
Funktionsförmåga och utvärdering av servicebehov

HARRIET FINNE-SOVERI

Äldreomsorgslagen trädde i kraft den 1 juli 2013 och den förutsätter att alla äldre ges möjlighet att vid behov eller om de så önskar få sitt servicebehov bedömt av ett multiprofessionellt team. Att mäta funktionsförmågan, åtminstone med avseende på förmåga att klara sig i det dagliga livet, kognition, psykisk hälsa och sociala funktioner, är en väsentlig del av bedömningen. Serviceproducentorganisationerna får webbaserad hjälp av TOIMIA-nätverket, som ger dem vägledning i att verka evidensbaserat. Institutet för hälsa och välfärd följer tillsammans med Valvira hur lagen verkställs, åtminstone 2013–2014.

Inledning

Bedömning av äldre personers servicebehov som en del av social- och hälsovårdstjänsterna blev lagstadgad när den s.k. äldreomsorgslagen trädde i kraft den 1 juli 2013 (1). Tidigare fanns det en förordning om bedömning av servicebehovet och tillämpningen avgränsades med hjälp av åldersklasser. Bedömningen av servicebehovet sågs närmast som en del av socialtjänsterna.

Lagen definierar inte åldern utgående från kalenderår, utan den avser personer vars funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder (2). I förarbetena till lagen understryks det att funktionsförmågan i medeltal börjar avta först efter 80 års ålder, men att åldersrelaterade sjukdomar i bakgrunden, t.ex. framskridande demenssjukdom, kan medföra stort servicebehov redan hos betydligt yngre. Denna typ av definition gör att funktionsförmågan spelar en framträdande roll när man bedömer servicebehovet.

Vad innebär utvärdering av funktionsförmåga?

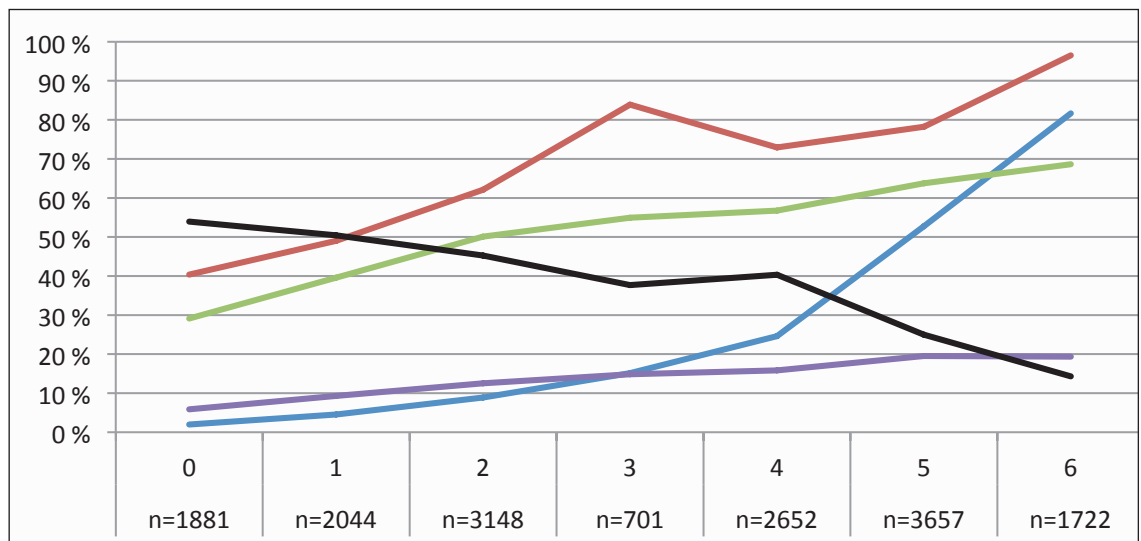
Lagen eftersträvar ett brett synsätt på funktionsförmåga, omfattande fysiska, kognitiva, psykiska och sociala dimensioner, inklusive strukturer i närmiljön. Taxonomin International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (3), som hör till WHO:s produktfamilj, erbjuder en internationellt

överenskommen ram för att förstå funktionsförmågan. Denna klassifikation omfattar dels kroppsliga funktioner och strukturer, dels prestationsförmåga och deltagande. Den betonar också miljöfaktorernas betydelse för funktionsförmågan.

