



# Äldres hälsa i glesbygd och stad

Skiljer sig äldres hälsa på särskilt boende?

Veronica Andersson och Jannike Samuelsson

Höstterminen 2016

Självständigt arbete (Examensarbete), 15 hp

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp

Handledare: Ulf Isaksson, Universitetslektor vid Institutionen för omvårdnad

## Abstrakt

**Syfte:** Syftet med denna studie var att jämföra hälsotillstånd bland äldre människor bosatta på särskilt boende i glesbygd respektive stad.

**Bakgrund:** Världens befolkning förväntas öka kraftigt samtidigt som vi lever längre. Detta ställer i sin tur höga krav på hälso- och sjukvården. Det finns skillnader i tillgänglighet och möjlighet till vård i glesbygd och stad trots Hälso- och sjukvårdslagens förordning om jämlik vård. Det förekommer bristfällig forskning gällande äldres hälsa på särskilda boenden i glesbygd och i stad. Med hänsyn till den förväntade befolkningsutvecklingen som tenderar i fler äldre och fler multisjuka är det av vikt att ta reda på vad som är hälsa för denna grupp, för att kunna utveckla en god äldreomsorg i takt med samhällsutvecklingen.

**Metod:** En kvantitativ tvärsnittsstudie genomfördes under en vecka i maj 2013. Äldre (n=1544) boende på särskilt boende i glesbygd och i stad blev skattade av vårdpersonal. Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale användes som instrument i studien och det insamlade materialet analyserades i SPSS Statistics.

**Resultat:** Resultatet visade på skillnader i de äldres hälsotillstånd beroende på om de var bosatta på särskilt boende i glesbygd eller i stad. I glesbygd hade de äldre en lägre grad av kognitiv svikt, högre ADL-förmåga, fick oftare besök och var oftare utomhus självständigt. I glesbygd förekom mer smärta och de tenderade till att vara mer förstoppade. I stad hade en högre andel fått en läkemedelsgenomgång senaste året och fler hade egna tänder jämfört med i glesbygd. I stad förekom begränsningsåtgärd i form av sänggrindar oftare, fler hade sväljsvårigheter och fler var i behov av hjälp av vårdpersonal på morgonen. Av vårdpersonal skattades den psykiska vårdtyngden som högre i stad jämfört med i glesbygd, däremot sågs ingen skillnad gällande den fysiska vårdtyngden.

**Konklusion:** Resultatet visar att det skiljer sig gällande hälsostatus bland äldre vid särskilda boenden i glesbygd och stad, och det fanns både positiva och negativa aspekter bland de äldre både i glesbygd och i stad. Vidare forskning inom området är av vikt för att utforska vad som orsakar dessa skillnader, och på vilka sätt distriktssköterskor kan lära av varandra och implementera nya arbetssätt i sitt arbete på särskilda boenden.

**Nyckelord:** äldre, äldreboende, glesbygd, stad, hälsostatus.

# **Older people's health in rural and urban society - Is it different health for elderly people depending on nursing homes?**

## **Abstract**

**Purpose:** The aim of this study was to compare the state of health among elderly people living at a nursing home in rural respective urban areas.

**Background:** The world population is expected to grow significantly in the future at the same time as we live longer. This puts high demands on the health service. There are differences in availability and access to care in rural and urban areas despite the Swedish Health Care regulation on equal care. There is poor research on older people's health in nursing homes in rural and urban areas. Given the expected population growth trend which tend to more elderly with multiple illnesses, it's important to find out what these groups of people consider is health, to have the chance to develop a good elderly care as the society progress.

**Method:** A quantitative cross section study was performed one week in May 2013. Elderly people (n=1544) living at nursing homes was valued by caregivers. Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale was used as an instrument in the study. The collected material was analyzed in SPSS Statistics.

**Results:** The result showed differences in the state of health of elderly depending on whether they lived in a nursing home in rural areas or in urban areas. In rural areas the elderly had a lower degree of cognitive impairment, higher ADL-function, more visits and were outside independently more often. In rural areas there was more pain among the elderly and they had a tendency to be more obstipated. In urban areas a higher proportion elderly had got a medication review the last year and more of them had their own teeth. In urban areas were physical restraints as bed rails more common, more had swallowing problems and more were in need of help of caregivers in the morning. Caregivers estimated the mental workload as higher in urban than in rural areas, however, there was no difference regarding the physical workload.

**Conclusion:** The result shows that there are differences concerning the state of health between the elderly living in nursing homes in urban and rural areas and there were both positive and negative aspects among the elderly people in both rural and urban areas. Further research in this field are required to explore what causes these differences, and in what ways district nurses can learn from each other and implement new approaches in their work in nursing homes.

**Key words:** elderly, nursing home, rural, urban, state of health.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	4
Rational .....	7
Syfte .....	7
<b>METOD</b> .....	7
Design.....	7
Urval.....	7
Procedur .....	8
Instrument.....	8
Statistik.....	9
Etiska överväganden.....	9
<b>RESULTAT</b> .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	12
Resultatdiskussion.....	12
Faktorer som kan påverka välbefinnande.....	12
Smärta.....	13
Läkemedelsgenomgång .....	13
Tandstatus.....	15
Begränsningsåtgärder .....	16
Sväljsvårigheter .....	16
Psykisk vårdtyngd .....	17
Glesbygdsvård .....	17
Metoddiskussion.....	18
Etisk diskussion.....	20
Intersektionalitet.....	21
Förslag på vidare forskning.....	22
Kliniska implikationer.....	22
<b>KONKLUSION</b> .....	23
<b>REFERENSLISTA</b> .....	24

## BAKGRUND

Antalet äldre människor i världen förväntas öka kraftigt i framtiden. År 2050 förväntas det finnas två miljarder människor över 60 år, till skillnad från dagens siffror på 841 miljoner. Av dessa människor kommer 80 procent bo i länder med låg- och medelinkomst. Att livslängden ökat beror mycket på minskningen i dödsfall i bland annat hjärt- och kärlsjukdomar (Lindmeier 2014).

Trots ökad livslängd betyder detta inte nödvändigtvis att vi är friskare än tidigare. Detta i kombination leder till att inte bara patienten i fråga påverkas utan även samhället, familjen och ekonomin. Lindmeier (2014) menar att nästan en fjärdedel av alla människor som avlider eller är sjuka består av människor över 60 år. Denna grupp drabbas till stor del av hjärtsjukdomar, cancer, kroniska lungsjukdomar samt psykiska- och neurologiska sjukdomar. Ökad frekvens av kroniska sjukdomar kommer ställa högre krav på hälso- och sjukvården. Antalet människor med demenssjukdom ökar också i världen i kombination med att vi blir äldre, och antalet beräknas stiga från 44 miljoner (år 2014) till 135 miljoner år 2050.

Även i Sverige blir människor äldre och lever längre och år 2030 förutspås att var fjärde svensk person kommer vara 65 år eller äldre. Detta ställer höga krav på äldreomsorgen som behöver planeras och anpassas utifrån de växande behoven. Samhället ställs inför högre krav gällande utveckling av äldreomsorgen när andelen äldre med kroniska sjukdomar blir allt fler (Socialstyrelsen 2016). År 2017 förväntas Sveriges befolkning uppgå till 10 miljoner människor, och år 2060 förväntas dessa siffror ha ökat ytterligare till 13 miljoner. Bland åldrarna 20-64 år kommer ökningen vara nästan 9 % fram till år 2060, och ökningen bland åldrarna 65 år och uppåt kommer uppnå 16 % (Statistiska Centralbyrån 2016). År 2006 var Sverige också det land som hade flest människor över 80 år och äldre i hela världen (Larsson & Thorslund 2006).

Peterson et al (2011) visar på att antalet geriatriker per 10 000 äldre invånare ökar, dock är fördelningen mellan stad och glesbygd skev då 90 % av geriatrikerna i USA förekommer i städerna. År 2008 var fördelningen 1,48 geriatriker/10 000 äldre personer i städer mot 0,8 geriatriker/10 000 äldre i glesbygd, däremot var husläkarna mer jämnt fördelade mellan stad och glesbygd. I Sverige fanns det år 2013 511 yrkesverksamma geriatriker i hela landet, vilket svarar för 0,53 geriatriker/10 000 invånare (Socialstyrelsen 2015).

I en studie av Fogelholm et al. (2006) framkom det att glesbygdssamhällen i Finland till stor del består av jordbrukare, äldre människor och få med hög utbildning. År 2000 hade glesbygdssamhällen en högre andel äldre befolkning. Bland invånarna i glesbygd framkom det ett högre BMI och midjemått, i jämförelse med människor som bodde i stad eller tätort. En ohälsosam livsstil var också vanligare hos människor boende i glesbygd.

