som omfattar uppgifter om omsorg till både äldre och handikappade, har antalet äldre i särskilda boenden under perioden 1994–1997 inte ändrats särskilt mycket, och antalet personer med hemhjälp har till

# Annons

# Annons



**Figur 3.** Antal vård dagar per person (inklusive psykiatri) i olika åldersgrupper år 1994–1997. Källa: Beställning från Socialstyrelsen.



**Figur 4.** Antal öppenvårdskonsultationer per person i olika åldersgrupper år 1994–1997. Källa: Beställning från Apoteket AB (Diagnos-receptundersökningen).

och med minskat. Parallellt har antalet årsarbetare, och därmed kostnaderna totalt och per vårdtagare, ökat. Antalet årsarbetare i den offentligt bedrivna äldrevården ökade med 13 procent under perioden 1994–1997 [10]. Därutöver tillkommer en ökning i antalet årsarbetare genom nya entreprenader som inte ingår i den allmänna statistiken.

Kombinationen av ökade resurser och färre omsorgstagare totalt sett ska ses mot bakgrund av att de äldre har blivit fler och att omvårdnaden oftare sker utanför sjukhusen. De äldre som faktiskt blir omhändertagna inom kommunal omsorg kräver mer resurser. Den enkla hemhjälp som tidigare gavs har prioriterats bort för att kunna hjälpa de personer som har större behov. Den senare förändringen har i sin tur lett till att anhöriga i dag får ta ett större ansvar för de äldres behov av omsorg i jämförelse med under tidigt 1990-tal [10]. Förändringen har också inneburit att vårdtyngden och därmed kompetenskraven i kommunal vård och omsorg har ökat.

### Förändringar i öppenvården

En del av minskningen i den slutna vården kan också bero på överföringar till öppen vård. Trenden under hela 1990-talet har varit en ökning av antalet läkarbesök i primärvård medan antalet öppenvårdskonsultationer vid sjukhusens mottag-

ningar minskat. Många patienter som tidigare besökte läkare och annan personal på sjukhusens mottagningar har överförs till primärvården. Andelen akutbesök vid sjukhus har ökat samtidigt som primärvården har övertagit ansvar för patienter med kroniska sjukdomar, bland dem många äldre.

I Figur 4 visas det totala antalet öppenvårdskonsultationer (sjukhus och primärvård) uppdelat i olika åldersgrupper under 1994–1997. Enligt den samlade statistiken tycks inte besökens fördelning på olika åldersgrupper ha ändrats i någon större utsträckning under de studerade åren, fränsett en möjlig ökning bland de allra äldsta.

### Är äldre förfördelade?

Utifrån tillgänglig statistik går det inte att säga om de samlade resurserna som går till de äldsta, inklusive den kommunala äldrevården, har minskat. Även om det går att konstatera att en omfördelning skett mellan olika vårdformer, och att olika vårdformer har olika fördelning av resurserna med avseende på ålder, är det inte möjligt att entydigt och på aggregerad nivå bedöma effekterna av utvecklingen.

Kostnader i olika åldersgrupper är inte heller det enda relevanta måttet. En minskad kostnad för en patientgrupp behöver inte betyda att vården och omsorgen försämrats. Höga

kostnader kan vara ett uttryck för att adekvat behandling saknas, och kostnaderna kan då minskas med genombrott i form av ny effektiv behandling. Först när man kopplar utfallet av vården till kostnaderna går det att uttala sig om hurvida en bestämd resursfördelning kan försvaras med hänsyn till behov och aktuella prioriteringar.

Statistiken visar däremot tydligt att de omstruktureringar som skett under 1990-talet haft störst konsekvenser för de allra äldsta. Det är också naturligt eftersom det är främst i denna grupp vi finner förekomst av sjukdom, ohälsa och vårdkonsumtion. Unga, medelålders och yngre äldre har påverkats positivt under 1990-talet genom att de fått tillgång till de nya läkemedel och annan ny teknologi som sjukvården investerat i.