Åldern och bakomliggande sjukdomar försämrar så småningom funktionsförmågan, så att dess olika dimensioner flätas samman allt tätare och mera invecklat medan funktionsnedsättningen fördjupas. Funktionsnedsättningen framskrider från att patienten inte klarar av en eller flera instrumentella aktiviteter (Instrumental activities in Daily Living, IADL) till att inte heller klara av grundläggande aktiviteter i det dagliga livet (Basic Activities in Daily Living, BADL eller ADL). Ju svårare och mer omfattande nedsättningen i de instrumentella aktiviteterna är (städning, matlagning, inköp, användning av hjälp- eller transportmedel eller telefon, dosering och intag av läkemedel) desto oftare har klienten också försämrade grundläggande funktioner. Sådana grundläggande funktioner är t.ex. påklädning, tvätt och hygien, rörelse, toalettbesök och ätande. Figur 1 visar att

FÖRFATTAREN

MD Harriet Finne-Soveri är biträdande professor i geriatri vid Helsingfors universitet och överläkare för Social service för äldre vid Institutet för hälsa och välfärd.



- Existerande ADL-nedsättning, %
- Existerande kognitionsnedsättning, %
- Instabilt hälsotillstånd, %
- Depressionsmisstanke, %
- Ensam största delen av dagen, %

Figur 1. Inskränkning av funktionsförmågans dimensioner hos 15 855 hemvårdsklienter 2012 klassificerade enligt inskränkning av instrumentell funktionsförmåga (IADL), procent (3).

Förklaringar:
IADL-capacity, skalan 0–6, där 0 = självständig och 6 = hjälpbehov vid alla uppmätta instrumentella funktioner (4).

Kriterium för ADL-inskränkning:
Hierarkisk ADL avviker från 0. IADL-hierarchy, skalan 0–6, där 0 = självständig och 6 = helt beroende av hjälp vid alla uppmätta dagliga grundläggande funktioner (5).

Kriterium för kognitionsnedsättning:
Cognitive Performance Scale (CPS) avviker från 0. CPS-skala 0–6, där 0 = normal kognition och 6 = synnerligen stor kognitionsnedsättning (6).

Hälsotillståndets stabilitet, skala 0–6, där 0 = synnerligen stabilt och 6 = synnerligen instabilt hälsotillstånd (7).

Misstanke om depression, Depression Rating Scale ger fler än 3 poäng (skalan 0–14) (8).

övriga funktionsinskränkningar och instabilt hälsotillstånd förekommer oftare ju fler inskränkningar i de instrumentella funktionerna personen har. Det finns alltså grunder för multidimensionell bedömning av funktionsförmågan.

Vad innebär utvärdering av servicebehov?

Den nuvarande uppfattningen om adekvat bedömning av de grundläggande behoven finns på TOIMIA-nätverkets webbplats som upprätthålls av Institutet för hälsa och välfärd (9). *Rekommendationen om att mäta äldre personers funktionsförmåga i samband med bedömning av servicebehovet* baserar sig på omfattande hörande av finländska experter, på en litteratursökning gjord av gruppen som står för rekommendationen och på systematisk utvärdering av existerande bedömningsinstrument. Enligt nätverkets definition innebär bedömning av servicebehovet en omfattande, multiprofessionell och allsidig bedömning av den äldre personens förmåga att klara det dagliga livet för att komma i åtnjutande av service eller stöd. Den utförs av yrkesutbildade inom social- och hälsovården tillsammans med den äldre personen och vid behov med en representant för honom eller henne.

Uttryckt på detta sätt sammanfaller utredning av servicebehovet i hög grad med en heltäckande geriatrisk bedömning och med en rehabiliteringsplan baserad på den (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA), för vars effekt det finns stark evidens. CGA gör enligt olika undersökningar att äldre klarar

Kommer /remitterad hemifrån:

- söker själv
- anmäld av familjen, släktingar, grannar osv.

Serviceorganisation

Standardiserad
bedömning av
servicebehovet

Remitterad från socialsektorn:

- gerontologiskt socialt arbete
- annat socialt arbete (krisituation osv.)