Vad som skiljer glesbygd från stad är den relativt låga befolkningmängden som innebär sämre tillgänglighet av tjänster, vilket också ger upphov till annorlunda institutioner, infrastrukturer samt sociala och ekonomiska verksamheter (Waldenström & Westholm 2009). Trots att livet som glesbygdsbo innebär att vara bosatt i ett område med tämligen få invånare kan det dock upplevas som glädjefyllt och en möjlighet att knyta kontakt med andra. Att bland annat se sig själv som en länk mellan generationerna och föra vidare arv, samt att leva i anslutning med andra och naturen, är vad äldre svenskar i norra Sveriges glesbygd har angett som faktorer som ger mening i livet (Jonsén, Norberg & Lundman 2014).

Averill (2003) beskriver vilken problematik det kan innebära att vara bosatt i glesbygd gällande vård, såsom långa avstånd till apotek för att hämta ut läkemedel och en begränsad tillgång när det gäller sjukvård såsom primärvård, specialistvård, akutvård, hemtjänst och hemsjukvård. Även en social isolering och känsla av att vara ensam framkom, vilket förknippas med att vara bosatt i glesbygd med långa avstånd till andra. Det kan också finnas samband med svårigheter att lämna hemmet eller att inte kunna köra bil längre. De äldre ansåg dock att det fanns styrkor med att bo i glesbygd. De äldre hade stor kunskap tack vare tidigare livserfarenheter och hade fått lära sig att ta hand om sig själv och familjemedlemmar vid sjukdom, med enkla och billiga resurser. En annan styrka som de äldre beskrev finnas i glesbygdssamhället var hängivna sjuksköterskor som många gånger fick arbeta självständigt. Dessa sjuksköterskor beskrevs vara omvårdande, effektiva, flexibla och kunniga. Sjuksköterskorna beskrev själva vikten av att skaffa sig en bred kunskapsbas i yrket, framförallt när det gäller vård i glesbygd där resurserna är färre. Trots svårigheter att rekrytera och behålla personalen var sjuksköterskorna positiva och arbetade för att hålla sig uppdaterade samt hitta nya sätt utveckla vården (Averill 2003).

I en litteraturstudie av Weinhold och Gurtner (2014) sammanfattades brister och svårigheter som fanns i glesbygdsvård i i-länder. Dessa var kvalitetsbrister, brist på sjukvårdspersonal, brist på hälso- och sjukvårdsinrättningar samt ojämna fördelning och ineffektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdsinsatser. Weinhold och Gurtner (2014) noterade en relativt stor brist på

sjukvårdspersonal i flera länder. Detta kan leda till underbemanning på hälso- och sjukvårdsinstanser vilket i sin tur kan leda till sämre kvalitet på vården i och med att arbetsbelastningen för sjukvårdspersonalen ökar.

Lindmeier (2014) anser att det krävs en bättre förebyggande strategi gällande de ökade antalen människor som kommer drabbas av kroniska sjukdomar. Bland annat bör glesbygdsvården utvecklas genom ökad tillgång till mobila kliniker, som i sin tur ökar tillgång till teknologi. Det är även av vikt att hälso- och sjukvårdspersonal får kunskap och utbildning i vården av multisjuka som är drabbade av flera kroniska sjukdomar.

Det svenska hälso- och sjukvårdsläget utvärderas regelbundet av Socialstyrelsen. Mellan år 1993-1994 sågs att glesbygdsbor i mindre utsträckning sökte vård än stadsbor. Inför lägesrapporten 2007 sågs även då en skillnad, glesbygdsbor sökte vård mindre ofta än stadsbor (Socialstyrelsen 2007).

Enligt Carlson et al. (2013) uppskattade sjuksköterskor som arbetade på särskilt boende och i hemsjukvård det självständiga arbetssättet, dock skapade det en känsla av ensamhet. Enligt sjuksköterskorna var potentiella orsaker till detta att de hade en stor grupp patienter att ta hand om, vilket resulterade i en hektisk arbetsmiljö. De ansvarade även för fler patienter per sjuksköterska jämfört med sjuksköterskor som arbetade inom akutsjukvård. Sjuksköterskorna kunde inte delta i den basala omvårdnaden utan hade en övergripande roll som omvårdnadsansvarig. De ansåg att det var svårt att diskutera arbetet med någon och även be om råd i det dagliga arbetet. Detta resulterade i att de patientbedömningar som sjuksköterskorna gjorde krävde att dem förlitade sig på tidigare personliga erfarenheter samt deras egen kompetens.

Sjuksköterskor som arbetar på sjukhus i glesbygdsområden i USA angav att patienterna var det viktigaste när det gällde arbetet (Baernholdt et al. 2010). Sjuksköterskorna beskrev skillnaden mellan glesbygd och stad, där stad hade tillgång till specialiserad vård. Dock ansåg sjuksköterskorna att patienterna i glesbygd fick en bättre individualiserad vård och att patienterna var mycket nöjda över detta. En av sjuksköterskorna som tidigare arbetat inom hälso- och sjukvården i stad påpekade att patienter inte blev skickade till staden för att få bättre vård, utan det handlade mer om att de i stad hade en annan tillgång till vissa behandlingar. Sjuksköterskorna beskrev vidare i studien också vikten av att ha en holistisk syn på patienterna, och att göra det där lilla extra. Ett ytterligare tema som beskrevs av Baernholdt et al. (2010) var att samhörigheten i samhället både var till hjälp men också ett

hinder. Att känna till och ha en relation med varandra kunde skapa tillit. Tack vare att sjuksköterskorna ibland kände till patientens sjukdomshistoria kunde det leda till att en vårdplan snabbare kunde skapas. Dock kunde detta också leda till besvärliga situationer, då människor ute i samhället kunde ställa frågor om andra patienter. Sjuksköterskorna kunde även träffa tidigare patienter på livsmedelsaffären, i kyrkan eller på barnens skola.

### **Rational**

Litteraturgenomgången visar på att det finns ett flertal studier som undersökt hälsotillståndet i glesbygd. Det finns dock kunskapsluckor när det gäller jämförelsestudier gjorda på den äldre befolkningen i glesbygd respektive stad, såväl i Sverige men även nationellt. Framförallt har studier som studerat hälsa i glesbygd gjorts i Australien, Canada, USA samt några i Europa (Weinhold & Gurtner 2014), men få är gjorda i Sverige. Studien är av vikt då den är mycket aktuell med tanke på vår åldrande befolkning. Att ta hand om våra äldre kommer således bli en stor utmaning för hälso- och sjukvården framöver. Studier visar även på skillnader i tillgänglighet och möjlighet till vård i glesbygd och stad. Det förekommer även bristfällig forskning gällande äldres hälsa på särskilda boenden i glesbygd respektive stad, och det är därför av stor vikt att studera ämnet närmare.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att jämföra hälsotillstånd bland äldre människor bosatta på särskilt boende i glesbygd respektive stad.

## **METOD**

### **Design**

Studien är en tvärsnittsstudie genomförd på särskilda boenden i Västerbottens län under en vecka i maj 2013, som en del i projektet "Äldre vårdade på institution i Västerbotten". En tvärsnittsstudie innebär att datainsamlingen skedde vid ett tillfälle under en begränsad tidsperiod (Polit och Beck 2010, 239).

### **Urval**

Studien innefattar äldre personer bosatta på särskilda boenden i Västerbottens län. Ett kriterium var att personen skulle ha varit inlagd i minst en vecka på det särskilda boendet. Exkluderade blev således personer som vårdats på korttidsboende mindre än en vecka. Studien innehåller totalt 1554 äldre människor, varav 67,7% (n=1039) kvinnor och



32,3% (n=495) män (missing 1,3 %, n=20). 1160 av dessa var boende i två större kustnära städer och 394 äldre bodde i fem fjällnära glesbygdskommuner. Medelåldern bland de 1554 äldre personerna var 85 år, median 84,78 år (SD 7,55).

**Tabell 1.** Befolkningsstatistik gällande för 2013 (Statistiska Centralbyrån) samt antal distriktssköterskor i de deltagande kommunerna (Haraldsson 2016. Personlig kommunikation).

	<b>Folkmängd</b>	<b>Medelålder</b>	<b>Folkmängd &gt;65 år (% av tot)</b>	<b>Invånare/km<sup>2</sup></b>	<b>Antal DSK</b>	<b>Antal DSK/ folkmängd &gt; 65 år</b>
Umeå	118349	38,6	18648 (15,8)	51,1	87	4/1000
Skellefteå	71988	43,2	16270 (22,6)	10,6	67	4/1000
Storuman	5954	47,0	1667 (28,0)	0,8	5	2/1000
Sorsele	2595	46,1	702 (27,0)	0,4	7	1/1000
Åsele	2875	48,0	890 (31,0)	0,7	4	3/1000*
Dorotea	2757	48,0	840 (30,5)	1,0	4	
Vilhelmina	6887	44,1	1654 (24,0)	0,9	4	

\* = Åsele, Dorotea samt Vilhelmina tillsammans

### **Procedur**

Enkäten som besvarats till denna studie skickades ut till särskilda boenden i Västerbottens län, Sverige (se Tabell 1). Enkäten besvarades därefter av den vårdpersonal som kände den äldre bäst.

Författarna till denna studie har använt sig av instruktioner i tidskriften Applied Nursing Research gällande formalia och struktur för examensarbetet.

### **Instrument**

Till studien har ett redan befintligt instrument använts, Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS) (Sandman et al. 1988). Denna bedömningskala mäter flertalet variabler: orienteringsförmåga, hörsel-, syn- och talförmåga, ADL-förmåga, beteendesymtom samt psykiska symtom. Även den fysiska och psykiska arbetstyngd som vårdpersonalen upplevde skattades. Skalan är reliabilitetstestad med ett intrarater-reliabilitet på Cramer's Phi = 0,60 samt interrater-reliabilitet på Cramer's Phi = 0,64) (Sandman et al. 1988).

För att mäta graden av kognitiv svikt användes en mätskala, Geriatric Rating Scale (GRS) utformad av Gottfries och Gottfries (1968). Skalan besvaras med 27 dikotoma Ja-Nej frågor

(kan skilja på boende och personal, känner igen anhöriga, m.m.). Skalan varierar mellan 0 till 27 där 24 poäng eller mindre indikerar en kognitiv nedsättning. Brytpunkten har tidigare validerats mot Mini-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh 1975) och har visat på en sensibilitet på 90 % och en specificitet på 91 % (Sandman et al. 1988).

### **Statistik**

Data som insamlats har analyserats i SPSS Statistics 23 (IBM Corp 2015). Deskriptiv data presenteras med hjälp av medelvärden, standardavvikelser (SD) och frekvensfördelning. Gruppjämförelser har utförts med hjälp av Chi<sup>2</sup>-test samt t-test. Gränsen för statistisk signifikans sattes till 0,01 på grund av det stora urvalet.

### **Etiska överväganden**

Studien är godkänd av den Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå (dnr: 31M-2013). Deltagarna i denna studie har själva inte fyllt i den utskickade enkäten utan det är vårdpersonalen som besvarat frågorna. Detta kan innebära att många av deltagarna inte vet om att de blivit skattade och undersökta, och informerat samtycke har därför inte inhämtats. Emellertid informerades anhöriga om studien, vilket enligt World Medical Association (2013) anses som lämpligt om deltagaren själv inte kan ta ställning till detta. Detta medförde att ett fåtal äldre exkluderades efter anhörigas begäran.

Om sjukdom, psykisk störning eller liknande hindrar att samtycke inhämtas vid forskning på människor kan det ändå anses acceptabelt att forskning utförs på denna grupp. Det krävs dock att forskningen förväntas vara till nytta för den deltagande, alternativt att forskningsresultatet förväntas kunna hjälpa andra människor med samma besvär eller sjukdomar. Det får heller inte finnas någon risk för att deltagare skadas eller utsätts för obehag under studien. I dessa fall är det viktigt att som forskare informera anhöriga om forskningen, så att dessa i sin tur kan svara för deltagarna (SFS 2003:460; World Medical Association 2013).

All data har aidentifierats och analysen sker på gruppnivå, vilket minskar risken för att deltagarna ska kunna bli igenkända efter analys av resultatet (Polit & Beck 2010, 129). Då vårdpersonal svarat på enkäten genom observationer av den äldre och de äldres deltagande varken har påverkat medicinsk behandling eller de äldres fysiska och psykiska mående, anser författarna till denna uppsats att deltagarna inte tagit skada av ett deltagande i denna studie. Studien är av vikt då detta ämne behöver studeras för att få kunskap om hur vår äldre befolkning på särskilda boenden mår, och därför anser författarna till uppsatsen att nyttan överväger eventuella risker.

## **RESULTAT**

Resultatet visade på skillnader vid jämförelse mellan äldre boende på särskilt boende i glesbygd respektive stad. I glesbygd hade de äldre en lägre grad av kognitiv svikt, en högre ADL-förmåga, de fick besök en gång i månaden eller mindre och de hade varit utomhus självständigt i högre grad den senaste veckan jämfört med äldre i stad. Emellertid, i glesbygd hade de äldre mer smärta samt tenderade till att vara mer förstoppade. I stad hade en högre andel äldre fått en läkemedelsgenomgång utförd under det senaste året och fler hade egna tänder jämfört med äldre i glesbygd. I stad var det vanligare med begränsningsåtgärd i form av sänggrindar, fler hade sväljsvårigheter och fler behövde hjälp i någon form av vårdpersonal på morgonen. Den psykiska vårdtyngden skattades vara högre i stad jämfört med i glesbygd, däremot sågs ingen signifikant skillnad i den fysiska vårdtyngden (Tabell 2).

**Tabell 2.** Jämförelser gällande läkemedelsgenomgång, tandstatus, begränsningsåtgärd, besökande, behov av hjälp, antalet avföringstillfällen/vecka, smärta, självständigt klara av att gå utomhus, fysisk och psykisk vårdtyngd samt ADL-förmåga och orienteringspoäng, totalt samt mellan boende i glesbygd respektive boende i stad.

	<b>Totalt (n=1554) n (%) mean (SD)</b>	<b>Glesbygd (n=394)</b>	<b>Stad (n=1160)</b>	<b>p-värde</b>
Ålder medel (SD)	84,78 (7,55)	85,38 (7,66)	84,58 (7,51)	0,070
Kön, kvinna n (%)	1039 (67,7)	253 (65,0)	786 (68,6)	0,189
Läkemedelsgenomgång n (%)	1039 (76,69)	187 (53,9)	852 (84,4)	<0,001
Har sina egna tänder n (%)	574 (39,0)	115 (31,1)	459 (41,7)	<0,001
Sänggrindar n (%)	463 (30,4)	81 (21,0)	382 (33,6)	<0,001
Får besök 1 gång/månad eller mindre n (%)	625 (40,8)	188 (48,5)	437 (38,2)	<0,001
Hjälp av vårdpersonal n (%)	1349 (89,0)	312 (81,2)	1037 (91,6)	<0,001
Har sväljsvårigheter n (%)	140 (9,3)	21 (5,4)	119 (10,6)	0,003
Avföring <3 gånger/vecka n (%)	306 (21,2)	96 (26,4)	210 (19,5)	0,005
Har smärta n (%)	845 (57,1)	240 (64,5)	605 (54,7)	0,003
Varit utomhus självständigt n (%)	243 (15,9)	79 (20,4)	164 (14,4)	0,005
Fysisk vårdtyngd* medel (SD)		2,39 (1,46)	2,55 (1,35)	0,050
Psykisk vårdtyngd** medel (SD)		2,36 (1,39)	2,56 (1,32)	0,010
ADL-förmåga*** medel (SD)		16,56 (6,03)	15,12 (6,21)	<0,001
Orienteringspoäng**** medel (SD)		17,96 (8,51)	15,98 (8,35)	<0,001

\* Poängskala mellan 1-5. Låga poäng indikerar på en mindre fysisk vårdtyngd.

\*\* Poängskala mellan 1-5. Låga poäng indikerar på en mindre psykisk vårdtyngd.

\*\*\*Poängskala mellan 4-24. Låga poäng indikerar på ett större hjälpbehov.

\*\*\*\*Poängskala mellan 0-27. Låga poäng indikerar på en kognitiv nedsättning.

# DISKUSSION

## Resultatdiskussion

### Faktorer som kan påverka välbefinnande

Resultatet från denna studie visar på att äldre i glesbygd i högre förekomst är utomhus själva, har besök oftare samt att de inte behöver hjälp av vårdpersonal på morgonen i samma utsträckning som äldre i stad gör. Statens folkhälsoinstitut (2009) fastslår att den sociala gemenskapen och det sociala stödet är mycket viktigt för äldres välmående och välbefinnande. Utomhusvistelse skattas också som mycket viktigt för de äldre, dels på särskilt boende (Bollig, Gjengedal & Roslan 2016; Bradshaw, Playford & Riazi 2012), men också för äldre människor överlag (Statens folkhälsoinstitut 2009). Äldre människor boendes på särskilda boenden anser att interaktion med andra människor är mycket viktigt för välbefinnande (Bollig et al. 2016), och att en social relation med vårdpersonalen bidrar till att de äldre lättare trivs då det ger en känsla av att bli sedd och bekräftad (Bollig et al. 2016; Bradshaw et al. 2012). Statens folkhälsoinstitut (2009) anser att fysisk aktivitet är av vikt för en god hälsa hos äldre, och sjukgymnastik anses av äldre på särskilt boende vara en bristvara (Bollig et al. 2016). Ytterligare en viktig faktor för välmående enligt äldre är att få möjlighet till att delta i aktiviteter och fylla sin vardag med variation, men detta är något som ibland saknas på särskilda boenden för äldre (Bollig et al. 2016). Att kunna delta i aktiviteter är en viktig del i att få känna sig självständig och oberoende av andra (Statens folkhälsoinstitut 2009), vilket i kombination med att själv få bestämma om sig själv är viktigt för att få känna sig respekterad och behålla sin värdighet (Bollig et al. 2016). Rörlighet har visat sig vara en viktig del i äldres förmåga att uppleva god livskvalitet. Förmågan till rörelse har i vissa fall visat sig kunna påverka faktorer för både fysisk och psykisk hälsorelaterad livskvalitet (Fagerström & Borglin 2009). Smärta och ett större behov av gånghjälpmedel var kopplat till sämre livskvalitet för äldre (Andersson, Marcusson & Wressle 2014).

Resultatet i vår studie visar som nämnt ovan att de äldre i glesbygd oftare är utomhus självständigt jämfört med i stad. Studier visar på att äldre som får utomhusvistelse känner ett större välbefinnande (Bollig et al. 2016; Bradshaw et al. 2012; Statens folkhälsoinstitut 2009). Att klara sig självständigt är viktigt för välbefinnandet likaså (Statens folkhälsoinstitut 2009), men också för att bevara sin värdighet (Bollig et al. 2016). Med denna information kan resultatet i vår studie tyda på att de äldre som var bosatta i glesbygd har ett bättre

välbefinnande, än de äldre bosatta i stad. Detta med tanke på att de äldre i glesbygd dels var utomhus självständigt oftare, men också då de klarade sig mer självständigt (högre ADL-förmåga) och inte behövde hjälp av vårdpersonal på morgonen i samma utsträckning som de äldre i stad. De äldre i glesbygd hade även fler besök än de äldre i stad. Social kontakt och interaktion med andra människor och vårdpersonal beskrevs i litteraturen som ytterligare faktorer som ökade de äldres välbefinnande (Bradshaw et al. 2012; Bollig et al. 2016; Statens folkhälsoinstitut 2009). Detta kan också tyda på att äldre i glesbygd har ett större välbefinnande än äldre i stad. Äldre med smärta har visat sig ha kopplingar till sämre livskvalitet (Andersson, Marcusson & Wressle 2014). Äldre i glesbygd hade emellertid högre förekomst av smärta jämfört med äldre i stad, vilket även kan tyda på att det förekommer lägre grad av livskvalitet bland de äldre med smärta.

### **Smärta**

I överrensstämmelse med studiens resultat bekräftar Jones et al. (2005) att äldre boende i glesbygd har mer smärta jämfört med äldre i stad. Förklaringar till varför äldre på särskilda boenden inte bad om smärtlindring var på grund av förväntade reaktioner och oro hos primärvårdsläkare och vårdpersonal. Största anledningen till detta verkade bero på den äldres egen föreställning och attityd om smärta (Jones et al. 2005; Savvas & Gibson 2015), till exempel en rädsla för att bli beroende eller övertygelse om hög smärttolerans (Jones et al. 2005). Vidare var de äldre även bekymrade över att de skulle förlora kontrollen över sina kroppar. Förutom att äldre i glesbygd mer sällan rapporterade att de hade smärta, visade resultatet också att äldre som mer sällan rapporterade smärta oftare hade kontinuerlig och intermitterande smärta (Jones et al. 2005).

### **Läkemedelsgenomgång**

I denna studie hade äldre i stad högre grad av läkemedelsgenomgångar årligen jämfört med äldre i glesbygd. Läkemedelsgenomgångar skall erbjudas årligen till de som är 75 år eller äldre, har fem läkemedel eller fler och som bor på särskilt boende. Läkemedelsgenomgångar kan också göras om det misstänks finnas läkemedelsorsakade biverkningar. Läkaren har en skyldighet att finnas tillgänglig för detta (SOSFS 2012:9).

Flertalet studier visar på hur viktigt det är att kontinuerligt göra dessa läkemedelsgenomgångar, då läkemedel som inte passar äldre eller läkemedelskombinationer som är olyckliga kan upptäckas. I en litteraturstudie av Kaur et al. (2009) framkom nyttan med läkemedelsgenomgångar ledda av en farmaceut, då det i flera fall minskade

läkemedelsförskrivningen när det gällde olämpliga läkemedel för äldre. En svensk studie från Västerbottens län jämförde förekomst av olämpliga läkemedel hos äldre, före och efter läkemedelsgenomgång. År 2007 hade 44,1 % av de äldre på särskilda boendet förekomst av olämpliga läkemedel, jämfört med 26,4 % år 2013 efter läkemedelsgenomgång blivit utförd (Gustafsson et al. 2015). Läkarna fick också genom läkemedelsgenomgångar mer kunskap och kännedom om olämpliga läkemedel för äldre (Marcum et al. 2010). Att förutom läkare även utbilda sjuksköterskor och undersköterskor i ämnet kan leda till minskning av läkemedelsförskrivning av olämpliga läkemedel för äldre. I litteraturstudien av Marcum et al. (2010) framkom det att utbildning av vårdpersonal i syfte att minska olämpliga läkemedel visade sig i en del studier vara gynnsamt, och ledde till att förskrivningen minskade. Det fanns dock en misstanke om att effekten kommer att minska allteftersom tidens gång efter utbildningen, varför författarna till denna uppsats trycker på årliga läkemedelsgenomgångar för att åter igen påminnas om vikten av en lämplig läkemedelsbehandling.

Att ta hjälp av en farmaceut kan enligt Kaur et al. (2009) hjälpa äldre att bli av med olämpliga läkemedelskombinationer utan att påverka deras livskvalitet till det sämre, dock framkom det i en del studier att läkemedel som sätts ut inte alltid heller leder till någon förbättring hos patienten (Marcum et al 2010).

Författarna till denna studie tänker att de äldre som inte fått läkemedelsgenomgångar har heller inte chansen att påtala förekomst av smärta (eller andra symtom/biverkningar) i samma grad som de äldre i stad. Detta kan vara en förklaring till varför de äldre i glesbygd hade högre förekomst av smärta. Vi finner ingen nuvarande forskning gällande läkemedelsgenomgångar och eventuella orsaker som förklarar att det skiljer sig mellan glesbygd och stad. Författarna tänker emellertid att skillnaden kan vara påverkat av resurs- och personalbrist, då det i litteraturgenomgången framkom som en orsak till att glesbygdsvård skulle kunna vara sämre än vård i stad.

I resultatet framkom att äldre i glesbygd, i större utsträckning, hade avföring mindre än tre gånger per vecka, jämfört med äldre i stad. Äldre människor löper större risk att drabbas av förstoppning relaterat till faktorer som otillräckligt närings- och vätskeintag, minskad fysisk aktivitet och rörelseförmåga samt kognitiva begränsningar. Dock ska poängteras att förstoppning inte är en naturlig del av åldrandet, utan den bakomliggande orsaken måste undersökas (Blane & Blagrove 2011). Gallagher, O'Mahony och Quigley (2008) betonar att äldre som är förstoppade bör få en läkemedelsgenomgång. Detta är av vikt för att upptäcka

eventuella läkemedel med förstoppande effekt och på så vis ha en möjlighet att ersätta dessa läkemedel, i den mån det är möjligt, med andra adekvata läkemedel. Det som framkom i vårt resultat var att glesbygdsbor mer sällan fick läkemedelsgenomgångar jämfört med stadsbor, vilket författarna menar kan vara en förklaring till att de äldre i glesbygd också hade färre avföringstillfällen per vecka jämfört med äldre i stad.

### **Tandstatus**

I resultatet framkom att äldre i stad i högre grad hade egna tänder. I en studie där 14 länder i Europa samt Israel representerades framkom det att Sverige är det land där de äldre har högst antal egna tänder (Stock et al. 2016). Bland invånare mellan åldrarna 50-90 år hade Sveriges invånare i snitt 24,5 egna tänder. Estland var det land där invånarna i snitt hade 14,3 egna tänder, vilket var det land med lägst antal tänder. Ett globalt mål gällande den orala hälsan är att mindre än 15 % av äldre (mellan 65-74 år) i ett land ska vara helt tandlösa, och även där ligger Sverige på första plats med endast 2,7 % tandlösa (Stock et al. 2016). Således kan slutsatsen dras att Sverige har en god tandhälsa. Tandhälsan i Sverige bland äldre personer har förbättrats genom åren (Larsson & Thorslund 2006). Enligt undersökningar har antal personer som saknar egna tänder minskat från 52 % år 1975 till 10 % under åren 2002-2003. Dock ska nämnas att de förbättringar som skett inom äldres tandhälsa inte är jämnt fördelade i Sverige. Äldre som är boende i glesbygd har mer sällan sina egna tänder jämfört med äldre i stad. Då människor blir äldre och även har sina egna tänder i högre utsträckning, ökar också risken för tandrelaterade problem i samband med sjukdom om tandvård inte prioriteras. Detta, i sin tur, ställer höga krav på personal på särskilda boenden för att kunna hjälpa de äldre med munvård (Larsson & Thorslund 2006). Likt detta visar även vår studies resultat att äldre i glesbygd saknar sina egna tänder i större utsträckning än de äldre i stad. Utifrån vår studies resultat går det dock inte att dra några slutsatser vad detta kan bero på.

Det som glesbygdsbor anmärkte mest på när det gällde tandhälsa var den begränsade tillgången på tandvård (Emami et al. 2014). Transportproblem beskrevs som det mest primära hindret för tillgång till tandvård. Dock poängterades att glesbygdsbor hade sämre resursmöjlighet för tandvård jämfört med stadsbor. Äldre betonade att de hade brist på tillgänglig information och att de saknade information och utbildningsprogram om munhälsa. Detta beskrevs kunna göras genom informativa flygblad, broschyrer och presentationer på offentliga platser. Även att erbjuda utbildningsverksamhet på särskilda boenden ansågs av glesbygdsbor vara viktigt (Emami et al. 2014).



## **Begränsningsåtgärder**

I studien framkom att äldre i stad oftare blev ”utsatt” för begränsningsåtgärder i form av sänggrindar, i jämförelse med äldre i glesbygd. I en studie av Heinze, Dassen och Grittner (2012) framkom att på särskilt boende var fysiska begränsningsåtgärder mer vanligt förekommande hos de personer som var yngre, hade större vårdbehov samt personer som var inkontinenta, desorienterade och sängliggande. Således var de äldre, som var mindre beroende av hjälp, också de som mer sällan var föremål för fysiska begränsningsåtgärder. I en jämförelse av användande av begränsningsåtgärder på sjukhus kontra på särskilt boende ökade frekvensen av fysiska begränsningsåtgärder med stigande ålder och om de äldre var inneliggande på sjukhus. På särskilt boende minskade däremot de fysiska begränsningsåtgärdena i stigande ålder. Vidare har inget samband setts mellan antal sjuksköterskor per patient, varken på vårdavdelning eller på särskilt boende (Heinze, Dassen & Grittner 2012). Likt vår studies design har även Heinze, Dassen och Grittner (2012) en tvärsnittsdesign, vilket inte ger någon möjlighet att utröna om det ökade vårdbehovet hos de äldre var en orsak eller en konsekvens av användandet av fysiska begränsningsåtgärder. Enligt vårt resultat skiljde sig inte åldern nämnvärt då medelåldern i glesbygd var 85,38 år och i stad 84,58 år. Detta kan således inte förklara att det i stad var fler äldre som var föremål för fysiska begränsningsåtgärder. Dock framkom det i vårt resultat att de äldres orienteringspoäng var lägre i stad, vilket indikerar en större kognitiv svikt i stad jämfört med i glesbygd. Detta skulle, likt Heinze, Dassen och Grittner (2012) fynd, kunna vara en förklaring till större frekvens av fysiska begränsningsåtgärder i stad. Det fanns ett samband mellan de äldre på särskilt boende och fysiska begränsningsåtgärder, vilket innefattade användande av sänggrindar. De äldre som i större grad var beroende av vård visade sig också oftare vara utsatta för fysiska begränsningsåtgärder (Hofmann et al 2015).

## **Sväljsvårigheter**

Det framkom att äldre i stad hade högre förekomst av sväljsvårigheter. Enligt Sura et al. (2012) kan orsaken till sväljsvårigheter bero på bland annat bakomliggande sjukdomar och åkommor, exempelvis demens, Parkinsons sjukdom, olika reumatiska sjukdomar eller efter att ha drabbats av ett slaganfall. Människor med sväljsvårigheter löper större risk att drabbas av malnutrition samt lunginflammation på grund av felsväljningar. Detta får ses som en negativ hälsopåverkan då det kan påverka personens allmäntillstånd till det sämre. Enligt Sura et al. (2012) är äldre med sväljsvårigheter en känslig grupp då malnutrition i sin tur kan leda till allmänt minskad funktionsförmåga, vilket i sin tur försvagar den äldre personen. Att

förekomsten av sväljsvårigheter var högre i stad kan bero på att fler av de äldre hade sjukdomar eller åkommor som går att relatera till problemet. Om detta vore så går inte att fastställa, och heller inte varför det i så fall var högre förekomst av dessa sjukdomar eller åkommor i stad.

### **Psykisk vårdtyngd**

Den psykiska vårdtyngden skattades högre av vårdpersonal i stad jämfört med i glesbygd. Vårdpersonalen har däremot inte vidare förklarat vad det är som gör att arbetet blir psykiskt tungt. Hasson och Arnetz (2006) lät vårdpersonal på särskilt boende skatta olika faktorer relaterade till arbetet och bland annat den psykiska vårdtyngden. Det framkom att vad som ansågs vara mest psykiskt tungt i arbetet var att ta hand om människor med demenssjukdomar, inte ha tillräckligt med tid för sina arbetsuppgifter samt att ta hand om så olika typer av människor med olika hjälpbehov. I en studie av Juthberg et al. (2010) framkom att den största samvetsstressen bland sjuksköterskor och undersköterskor var tidsbrist, som resulterade i att de inte kunde ge den vård som behövdes för de äldre, samt när arbetet påverkade deras fritid.

Skillnaden i resultatet var signifikant ( $p=0,01$ ), däremot ser författarna att skillnaden rent poängmässigt inte skiljer sig särskilt mycket och således kan den kliniska signifikansen diskuteras. I glesbygd skattade vårdpersonalen den psykiska vårdtyngden till 2,36 poäng kontra 2,56 poäng i stad (på en skala mellan 1-5, låga poäng indikerar på en mindre psykisk vårdtyngd). Huruvida detta har en större betydelse väljer författarna att inte spekulera i.

### **Glesbygdsvård**

Läkare som arbetar i glesbygdsområden skattade en högre förekomst av sjukdomar jämfört med i stad, exempelvis hade fler i glesbygd mer infektioner, kroniska sjukdomar och drabbades mer frekvent av trauman (Kroneman et al. 2010). När patienterna därefter intervjuades framkom det ett annat resultat, och deras upplevda hälsa var bättre jämfört med läkarens skattning. Kroneman et al. (2010) drar slutsatsen att detta handlar om att läkaren i glesbygd spelar en mer central roll än läkare i stad, och på grund av avstånden till specialistvården kan det innebära att läkarna skickar färre remisser. Av de patienter som remitteras kommer en del att remitteras tillbaka till primärvården för fortsatt omhändertagande. Detta kunde enligt Kroneman et al. (2010) vara en förklaring till varför läkarna i primärvård i glesbygd behandlar fler patienter med vissa åkommor än vad primärvårdsläkarna i stad gör. Resultatet kunde också förklaras med teorin att tillgängligheten

på akutvård i stad gör att fler patienter söker sig dit, medan glesbygdsbefolkning i första hand får vända sig till sin läkare på vårdcentralen. Då tillgängligheten av specialistvård är bättre i stad kan detta utnyttjas och medföra att sådant som egentligen ska tillfalla en läkare inom primärvården, istället förflyttas till den specialiserade hälso- och sjukvården. Vidare poängteras en risk att attityder gentemot hälsoproblem skiljer sig beroende på om patienten är bosatt i glesbygd eller stad, vilket kan betyda att en glesbygdsbo är mindre villig att tala om sin hälsa och på så sätt kan det resultera i en underrapportering av hälsoproblem. Detta kan också innebära att en glesbygdsbo är mindre villig att uppsöka vård.

## **Metoddiskussion**

Syftet med denna studie var att jämföra hälsotillstånd bland äldre människor bosatta på särskilt boende i glesbygd respektive stad. Genom att använda en kvantitativ metod ges möjlighet att få en överblick över en större mängd deltagare, däremot utelämnas en djupare förståelse till hur utfallet kommer sig vid användning av en tvärsnittstudie. Metoden ger en möjlighet att se samband men orsaken till dessa samband utelämnas, dock ges här möjlighet att undersöka om hälso- och sjukvård för äldre skiljer sig i glesbygd eller stad (Segesten 2012, 111).

Gällande urvalet av kommuner som deltog i studien kan detta ha gett en skev bild av hur det egentliga läget var. Umeå kommun och Skellefteå kommun räknades som de två kustnära stora städerna som övriga materialet jämfördes mot, dock skiljer sig städerna åt gällande invånarantal samt när det gäller invånare/km<sup>2</sup>, då Skellefteå kommun i sig är uppbyggd av fler mindre tätorter. Vad som är relativt likt mellan dessa städer är antalet invånare som är 65 år och äldre. Att inkludera Skellefteå kommun i urvalet av stad kan ses som en svaghet, då Skellefteå kommun är mycket större i areal jämfört med Umeå kommun, och dessutom har färre invånare (vilket resulterar i färre invånare/km<sup>2</sup>). Detta leder troligen till att resultat från tätorterna borde klassas som glesbygd, men är inräknat i Skellefteå som storstad. Till detta tillkommer att Lycksele kommun inte är med i urvalet vilket dock författarna anser är bra, då Lycksele kommun är för litet för att jämföras med de två städerna, samt för stort för att räknas som glesbygd (Statistiska Centralbyrån 2010).

Författarna till studien ansåg att signifikansnivå 0,01 var lämpligt i denna studie på grund av antalet deltagare. Om signifikansnivån istället hade satts till det mer traditionella 0,05 kunde en risk för masssignifikans föreligga (Körner & Wahlgren 2015).

Instrumentet MDDAS som använts i denna studie består av redan bestämda och således slutna svarsalternativ, det finns alltså inte rum för vidareutveckling av svaret. Det finns också en risk för att enkätfrågorna missuppfattas (Eliasson 2013, 29).

Det finns inga sätt att säkerställa att det var den vårdpersonal som kände brukaren bäst (det vill säga kontaktpersonen) som också besvarade enkäten. För att få ett sådant korrekt utfall som möjligt är det av vikt att rätt person besvarar enkäten, för att undvika tolkningar som inte är korrekta. Det finns en risk att det exempelvis är en sjuksköterska eller en enhetschef som besvarat samtliga enkäter från en enhet, vilket får ses som en svaghet i studien.

De äldre deltagarna är aldrig tillfrågade själva om de önskar medverka i studien, emellertid har medverkan inte påverkat dem på något vis. Allt baseras på observationer som vårdpersonalen gjort. Däremot har patienterna inte gett direkt samtycke, men anslag har satts upp på vårdavdelningarna och anhöriga har gett samtycke, där ett fåtal exkluderades då anhöriga inte gav samtycke.

Resultatet bör kunna generaliseras framförallt till norra delen av Sverige (Jämtland, Västerbotten och Norrbotten) då invånartätheten ser lika ut (Statistiska centralbyrån 2014, 90-94). Resultatet bör dock även kunna generaliseras till andra glesbygdsområden och städer i Sverige, med tanke på att specialiserad vård framförallt förekommer i städer samt de attityder som verkar förekomma bland glesbygdsbor när det gäller att söka vård (Kroneman et al. 2010).

Kring hur studieresultatet går att generaliseras måste vi ändå tänka oss scenariot om de äldre själva skulle fått besvara enkäten. Det finns en risk att utfallet skulle sett annorlunda ut då. Utifrån litteraturgenomgången får författarna också känslan av att glesbygdsvård beskrivs som och förväntas vara sämre jämfört med i stad, men när glesbygdsbor intervjuats framkommer inte samma känsla (Kroneman et al. 2010). Författarna får också känslan av att utifrån resultatet och litteraturen i diskussionen så mår de äldre i glesbygd överlag också bättre än de äldre i stad.

Data insamlades under en vecka i maj vilket kan ses som en begränsning. Författarna till studien tänker sig att de äldres hälsa och välmående kan fluktuera under året, exempelvis att de lättare tar sig ut under sommarmånaderna vilket skulle kunna påverka dem positivt.

En annan svaghet i studien är att den inte säger något om de äldres tidigare och nuvarande sjukdomar. Vi vet heller inget om hur de levt sitt liv, hur alkohol- och tobaksvanor ser ut, var

de är uppvuxna, utbildningsgrad, sociala faktorer, tidigare arbete och så vidare. Socioekonomiska förhållanden kan redan från barndomen ha hälsoeffekter senare i livet då studier har kopplat social klass, både i barndom men även vuxen ålder, till olika sjukdomar och riskfaktorer såsom rökning, alkohol- och matvanor (Falkstedt et al. 2010). Detta är således något som författarna till studien förmodar kan påverka hur deltagarna mår på äldre dagar.

## **Etisk diskussion**

Vid forskning är det viktigt att ta olika etiska perspektiv i beaktning. Vid studier på vissa grupper som anses som särskilt sårbara kan det öka risken för felbehandling eller att de tar skada på andra sätt. Just därför är forskning på dessa grupper endast berättigat om forskningen inte kan utföras på annan grupp eller att gruppen har ett hälsobehov som kräver ytterligare studier för att hälso- och sjukvården ska kunna utvecklas inom området (Världsläkarförbundet 2013). Ur ett samhällsperspektiv anser författarna att forskning på äldre människor är nödvändig med tanke på den befolkningsutveckling vi står inför. Detta kommer troligen medföra fler personer med multisjukdomar vilket kan vara mycket komplext och svårbehandlat. Det är därför av vikt att studera äldres hälsa, för att kunna hjälpa och vårda denna patientgrupp på bästa sätt.

Vad som framkommit i denna studie kan sammanfattas med att beroende på var de äldre deltagarna var bosatta framkom tydliga positiva och negativa aspekter gällande deras hälsostatus. Detta skulle kunna tyda på att vården som ges är ojämlig beroende på var de äldre bor, vilket går emot Sveriges Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) som fastslår att Sveriges vård ska ges på lika villkor oberoende på var människor är bosatta. Det går inte att konstatera att vården är ojämlig, men enligt litteraturgenomgången är förutsättningarna för glesbygdsvård inte desamma som i stad. Därför menar författarna till studien att det kan finnas kopplingar mellan resultatet och olika villkor och förutsättningar till hälso- och sjukvård. Ur ett samhällsetiskt perspektiv anser författarna att detta inte är acceptabelt.

Studiens resultat är behandlat på gruppnivå, och det går således inte att identifiera någon deltagare på individnivå. Resultatet redovisas därefter ytterligare i två grupper: äldre i glesbygd respektive äldre i stad. Detta innebär att våra deltagare från respektive kommun är blandade med andra kommuner, vilket också minskar risken för igenkänning eller identifiering. Deltagarna är således anonyma (Polit & Beck 2010, 129).

Gällande forskningsetik har författarna till studien återkommande och genomgående under studiens gång återgått till studiens syfte och det faktiska resultatet med förhoppning om att inte redovisa något som inte var avsett att undersöka, samt inte dra förhastade slutsatser. Författarna har inte heller utelämnat något resultat, det som framkommit i statistikanalysen är också redovisat i resultatet (tabell 2). De fakta som inhämtats i litteraturgenomgång till rapportens alla delar är översatt av någon av författarna och därefter omformulerat i texten för att undvika plagiat, men med försiktighet för att undvika snedvridning eller utelämnande av information. För att minimera risken för detta har flertalet artiklar diskuterats tillsammans av författarna (Polit & Beck 2010, 134).

## **Intersektionalitet**

Vid diskussion gällande intersektionalitet är det viktigt att inte enbart titta på enskilda faktorer såsom kön, klass, etnicitet och genus, utan att bedöma dessa i samspel med varandra (de los Reyes & Mulinari 2005, 90). Gruppen äldre är således inte bara kopplat till ålder som en homogen grupp, utan kan sammanlänkas med exempelvis klass, genus och etnicitet (Hermerén 2014, 49).