Behovet av slutenvård och omsorg är litet och man har därför som grupp betraktad inte heller berörts i så stor utsträckning av de omstruktureringar som skett i den slutna vården och i omsorgen. För i synnerhet de allra äldsta har utvecklingen varit mer komplicerad. Man har fått mer högteknologisk vård (läkemedel, operationer etc) men samtidigt kortare vårdtider i sjukhussektorn. I utbyte ges nu omvårdnaden i större utsträckning genom den kommunala äldrevården och av anhöriga i egna hem. Är det en sådan prioritering de äldre önskade sig?

## Brister i prioriteringsansvar

Statistik som kan belysa resursanvändningen i äldreomsorgen är bristfällig och åtminstone ofullständig inom slutna och öppna vård och på läkemedelsområdet. De enkla och aggregerade siffror som redovisas i denna artikel bygger i en del fall på antaganden om sambanden mellan totalkostnaderna för en vårdform och dess fördelning på åldersgrupper. Vårt huvudresultat – att det framför allt är de allra äldsta som påverkats av omstruktureringarna i vård och omsorg under 1990-talet – är dock stabilt.

Ännu mer anmärkningsvärt är det faktum att det saknas ett övergripande ansvar för de förändringar som genomförts. Förändringarna är snarast resultatet av en mängd enskilda beslut i olika delar av vården och omsorgen och av olika huvudmän.

Förutsättningarna har delvis förändrats till följd av Läke-medelsreformen, som innebär att sjukvårdens huvudmän framöver har att bedöma läkemedel som en integrerad insatsfaktor i hälso- och sjukvården. Men det finns ingenting som tyder på att detta vidgade kostnadsansvar skulle ändra fokuseringen bland vårdens reella beslutsfattare – läkarna – att utnyttja de nya behandlingsmöjligheter som löpande ställs till vårdens förfogande av läkemedelsindustrin och andra. Det är fullt möjligt att en sådan prioritering också motsvarar allmänhetens förväntningar och önskemål. Med en fortsatt snabb teknologikutveckling, som erbjuder allt fler effektiva behandlingsmöjligheter för både äldre och andra, kommer i så fall omsorg och omvårdnad att också fortsättningsvis drivas ut ur sjukvårdsbudgeten. Samtidigt väntas på sikt en kraftig ökning i antalet äldre med stora omsorgsbehov.

Om svensk sjukvård tidigare hade råd att prioritera både nya behandlingsmöjligheter och omsorgsinsatser, så framstår det gångna årtiondet som en möjlig brytpunkt. Utvecklingen under 1990-talet visar tydligt på behovet av gemensamma strategier för prioriteringar av vård och omsorg, och en långsiktig lösning för hur framtida vård- och omsorgsbehov bland äldre ska finansieras.

## Referenser

1. Rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Teknologi och vårdkonsumtion inom slu-

- ten somatisk korttidsvård 1981–2001. Stockholm: Socialdepartementet, 1994. SOU 1994:86.
2. IHE-fakta. Hälso- och sjukvårdens kostnader. IHE information 1999; 2: 3.
3. Arvidsson G, Jönsson B. Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS-Förlag, 1997.
4. Landstingsförbundet. Statistisk årsbok för landsting. Stockholm: Landstingsförbundet, olika år.
5. Anell A, Jönsson B, Persson U. Läkemedelskostnaderna. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1998.
6. Anell A, Persson M. Mäta BNP-andelar inte nog. Reala mått kompletterar. Läkartidningen 1998; 95: 3315-8.
7. Socialdepartementet. Valfärdsfakta social: sammanställning av fakta/nyckeltal inom valfärdsområdet. Stockholm: Socialdepartementet, 1998.
8. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Behov och resurser i vården – en analys. Stockholm: Fritzes förlag, 1996. SOU 1996: 163.
9. Landstingsförbundet. Sjukvårdsdata i Fokus. www.lf.se.
10. Anell A, Edebalk PG, Svensson M. Resursfördelning och finansiering. I: Spri. 2000-talets äldrevård och äldreomsorg. Dokumentation av Forskningsforum 1999. Stockholm: Spri, 1999: 9-50.