Remitterad från hälsovårdssektorn:

- sjukhus, poliklinik,
- hälsovårdscentralen, hemvård (krisituation)

Figur 2. Bedömning av servicebehovet i social- och hälsovårdstjänsternas nav.

sig hemma friskare, i bättre skick, smärtfriare och längre jämfört med en kontrollgrupp (10, 11), och enligt vissa studier är dödsrisken mindre (12). Detta förklarar varför CGA nu för tiden är så uppskattad speciellt inom ortopedin (13) och onkologin (14) samt att användningen har utvidgats till akutmottagningar. Den bedömning av servicebehovet som föreskrivs i äldreomsorgslagen utvidgar alltså en modell som kommer från sjukhusvärlden och som visat sig vara effektiv och human också till andra delar av social- och hälsovården.

En bra målsättning är ett standardiserat förfarande oberoende av varifrån klienten remitteras (Figur 2). Att använda samma bedömningsinstrument, eller åtminstone instrument som har visats vara jämgoda, gör det lättare att jämföra information och ökar förståelsen för vad som sker med patientens funktionsförmåga i vårdkedjans olika delar.

De bedömningsinstrument som TOIMIA-nätverkets experter har utvärderat klassificerar funktionsförmågan enligt fyra dimensioner. Man rekommenderar att förmågan att klara sig alltid mäts med avseende på både de grundläggande funktionerna (BADL) och de instrumentella funktionerna (IADL). Då är

indikatorerna exakta nog för att tillsammans täcka både ett mycket litet och ett mycket stort servicebehov. Bedömning av kognitionen avser i första hand att upptäcka defekter som påverkar de dagliga aktiviteterna. Trots att arbetsgruppens mål inte har varit att upptäcka bakomliggande sjukdomar, kan och bör också detta mål eftersträvas, särskilt om bedömningen sker inom hälsovårdssektorn. Om bristande kognition upptäcks, hör det alltid till bedömningen av servicebehovet att bestämma svårighetsgraden. Vid bedömningen av det psykiska tillståndet betonas iakttagelse av patientens resurser. Det ingår i bedömningen att beakta depression och t.ex. beteendestörningar orsakade av demenssjukdom. Vid bedömningen av den sociala funktionsförmågan beaktas åtminstone antalet mänskliga relationer och deras art samt personens delaktighet och deltagande. Det verkar finnas få bedömningsinstrument som mäter den sociala funktionsförmågan och som lämpar sig för bedömning av servicebehovet hos äldre.

TOIMIA-nätverkets experter använde kriterierna i textruta 1 när de utvärderade indikatorer för funktionsförmågan som lämpar sig för bedömning av servicebehovet.

Textruta 1. Egenskaper som krävs av bedömningsinstrument för att bedöma servicebehovet (9).

1) Indikatorn ska vara internationellt validerad <ul style="list-style-type: none">• dess nominella giltighet (face validity) och innehållet i frågorna bör vara kliniskt relevanta• den bör basera sig på internationellt godkända klassificeringar, t.ex. de internationella sjukdomsklassificeringarna (ICD, DSM) eller den internationella klassificeringen av funktionsförmågan (ICF)• den har med användning av statistiska metoder jämförts med åtminstone en av följande:<ul style="list-style-type: none">- experternas uppfattning- en tidigare validerad indikator som mäter samma sak
2) Indikatorns reliabilitet (pålitlighet/repeterbarhet) har testats och befunnits god
3) Indikatorns egenskaper har publicerats i referentbedömda tidskrifter, där de har konstaterats fylla kriterierna för giltighet
Tilläggsriterier: 4) Indikatorn är lättanvänd (tillgång till handböcker och anvisningar)
5) Indikatorns copyright, pris och tillgänglighet

Arbetsgruppen rekommenderar följande indikatorer (grönt ljus) för att bedöma servicebehovet: Barthels index (15, 16), Center for epidemiological studies, Depression scale (CES-D) (17), Depressionsscreening vid hög ålder (GDS-15) (18), Cohen–Mansfields skala för orolighet (CMAJ) (19), Lawtons IADL-skala (20), Katz index (21, 22) och Mini-Mental State Examination test (MMSE) (23). MMSE måste antagligen utvärderas på nytt eftersom det är avgiftsbelagt (24). Som bäst utvärderas de bedömningsinstrument som ingår i RAI-systemet (25, 26).