Som redan tidigare finns beskrivet i denna studie ökar antalet personer med sjukdomar och funktionella nedsättningar med stigande ålder. Enligt Larsson och Thorslund (2006) är ohälsa som förekommer bland äldre människor inte jämnt fördelad bland dem, utan det hänger samman med socioekonomisk klass. Upphov till dessa klasskillnader i hälsa kan bero på faktorer och skillnader i barndomen, exempelvis hem- och arbetsmiljö eller hälsorelaterat beteende. Faktorer som både kan bevara eller öka förekomsten av klasskillnader på äldre dagar är livsstilsfaktorer och hälsorelaterat beteende (Larsson & Thorslund 2006). Författarna till den föreliggande studien vet inte några bakgrundsfakta om deltagarna, såsom utbildningsgrad, klass, etnicitet, ekonomiska förutsättningar, religion och tidigare yrke. Det vi däremot vet är att deltagarna är äldre människor som är bosatta i antingen glesbygd eller stad i Västerbottens län, och vi vet att ungefär två tredjedelar (67,7%) av alla deltagarna är kvinnor (tabell 2). Vi kan inte diskutera vidare huruvida dessa faktorer påverkar dessa äldre människor och vilken situation det försätter dem i.

I olika situationer kan olika karaktäristika representera ett mer normativt drag, vilket gynnar och ger makt (SOU 2005, 146-148) Detta kan, enligt författarna, innebära att de äldre deltagarna är i underordnad position i förhållande till vårdpersonal på äldreboenden. Detta då

de är i en situation där de behöver hjälp för att klara vardagen, och vårdpersonalen har också mer kunskap gällande hälso- och sjukvård.

Enligt litteraturgenomgången ser tillgänglighet och resurser till hälso- och sjukvård olika ut beroende på om det är i glesbygd eller i stad vården bedrivs. Eftersom vård ska ges på lika villkor enligt Sveriges Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) men i många fall inte kan göra detta, anser författarna att de äldre i glesbygd behandlas ojämnt (SOU 2005, 233).

### **Förslag på vidare forskning**

Med vetskap om den ökade åldern bland världens befolkning och den ökade livslängden är detta ett ämne som ligger väl i tiden. Studier visar också på skillnader när det gäller den hälso- och sjukvård som kan erbjudas och bedrivs i glesbygd respektive stad, varför ytterligare studier inom ämnet vore intressanta och definitivt aktuella. Västerbottens län har få invånare/km<sup>2</sup> i likhet med Jämtlands län och Norrbottens län (Statistiska centralbyrån 2014, 90-94), jämförelsestudier mellan dessa län vore därför av intresse för att ge utökad kännedom i ämnet. Detta också för att se om det finns något att lära från län med liknande upptagningsområden när det gäller hälso- och sjukvård, för på så sätt förbättra vården för våra äldre medborgare. Det vore även av intresse att undersöka detta i andra delar av Sverige, då landet skiljer sig gällande befolkningstäthet, avstånd till specialistvård och hälso- och sjukvårdens upptagningsområde. Slutligen vore det enligt författarna av intresse att med en kvalitativ ansats gå vidare med studien, och intervjua äldre bosatta i glesbygd respektive stad. Detta med förhoppning att få en ökad förståelse om varför de äldres hälsostatus skiljer sig och hur de äldre själva skattar sitt mående.

### **Kliniska implikationer**

Som tidigare nämnt är det av intresse att ta reda på mer om hur våra äldre mår på särskilda boenden, med tanke på befolkningens utveckling gällande livslängd och ökningen av andelen äldre. Trots rätten till jämlik vård är det dessvärre omöjligt att alla ska ha exempelvis samma avstånd till bland annat specialistvård. På grund av att hälso- och sjukvården har olika begränsningar och styrkor beroende på var i landet den uträttas anser författarna att det är av intresse att ta lärdom av varandras olika styrkor och utifrån detta kunna utvecklas.

Distriktssköterskan i glesbygdsområden har inte samma möjligheter i sitt arbete som en distriktssköterska i stad, då tillgängligheten av resurser och specialistvård inte finns i samma utsträckning, vilket kan försvåra distriktssköterskans arbete. Detta anser författarna ställer

högre krav på distriktssköterskan i glesbygd jämfört med distriktssköterskan i stad, då vi tänker oss att distriktssköterskan måste vara mer flexibel i sitt arbete och eventuellt måste axla ett större ansvar i patientbedömningar.

Utifrån resultatet i studien ges en ökad medvetenhet i hur det kan se ut på särskilda boenden i glesbygd respektive stad. Detta kan hjälpa distriktssköterskorna att arbeta för förbättring i äldreomsorgen och prioritera vad som är viktigt och utveckla dessa områden på det särskilda boendet. Med ökad kännedom om att exempelvis äldre i glesbygd har mer smärta samt får färre läkemedelsgenomgångar kan äldreomsorgen i glesbygd utveckla nya rutiner gällande detta, och med belägg av studiens resultat arbeta fram nya rutiner.

## **KONKLUSION**

Resultatet av denna studie visar på att det fanns skillnader när det gäller hälsostatus hos äldre på särskilda boenden i Västerbottens län, beroende på om de var bosatta i glesbygd eller i stad. I glesbygd framkom det att de äldre hade en lägre grad av kognitiv svikt, en högre ADL-förmåga, de fick oftare besök och var oftare utomhus självständigt jämfört med de äldre i stad. I glesbygd förekom mer smärta och de äldre tenderade till att vara mer förstoppade. I stad hade en högre andel äldre fått en läkemedelsgenomgång det senaste året och fler av de äldre hade egna tänder i jämförelse med äldre i glesbygd. I stad förekom begränsningsåtgärd i form av sänggrindar mer vanligt än i glesbygd, fler hade sväljsvårigheter och fler behövde hjälp i någon form av vårdpersonal på morgonen. Det sågs ingen signifikant skillnad när det gällde den fysiska vårdtyngden, däremot skattades den psykiska vårdtyngden som högre i stad jämfört med i glesbygd. I resultatet gick det att utläsa en del positiva faktorer gällande hälsostatus i glesbygd respektive i stad. Författarna anser att distriktssköterskor i glesbygd respektive stad kan lära av varandra, genom att förslagsvis ta del av hur de arbetar på äldreboenden i olika delar av länet. Att ha kännedom om att äldre i stad exempelvis får mer läkemedelsgenomgångar kan inspirera distriktssköterskor i glesbygd att utveckla deras rutiner kring detta. För att kunna utforska vad exakt som orsakar dessa skillnader krävs ytterligare forskning på området, för att ta reda på hur distriktssköterskor kan lära av varandra och implementera nya arbetssätt på särskilda boenden för våra äldre.



## REFERENSLISTA

- Andersson, Lena B., Marcusson, Jan & Wressle, Ewa. 2014. Health-related quality of life and activities of daily living in 85-year-olds in Sweden. *Health and Social Care in the Community* 22 (4): 368–374. doi: 10.1111/hsc.12088.
- Averill, Jennifer. 2003. Keys to the Puzzle: Recognizing strengths in a rural community. *Public Health Nursing* 20 (6): 449-455.
- Baernholdt, Marianne., Mowinski Jennings, Bonnie., Merwin, Elizabeth & Thornlow, Deirdre. 2010. What does quality care mean to nurses in rural hospitals? *Journal of Advanced Nursing* 66 (6): 1346–1355. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05290.x.
- Blane, Rebecca & Blagrave, Paula. 2011. Management of constipation in long-term care: the importance of a multidisciplinary approach. *Canadian Nursing Home* 22 (4): 16-18.
- Bollig, Georg., Gjengedal, Eva & Rosland, Jan Henrik. 2016. Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics* 23 (2): 142-153.
- Bradshaw, Siobhan Aine., Playford, Diane & Riazi, Afsane. 2012. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing* 41: 429-440. doi: 10.1093/ageing/afs069.
- Carlson, Elisabeth., Rämgård, Margareta., Bolmsjö, Ingrid & Bengtsson, Mariette. 2013. Registered nurses perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies* 51 (5): 761-767.
- De Los Reyes, Paulina & Mulinari, Diana. 2005. *Intersektionalitet*. Malmö: Liber.
- Eliasson, Annika. 2013. *Kvantitativ metod från början*. 3. Uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Emami, Elham., Wootton, John., Galarneau, Chantal & Bedos, Christophe. 2014. Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. *Canadian Journal of Rural Medicine* 19 (2): 63-70.

- Fagerström, Cecilia & Borglin, Gunilla. 2009. Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older. *Aging Clinical and Experimental Research* 22 (5-6): 387-394.
- Falkstedt, Daniel., Engström, Karin., Fredlund, Peeter & Hemmingsson, Tomas. 2010. *Det sociala ursprungets betydelse för levnadsvanor och hälsa. En introduktion till forskningen och presentation av två empiriska studier.* Karolinska Institutets folkhälsoakademi.  
[http://dok.sll.se/CES/FHG/Jamlik\\_halsa/Rapporter/Aldre\\_rapporter/det-sociala-ursprungets-betydelse-for-levnadsvanor-och-halsa.2010\\_26.pdf](http://dok.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/Aldre_rapporter/det-sociala-ursprungets-betydelse-for-levnadsvanor-och-halsa.2010_26.pdf) (Hämtad 2016-10-18).
- Fogelholm, Mikael., Valve, Raisa., Absetz, Pilvikki., Heinonen, Heikki., Uutela, Antti., Patja, Kristiina., Karisto, Antti., Kontinen, Riikka., Mäkelä, Tiina., Nissinen, Aulikki., Jallinoja, Piia., Nummela, Olli & Talja, Martti. 2006. Rural–urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health* 34 (6): 632-640.
- Folstein, Marshal. F., Folstein, Susan. E & McHugh, Paul. R. 1975. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gallagher, Paul. F., O'Mahony, Denis & Quigley, Eamonn. M.M. 2008. Management of chronic constipation in the elderly. *Drugs & Aging* 25 (10): 807-821. doi: 10.2165/00002512-200825100-00001.
- Gottfries, C.G & Gottfries, I. 1968. Psykogeriatriskt skattningsschema. I Rolf Adolfsson., Gottfries, C. G., Nystrom, L. & Winblad, B. (1981). *Prevalence of dementia disorders in institutionalized Swedish old people. The work load imposed by caring for these patients.* *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63 (3): 225-244.
- Gustafsson, Maria., Sandman, Per-Olof., Karlsson, Stig., Isaksson, Ulf., Schneede, Jörn., Sjölander, Maria & Lövheim, Hugo. 2015. Reduction in the use of potentially inappropriate drugs among old people living in geriatric care units between 2007 and 2013. *European Journal of Clinical Pharmacology* 71:507–515. doi: 10.1007/s00228-015-1825-z

- Haraldsson, Oskar. 2016. Personalstatistik för Västerbotten. HR-staben. Västerbottens Läns Landsting. Personlig kommunikation 2016-10-13.
- Hasson, Henna & Arnetz, Judith. E. 2008. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 17: 468-481. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x.
- Heinze, Cornelia., Dassen, Theo & Grittner, Ulrike. 2012. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 21 (7-8): 1033-1040. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03931.x.
- Hermerén, Göran. 2014. Etik – med fokus på ålder? I Region Skånes etiska råd (red.). *Skall äldre särbehandlas?* Lund: Lunds universitet, 47-64.
- Hofmann, Hedi., Schorro, Ewald., Haastert, Burkhard & Meyer, Gabriele. 2015. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 15 (1): 1-8. doi:10.1186/s12877-015-0125-x.
- IBM Corp. 2015. *IBM SPSS Statistics for Windows*. Version 23.0., Armonk, NY, IBM Corp.
- Jones, Katherine R., Fink, Regina M., Clark, Lauren., Hutt, Evelyn., Vojir, Carol & Mellis, Karen. 2005. Nursing home resident barriers to effective pain management: Why nursing home residents may not seek pain medication. *Journal of the American Medical Directors Association* 6 (1): 10-7.
- Jonsén, Elisabeth., Norberg, Astrid & Lundman, Berit. 2014. Sense of meaning in life among the oldest old people living in a rural area in northern Sweden. *International Journal of Older People Nursing* 10: 221-229. doi: 10.1111/opn.12077.
- Juthberg, Christina., Eriksson, Sture., Norberg, Astrid & Sundin, Karin. 2010. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing* 66 (8): 1708-1718.
- Kaur, Sukhpreet., Mitchell, Geoffrey., Vitetta, Luis & Roberts, Michael S. 2009. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly. A systematic review. *Drugs Aging* 26 (12): 1013-1028.

- Kroneman, Madelon., Verheij, Robert., Tacken, Margot & Van der see, Jouke. 2010. Urban–rural health differences: primary care data and self reported data render different results. *Health & Place* 16 (5): 893-902.
- Körner, Svante & Wahlgren, Lars. 2015. *Statistiska metoder*. 3:1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, Kristina & Thorslund, Mats. 2006. Chapter 8: Old people´s health. *Scandinavian Journal of Public Health* 34 (67): 185-198. doi: 10.1080/14034950600677253.
- Lindmeier, Christian. 2014. “Ageing well” must be a global priority. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/> (Hämtad 2016-09-11).
- Marcum, Zachary A., Handler, Steven M., Wright, Rollin & Hanlon, Joseph T. 2010. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: A narrative review. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 8(3): 183-200. doi:10.1016/j.amjopharm.2010.05.004.
- Peterson, Lars E., Bazemore, Andrew., Bragg, Elisabeth J., Xierali, Imam & Warshaw, Gregg A. 2011. Rural–urban distribution of the U.S. geriatrics physician workforce. *Journal of the American Geriatrics Society* (59): 699-703. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03335.x.
- Polit, Denise F & Beck Tatano, Cheryl. 2010. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams and Wilkins.
- Sandman, Per-Olof., Adolfsson, Rolf., Norberg, A., Nyström, L & Winblad, B. 1988. Long-term care of the elderly. A descriptive study of 3600 institutionalized patients in the country of Västerbotten, Sweden. *Comprehensive gerontology. Section A, Clinical and Laboratory Sciences* 2 (3): 120-132.
- Savvas, Steven & Gibson, Stephen. 2015. Pain management in residential aged care facilities. *Australian Family Physician* 44 (4): 198-203.
- Segesten, Kerstin. 2012. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I Friberg, Febe. (red.) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. 111-119.

- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Omtryck: SFS 1992:567 Ändrad: t.o.m. SFS 1997:142). Socialdepartementet. Stockholm.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. (Ändrad: t.o.m. SFS 2015:320). Socialdepartementet. Stockholm.
- Socialstyrelsen. 2007. *Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2006 - Primärvård*.  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9267/2007-131-13\\_200713113\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9267/2007-131-13_200713113_rev.pdf) (Hämtad 2016-10-06).
- Socialstyrelsen. 2015. *Tillgång på specialistläkare 2013*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19941/2015-10-17.pdf> (Hämtad 2016-10-10).
- Socialstyrelsen. 2016. *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2016*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf> (Hämtad 2016-09-23).
- SOSFS 2012:9. *Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens föfattningssamling.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18766/2012-6-43.pdf> (Hämtad 2016-10-17).
- SOU 2005:41. *Bortom Vi och Dom - Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering*.  
<http://www.regeringen.se/contentassets/10ca6c4d2daf4916a6fcf7e91bdee5b8/bortom-vi-och-dom---teoretiska-reflektioner-om-makt-integration-och-strukturell-diskriminering-del-2> (Hämtad 2016-10-19).
- Statens folkhälsoinstitut. 2009. *Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12340/R2009-18-Det-ar-aldrig-for-sent.pdf> (Hämtad 2016-10-26).
- Statistiska Centralbyrån. 2010. *Statistikdatabasen*. <http://www.statistikdatabasen.scb.se> (Hämtad 2016-10-17).
- Statistiska Centralbyrån. 2013. *Statistikdatabasen*. <http://www.statistikdatabasen.scb.se> (Hämtad 2016-10-10).

Statistiska Centralbyrån. 2014. *4 - Befolkning*. I Svenska centralbyrån (red.). *Statistisk årsbok 100 år 1914-2014: Statistisk årsbok för Sverige*. Stockholm, 73-118.

[http://www.scb.se/Statistik/\\_Publikationer/OV0904\\_2014A01\\_BR\\_00\\_A01BR1401.pdf](http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/OV0904_2014A01_BR_00_A01BR1401.pdf)  
(Hämtad 2016-10-11).

Statistiska Centralbyrån. 2016. Sveriges framtida befolkning 2016–2060.

[http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2016I60/BE0401\\_2016I60\\_SM\\_BE18SM1601.pdf](http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2016I60/BE0401_2016I60_SM_BE18SM1601.pdf)  
(Hämtad 2016-10-06).

Stock, Christian., Jürges, Hendrik., Shen, Jing., Bozorgmehr, Kayvan & Listl, Stefan. 2016. A comparison of tooth retention and replacement across 15 countries in the over-50s. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 44: 223-231. doi: 10.1111/cdoe.12209.

Sura, Livia., Madhavan, Aarthi., Carnaby, Giselle & Crary, Michael A. 2012. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging* 2 (7): 287-298.

World Medical Association. 2013. Helsingforsdeklarationen.

<https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf> (Hämtad 2016-10-18).

Waldenström, Cecilia & Westholm, Erik. 2009. The natural resource turn: Challenges for rural research and policy. *Journal of Rural and Community Development* 4 (1): 102-117.

Weinhold, Ines & Gurtner, Sebastian. 2014. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy* 118: 201-214.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>.