Bedömning av servicebehovet är ett mera omfattande begrepp än bedömning av funktionsförmågan och funktionsmiljön. Bland annat bör bedömning av risker och riskbeteende ingå, men framför allt är det fråga om målinriktad verksamhet som avser att utforma servicen individuellt och utgående från klientens situation – samt att följa upp att den genomförs. Att uppmärksamma resurser innebär att man försöker identifiera den funktionsstörning som finns i bakgrunden, och alltid i första hand åtgärda den om det är möjligt. Om orsaken inte kan åtgärdas, försöker man i alla fall kompensera den olägenhet som den orsakar. Man börjar planera service först om ingendera av dessa går att genomföra. Enligt rekommendationerna ska bedömningen av servicebehovet ses som en interaktiv, diskuterande och iakttagande

situation, där bedömningsinstrumenten fungerar som hjälpmedel.

Sammandrag och slutsatser

Bedömning av servicebehovet, på det sätt som lagen avser och som beskrivs av nätverket TOIMIA, utvidgar och preciserar evidensbaserad verksamhet för att planera och följa upp äldreservice överallt inom social- och hälsosektorn. Verksamheten kan antas vara effektiv och ge de resultat som lagen avser, alltså bättre funktionsförmåga och större livskvalitet för den äldre befolkningen, om serviceproducentorganisationerna kompromisslöst tillägnar sig den multiprofessionella bedömningen och genomför de förutsatta åtgärderna i sina planer för vård och service. Om bedömningen av servicebehovet däremot blir en torso och den allokerade servicen inte är skräddarsydd, är inga förändringar att vänta.

Social- och hälsovårdsministeriet har gett Institutet för hälsa och välfärd i uppdrag att tillsammans med Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) utarbeta ett system för att följa upp hur lagen verkställs, som på samma gång ska fungera som ett kvalitetskontroll- och övervakningssystem för kommunerna och serviceproducenterna. Resultaten rapporteras offentligt på webbplatsen www.thl.fi/vanhuspalvelulainseuranta, där situationen i landet innan lagen trädde i kraft publiceras genast när de blir färdiga, fr.o.m. den 10 oktober 2013. Eftersom mätningar som känt inverkar på vad som görs, kan man alltså vänta sig lite ljus i slutet av tunneln.

Harriet Finne-Soveri

harriet.finne-soveri@thl.fi

Harriet Finne-Soveri: Inga bindningar.

Referenser

1. Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012. <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>
2. THL. RAI-databasen 2012.
3. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
4. www.interrai.org
5. Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1999;54A:M546–M553.
6. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips CD, Mor V. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1994;49A:M174–182.
7. Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Jan;51:96–100.
8. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips CD. Development of an MDS-based Depression Rating Scale for use in nursing homes. *Age and Ageing* 2000;29:165–172.

-
9. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>
 10. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;23;342(8878):1032-6.
 11. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric Assessment for oldest adults admitted to hospital: meta analysis of randomized controlled trials. *BMJ*. 2011;27;343:d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553.
 12. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality—A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012;55:639-644.
 13. Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström M, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J Rehabil Med* 2007b;39:232-238.
 14. Maas H, Janssen-Heijnen M, Rijkert, Wymenga M. Comprehensive Geriatric assessment and its clinical impact in oncology. *European Journal of Cancer* 2007;2161-69.
 15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Med J*. 1965;14:61-65.
 16. Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J*. 1958;51:605-609.
 17. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*. 1977;1:385-401.
 18. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-173.
 19. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol: Medical Sciences*. 1989;44(3):M77-84.
 20. Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 1968;9:179-186.
 21. Katz S., Ford A., Moskowitz R., Jackson B. & Jaffe M. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standard Measure of Biological and Psychological function. *JAMA*. 1963;185:914-919.
 22. Katz S., Downs, T.D., Cash, H. R. & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of index of ADL. *Gerontologist*, 1970;10:20-30.
 23. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State"; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
 24. <http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=MMSE>
 25. Morris, J.N., Hawes, C., Fries, B.E. ym. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *Gerontologist* 1990;30:293-307.
 26. Morris JN, Fries BE, Bernabei R et al. RAI-Home Care [RAI-HC] Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead, MA: Opus Communications, 2000.

Summary

Functional capacity and follow-up of service needs

Elderly care legislation came into effect in July 2013. It enjoins municipal service providers to grant all older persons a multidisciplinary assessment of needs whenever the elderly wish or need this. An essential part of the assessment is functional capacity, comprising, as a minimum, activities of daily living, cognition, mental health, and social activities. Service providers find aid in how to act in an evidence-based manner from guidelines published by the TOIMIA network on the web. The Institute for Health and Welfare (THL) follows up, at least during 2013-2014, implementation of this law, together with the National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira).