

Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi

förslag till utformning och genomförande
av satsning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86885-97-7

Artikelnr 2012-2-5

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2012

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att lämna ett detaljerat förslag till hur en satsning på ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens i vård och omsorg kan utformas och genomföras. Delar av arbetet bör ske i samråd med Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS).

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen förslag till satsning för att öka kompetensen i geriatrik och gerontologi. Rapporten är framtagen av projektledare *Frida Nobel* tillsammans med utredare *Britta Mellfors* samt med stöd av äldresamordnare *Gert Alaby* och utredare *Anders Hedberg*, Socialstyrelsen.

Underlag till rapporten är inhämtat bland annat från Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen Sjuksköterskan inom äldrevård, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Distriktssköterskeföreningen, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Svensk Kuratorsförening, Dietisternas Riksförbund, Sveriges Psykologförbund, Svensk Logopedförening, Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) samt Sveriges Kommuner och Landsting.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning och förslag</i>	7
<i>Inledning</i>	9
<i>Metod och genomförande</i>	10
Hearingar	10
Möten med lärosäten	10
Expertutlåtanden	11
Samverkan med IPULS	11
Sammanställning	11
<i>Nuvarande kompetenssituation och utbildningsbehov hos högskolegrupper i primärvård och äldreomsorg</i>	12
<i>Inledning</i>	12
<i>Sjuksköterska</i>	13
Kunskapsområde	13
Kompetensbrister, problemområden	13
Tillgång på specialistsjuksköterskor inom vård av äldre	13
Utbildningssituation	14
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	15
<i>Socionom</i>	15
Kunskapsområde	15
Kompetensbrister, problemområden	15
Utbildningssituation	15
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	16
<i>Arbets terapeut</i>	17
Kunskapsområde	17
Kompetensbrister, problemområden	17
Utbildningssituation	17
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	19
<i>Sjukgymnast</i>	19
Kunskapsområde	19
Kompetensbrister, problemområden	20
Utbildningssituation	20
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	21
<i>Dietist</i>	21
Kunskapsområde	21
Kompetensbrister, problemområden	22
Utbildningssituation	22
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	23
<i>Psykolog</i>	23
Kunskapsområde	23
Kompetensbrister, problemområden	24
Utbildningssituation	24
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	25

Logoped	25
Kunskapsområde	25
Kompetensbrister, problemområden	26
Utbildningssituation	26
Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten	26
Läkare	27
Utbildningssituation	27
Sammanfattning	28
<i>Utbildning</i>	<i>29</i>
Befintliga utbildningar	29
Inledning	29
Innehåll i utbildningar	29
Upplägg av utbildningar – webbaserat och tvärprofessionellt	30
Specialistsjuksköterskeutbildning	31
Fristående kurser	31
Uppdragsutbildningar	32
<i>Satsningens utformning och genomförande</i>	<i>33</i>
Läkare	33
Inledning	33
IPULS uppdragsroll	33
Planering för befolkningens behov	34
Fortbildning	34
Övriga högskolegrupper	35
Problembild	35
Förslag till utformning och genomförande	36
<i>Referenser</i>	<i>38</i>
<i>Bilaga 1. Kompetensbehov för sjuksköterska</i>	<i>39</i>
<i>Bilaga 2. Kompetensbehov för socionom/kurator</i>	<i>44</i>
<i>Bilaga 3. Kompetensbehov för arbetsterapeut</i>	<i>47</i>
<i>Bilaga 4. Kompetensbehov för sjukgymnast</i>	<i>52</i>
<i>Bilaga 5. Kompetensbehov för dietist</i>	<i>56</i>
<i>Bilaga 6. Kompetensbehov för psykolog</i>	<i>62</i>
<i>Bilaga 7. Kompetensbehov för logoped</i>	<i>66</i>
<i>Bilaga 8. Förslag till projektplan för utveckling av SK-kurser i geriatrik</i>	<i>72</i>

Sammanfattning och förslag

Det är omöjligt att försumma roten och likväl vårda grenarna.

Konfucius, 555 - 479 f.Kr

En god kunskap är själva grunden för god kvalitet i både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utbildningssituationen inom området geriatrik och gerontologi är av avgörande betydelse för både verksamheternas kvalitet och rekrytering till området. Detta gäller samtliga yrkeskategorier inom området.

Vid både hearingar och ur expertutlåtanden från yrkesprofessionerna framkommer en samstämmig bild av att utbildning i geriatrik och gerontologi inom grundutbildning för högskolegrupperna (sjuksköterska, socionom, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, psykolog, logoped, läkare) inom primärvård och äldreomsorg är långt ifrån tillräcklig för att möta behovet av kompetens hos både dagens och morgondagens åldrande befolkning.

Sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård och inom primärvård har ofta en samordnarfunktion med den medicinska kompetensen som grund. Sjuksköterskan samordnar hälso- och sjukvårdsinsatser och omvårdnaden av patienten. För detta samordningsansvar är man inte tillräckligt rustad genom enbart grundutbildning till sjuksköterska. Det finns tydliga kompetensbrister inom området vård av äldre. Inom äldreomsorg finns totalt 12 316 sjuksköterskor anställda. Av dessa har 197 sjuksköterskor specialistutbildning inom vård av äldre, alltså ytterligare 60 högskolepoäng utöver de 180 högskolepoäng som utgör grundutbildningen för sjuksköterska. Det innebär att av samtliga sjuksköterskor som är verksamma inom äldreomsorg är andelen med specialistutbildning inom vård av äldre 1,6 procent.

Socionomer inom äldreomsorgen arbetar mestadels som biståndshandläggare eller som chef för hemtjänst eller särskilt boende. Socionomutbildningen är en generalistutbildning och till stor del inriktad på sociallagstiftning, myndighetsutövning och kunskap om samhället och samtalsmetodik. Det har tydligt framkommit att det inom socionomutbildningen finns ett stort behov av mer geriatrisk och gerontologisk kunskap.

Det är viktigt att de nya kunskaperna efterfrågas av arbetsgivaren efter genomgången utbildning. Att med nyvunna kunskaper återgå i samma arbetsuppgifter utan att få möjlighet att utveckla och förbättra vård- och omsorgssituationen kan snarare skapa frustration i det vardagliga arbetet, och risken är stor att man söker andra karriärvägar inom högskola och universitet. Arbetsgivaren behöver därför på olika sätt skapa förutsättningar för den som genomgått vidareutbildning att vidareutveckla verksamheten och sprida den nyvunna kompetensen.

Geriatrikerns specialistkompetens utgör den naturliga utgångspunkten för en framtida spridning av kompetens inom geriatrik och gerontologi, såväl genom egen klinisk verksamhet som genom kunskapsöverföring. En strategi föreslås därför vara att i en första fas utveckla specialistkompetenskurser för

blivande specialister i geriatrik och därmed attrahera fler att välja den specialiteten. Genom en modern pedagogik och ett riktat kursinnehåll kan kompetensen tryggas inom det geriatriska specialistområdet. I en andra fas kan sedan kurserna anpassas så att ett kompletterande och anpassat kursutbud också kan riktas till flera specialiteter som regelmässigt kommer i kontakt med de mest sjuka äldre.

För att satsningen på att utveckla specialistkompetenskurser i geriatrik och gerontologi för läkare ska nå avsedd effekt, krävs att landstingen ser över prioriteringen vid inrättande av ST-tjänster. Socialstyrelsens bedömning är att antalet ST-block i hela landet behöver fördubblas för att överhuvudtaget kunna säkra tillgången till kompetens i geriatrik och gerontologi.

Socialstyrelsen anser det vara angeläget att:

- öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning i vård av äldre inom vård och omsorg
- öka andelen sjuksköterskor med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi inom vård och omsorg
- öka andelen socionomer med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi inom vård och omsorg
- övriga högskolegrupper inom vård och omsorg ges möjlighet till vidareutbildning i geriatrik och gerontologi
- innehållet i grundutbildningarna för samtliga i rapporten belysta högskolegrupper ses över för att säkerställa behovet av kompetens i geriatrik och gerontologi så att den motsvarar patienternas, hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens behov

Socialstyrelsen anser att huvudmännen bör ta ställning till hur man kan

- utveckla och implementera karriärvägar inom vård och omsorg. Detta gäller särskilt yrkesgrupperna sjuksköterska och socionom, men även övriga aktuella högskolegrupper
- stimulera en utveckling mot fler sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre för tjänstgöring inom äldreomsorg
- ge fler sjuksköterskor vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för tjänstgöring inom äldreomsorg
- utveckla fortbildning inom geriatrik och gerontologi för specialistläkare inom allmänmedicin
- se över tillsättningen av ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa den framtida tillgången till specialistläkare i geriatrik

Socialstyrelsen föreslår vidare

- att regeringen uppdrar åt Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) att utveckla specialistkompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik utifrån det förslag till projektplan som biläggs (bilaga 8)
- att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att följa upp ovanstående satsningar årligen med en första uppföljning efter år 2013

Inledning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett detaljerat förslag till hur en satsning på ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens i vård och omsorg kan utformas och genomföras. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 februari 2012.

Med geriatrik avses läran om sjukdomar hos äldre och med gerontologi avses läran om åldrandet och åldersrelaterade förändringar i livsprocesser från uppnådd mognad till personens död.

För att de mest sjuka äldre ska kunna ges ett adekvat omhändertagande krävs att tillräcklig kompetens för att göra korrekta bedömningar och vidta lämpliga åtgärder finns nära tillgänglig. Hur verksamhet ska organiseras för att säkerställa detta är ett ansvar för de lokala huvudmännen. Vissa utgångspunkter bör ändå kunna anses vara vägledande. I allt väsentligt bör bedömningar och åtgärder kunna göras där patienten bor. Bättre geriatrisk och gerontologisk kunskap och kompetens behövs hos bland annat läkare, sjuksköterskor, socionomer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

En målinriktad satsning på ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens skulle kunna utformas som att huvudmännen kan söka ett bidrag som täcker (delvis eller hela) kostnaden för t.ex. 7,5 högskolepoäng i geriatrik och gerontologi riktat till högskolegrupperna i äldreomsorg och primärvård. Teoretiska avsnitt kan med fördel bedrivas som webbutbildning. Dessutom bör en satsning göras för utveckling av specialistkompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik. Det s.k. METIS-projektet för psykiatri kan användas som inspiration i detta arbete. Delar av arbetet bör ske i samråd med Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). Socialstyrelsen fick år 2010 i uppdrag av regeringen att efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting lämna förslag på hur ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan uppnås i olika verksamheter för äldre. Uppdraget överlämnades till regeringen den 25 mars 2011 med rapporten "Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi - strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder". Här lämnade Socialstyrelsen bland annat förslaget att regeringen behövde överväga att tillskjuta särskilt anslag för utveckling av specialistkompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik. Uppdraget var huvudsakligen riktat till gruppen läkare inom geriatrik och allmänmedicin, men vid probleminventeringen identifierade Socialstyrelsen motsvarande behov av kompetensförstärkning inom andra yrkesgrupper som inom yrkesgruppen läkare.

Det är Socialstyrelsens förhoppning att dessa framtagna förslag på hur en satsning kan utformas och genomföras för att öka kompetens i geriatrik och gerontologi, kommer vara ett fortsatt steg på vägen mot en framtida högkvalitativ hälso- och sjukvård och omsorg för den äldre individen.

Metod och genomförande

Eftersom uppdraget syftar till att ta fram förslag till satsning för ökad kompetens i geriatrik och gerontologi, bedöms inte vetenskapliga studier vara den huvudsakliga informationskällan vid insamling av underlag. Metod för kartläggning har därför varit hearing vid tre tillfällen, möten med representanter för ett urval av lärosäten samt yttranden från experter inom de olika yrkesgrupperna. Samtliga hearingdeltagare och experter yttrar sig i egenskap av att besitta god kunskap om frågan.

Hearingar

Vid hearing med yrkesorganisationer deltog Sveriges Gerontologiska Sällskap, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Distriktsköterskeföreningen, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Psykologförbund. Sammanlagt deltog vid hearingen 7 personer. Riksföreningen Sjuksköterskan inom äldreomsorg och Svensk Kuratorsförening samt Svenska Logopedförbundet deltog vid separata möten.

Vid hearing med företrädare för verksamheter deltog två företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt ytterligare företrädare för Primärvårdsforum, Nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer, Socialchefsnätverket och Chefsnätverket, samtliga dessa nätverk med bas inom SKL. Dessutom deltog representant från Famna (Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte). Sammanlagt deltog vid hearingen 9 personer. Vårdföretagarna var inbjudna men deltog inte.

Vid hearing med pensionärsorganisationer deltog Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF) Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund (SKPF) och Demensförbundet. Pensionärernas Riksorganisation (PRO) deltog vid separat möte.

Då samtliga ovanstående medverkat i egenskap av representant för olika legitimerade yrkestitlar, för olika verksamhetsområden eller för olika pensionärsorganisationer anses inkomna synpunkter vid hearingarna vara grundade på såväl vetenskap och beprövad erfarenhet som på god kännedom om verksamheternas förutsättningar samt om äldreomsorg ur både samhällets och individens perspektiv.

Möten med lärosäten

Eftersom tiden för uppdraget inte medgav en fullständig kartläggning av samtliga redan befintliga utbildningar inom området, har ett mindre urval av lärosäten gjorts. Urvalet har gjorts för att belysa utbildningstillgången dels för den till antalet största yrkesgruppen - sjuksköterska, dels för den yrkesgrupp där det ofta framförs synpunkter om specifik kompetensbrist inom äldreomsorgen – socionom/biståndshandläggare.

Möten för underlag om socionomutbildningen har hållits med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet samt med Institutionen för socialvetenskap, Ersta Sköndal Högskola. Möten för underlag om sjuksköterskeutbildningen har hållits med Sophiahemmet Högskola, med Göteborgs universitet, Sahlgrenska Akademin, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa samt med Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för vårdvetenskap. Utöver detta har telefonintervjuer genomförts med representanter från ytterligare lärosäten för att bredda underlaget. Personer vid följande lärosäten har intervjuats per telefon:

Umeå Universitet, Mittuniversitetet (Institutionen för hälsovetenskap, Sundsvall och Institutionen för socialt arbete, Östersund) samt Hälsohögskolan i Jönköping. Därutöver har information från hemsidor hämtats in från följande lärosäten: Linnéuniversitetet, Högskolan i Kristianstad, Högskolan i väst (Trollhättan), Luleå Tekniska universitet, Umeå universitet, Högskolan i Gävle, Lunds universitet, Linköpings universitet (Hälsouniversitetet), Örebro universitet, Uppsala universitet, Karolinska institutet samt Göteborgs universitet.

Expertutlåtanden

Expertutlåtanden från yrkesprofessionerna sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, dietist, psykolog samt logoped har hämtats in.

De övergripande frågeställningarna till deltagarna vid hearingarna och tillfrågade representanterna för lärosätena samt experterna löd:

- Vilka är de huvudsakliga kompetensbristerna när det gäller högskolegruppernas kompetens i geriatrik och gerontologi? Inom vilka områden behövs mer utbildning? Vilka utbildningar finns redan idag? Varför är det få sökande till vissa befintliga utbildningar?
- Vilka strategiska åtgärder är viktiga för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna?

Samverkan med IPULS

En separat del av uppdraget gäller utveckling av specialistkompetenskurser (SK-kurser), där det s.k. METIS-projektet för psykiatri kan användas som inspiration. Delar av arbetet har skett i samråd med Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). Inom deluppdraget har även två externa experter inom geriatrik anlitats, som tillsammans med IPULS och Svensk Geriatrisk Förening (SGF) tagit fram ett detaljerat förslag till utveckling av specialistkompetenskurser i geriatrik. Inom deluppdraget har även interna och externa experter inom METIS-projektet konsulterats.

Sammanställning

Samtliga yttranden och minnesanteckningar från hearingar, möten samt expertutlåtanden har sammanställts och analyserats. Förslag till åtgärder har därefter formulerats utifrån de strategiskt viktigaste frågorna för respektive högskolegrupp.

Nuvarande kompetenssituation och utbildningsbehov hos högskolegrupper i primärvård och äldreomsorg

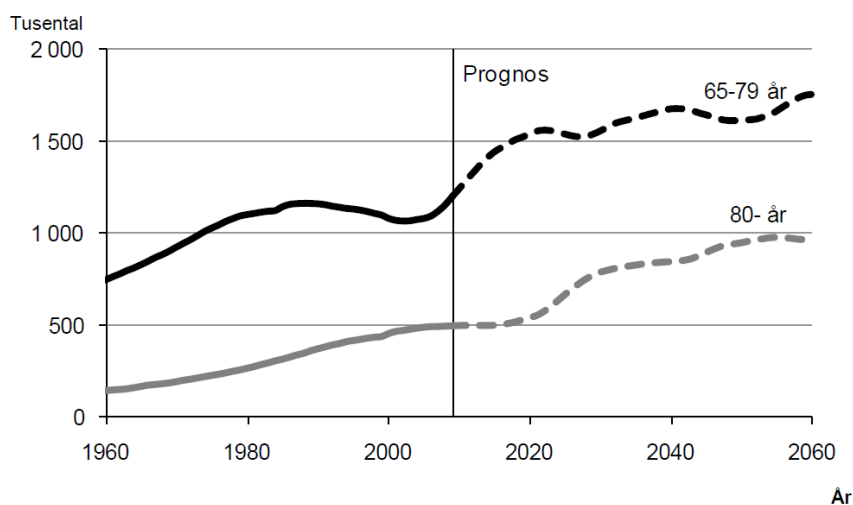
Inledning

Både vid hearingar och ur expertutlåtanden framkom en överväldigande samstämmighet om att utbildningssituationen inom området geriatrik och gerontologi är av avgörande betydelse för både verksamheternas kvalitet och rekrytering till området. Detta gäller samtliga yrkeskategorier.

De senaste årens satsningar med prestationsbaserad ersättning inom äldreområdet, exempelvis genom ekonomisk stimulans för deltagande i kvalitetsregister, är ett steg på väg mot ökad kvalitet. För att nå en god kvalitet inom äldres hälso- och sjukvård och omsorg behövs en samtidig satsning på geriatrisk och gerontologisk kunskapsförstärkning i alla utbildningsled för alla personalkategorier.

Utifrån den demografiska utvecklingen beräknas antalet invånare över 80 år uppgå till nära 800 000 år 2030, jämfört med dagens 494 000.

Antal 65-79-åringar samt 80 år och äldre 1960-2009 samt prognos 2010-2060. Tusental



Källa Statistiska centralbyrån

Det är en vanlig föreställning att nya generationer av äldre människor skulle vara friskare än de tidigare generationerna. Detta gäller dock inte för de allra äldsta – mycket tyder i stället på att sjukligheten har förskjutits till högre åldrar [1]. För personer över 80 års ålder är sjukligheten fortfarande lika hög som tidigare.

Sjuksköterska

Kunskapsområde

Biomedicinska geriatriska kunskaper ligger till grund för sjuksköterskans bedömning, åtgärder och utvärdering av den äldre patientens behov. Det traditionella synsättet med fokus på patientens huvuddiagnos är inte realistiskt inom vård av äldre. Geriatrisk kompetens omfattas därför av ett personcentrerat förhållningssätt och en systematisk problemorienterad bedömning av hela livssituationen och tillståndet.

En stor del av sjuksköterskans omvårdnadsarbete omfattar att informera och undervisa patienter och närstående i syfte att skapa trygghet och göra patienten delaktig i vårdens beslut. Sjuksköterskans kompetensområde omfattar specifik kunskap om hur man kommunicerar på den äldres villkor trots eventuella neurologiska handikapp, minnes- och talsvårigheter.

En grundläggande förutsättning för god vård av de mest sjuka äldre är ett välfungerande högkompetent team där sjuksköterskan ofta har en samordnarfunktion. För detta krävs kunskap om hur de olika professionerna bidrar till patientens vård och behandling.

Kompetensbrister, problemområden

Antalet mest sjuka äldre med behov av avancerad vård och behandling ökar och det innebär ett ökat antal av de allra äldsta även inom många specialistkliniker. Geriatrisk kompetens bör vara en självklarhet bland all vårdpersonal som möter äldre i sitt arbete.

Kortare vårdtider i akutsjukvården medför ett ökat ansvar för primärvården. Komplexa vårdinsatser som tidigare utfördes inom intensivvård eller specialistsjukvård sker idag ofta i patientens hem. I primärvården finns därför ett stort behov av ökad kunskap i geriatrik och gerontologi.

Majoriteten av all vård och omsorg av äldre patienter sker i kommunens försorg genom vård i hemmet eller i särskilda boenden. Det är ovanligt att sjuksköterskor inom kommunen har den specialistutbildning de behöver avseende äldres behov och förutsättningar.

Det brister när det gäller kunskap om palliativ vård inom äldreområdet [2]. Ökad kunskap om palliativ vård behövs både inom primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Ytterligare ett problem är att arbetsgivaren inte kräver specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreomsorg.

Tillgång på specialistsjuksköterskor inom vård av äldre

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fortlöpande ta fram underlag för att på kort och lång sikt bedöma tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen utför uppdraget inom ramen för det Nationella planeringsstödet (NPS).

Senaste mätning av antal anställda sjuksköterskor är gjord i november 2009. Denna visar bland annat antal anställda inom hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg. Med termen äldreomsorg menas här vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre samt öppna sociala insatser för äldre.

Mätningen visar att det inom äldreomsorg fanns totalt 12 316 sjuksköterskor anställda. Av dessa hade totalt 5 327 sjuksköterskor någon form av specialistutbildning. Av dessa hade 197 sjuksköterskor specialisering inom vård av äldre, alltså ytterligare 60 högskolepoäng utöver de 180 högskolepoäng som utgör grundutbildningen för sjuksköterska. Vidare hade 2 210 sjuksköterskor specialisering som distriktssköterska, 1 872 sjuksköterskor specialisering inom internmedicin och/eller kirurgi, 470 sjuksköterskor specialisering inom psykiatrisk vård, 292 sjuksköterskor specialisering inom anestesi och intensivvård samt 107 sjuksköterskor specialisering inom operationssjukvård.

Totalt antal sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre var 391, varav 197 sjuksköterskor, 50 procent var anställda inom äldreomsorg år 2009. De resterande specialistsjuksköterskorna inom vård av äldre var huvudsakligen anställda inom hälso- och sjukvård (163 sjuksköterskor, 42 procent) och ett fåtal var anställda inom andra omsorgsverksamheter.

Totalt antal distriktssköterskor var 13 386, varav 2 210 (17 procent), var anställda inom kommunal hälso- och sjukvård. Resterande distriktssköterskor var huvudsakligen anställda inom landstingets hälso- och sjukvård, 9 796 distriktssköterskor, vilket motsvarar 71 procent.

Det innebär att av samtliga sjuksköterskor som år 2009 var verksamma inom äldreomsorg var andelen med specialistutbildning inom vård av äldre 1,6 procent eller 1 av 63.

Den viktigaste slutsatsen av ovanstående är att äldreomsorgen har stora förbättringsbehov beträffande antal sjuksköterskor med specialistutbildning inom det som verksamheten innefattar, nämligen vård av äldre. En annan slutsats är att det endast är en knapp femtedel av distriktssköterskorna som är verksamma inom äldreomsorg.

Utbildningssituation

Grundutbildningen ger en bred kompetens för yrket och för fortsatt professionell och akademisk kompetensutveckling. Geriatrisk kompetens omfattar bedömning, vård, omvårdnad och rehabilitering av den multisjuka patienten. Både grund- och specialistutbildning för sjuksköterskor behöver integrera huvudområdet omvårdnad med andra kunskapsområden som den allmänna hälso- och sjukvården bygger på såsom etik, biomedicin, folkhälsa och pedagogik.

Utbildningsbehov

Ur expertutlåtande (bilaga 1) framkommer att följande områden är viktiga avseende sjuksköterskors kompetens inom gerontologi och geriatrik;

- Omvårdnadskompetens avseende äldre personer
- Medicinsk kompetens om äldre
- Kompetens inom hälsopromotion och sjukdomsprevention för äldre
- Pedagogisk kompetens inom äldreområdet
- Evidensbaserat förhållningssätt
- Personcentrerat förhållningssätt.

- Teambaserat arbetssätt.
- Kompetens inom informationsteknologi

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Eftersom behovet är stort av både kortare vidareutbildningar (7,5-15 högskolepoäng) och av specialistutbildning inom vård av äldre, anser Socialstyrelsen att en satsning måste utformas utifrån båda dessa olika behov.

För att skapa förutsättningar för en ökad kompetens med fortsatt kompetensutveckling inom de olika verksamheterna behövs tydliga krav. Vården i hemmet ska vara lika god och säker som den sjukhusbaserade vården vilket kräver fler specialistutbildade sjuksköterskor inom den kommunala sektorn.

Enligt Riksföreningen Sjuksköterskan inom äldreomsorg behöver geriatrisk kompetens en betydligt starkare ställning och tydligare roll i svensk äldreomsorg än idag. Ett sätt är att införa och tydliggöra karriärstegar för sjuksköterskor inom alla vårdområden som kräver och premierar hög gerontologisk och geriatrisk kompetens.

Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det är nödvändigt att på flera olika sätt öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre, särskilt inom äldreomsorgsverksamheter.

Socionom

Kunskapsområde

Socionomer har samhälls- och beteendevetenskaplig universitetsutbildning med socialt arbete som huvudämne. Socionomen inom äldreomsorgen arbetar mestadels som biståndshandläggare eller som enhetschef för hemtjänst eller särskilt boende. Biståndshandläggarens huvudsakliga ansvarsområde är att utreda behov av insatser och på delegation av socialnämnden fatta beslut om insatser. Enhetschefer har främst en arbetsledande roll och ansvarar för verksamhetsutveckling inom sitt område.

Kompetensbrister, problemområden

Ur expertutlåtande framkommer att de huvudsakliga kompetensbristerna när det gäller socionomens kompetens inom geriatrisk och gerontologisk handläggning handlar om bristande grundläggande kunskaper om åldrandets effekter på människan samt grundläggande medicinska kunskaper i olika sjukdomar som den äldre individen drabbas av (bilaga 2). Socionomen inom socialtjänsten behöver ha viss kunskap om äldres sjukdomar för att kunna förstå och arbeta med de psykosociala konsekvenserna vad detta kan medföra för individen själv samt för deras närstående. Det behövs kunskap om att många har psykosociala problem till följd av ålder och komplex sjukdomsbild.

Utbildningssituation

Socionomutbildningen är en generalistutbildning och en bas med utbildning både vad gäller sociallagstiftning, kunskap om samhället och samtalsmetodik. Enligt verksamhetsföreträdarens bild är socionomutbildningen till

stor del inriktad på myndighetsutövning och mycket generellt inriktad. Utbildningen i övrigt innehåller få högskolepoäng i geriatrik och gerontologi. Vid hearingarna med verksamhetsföreträdarna betonades att det inom socionomutbildningen behövs mer av geriatrisk och gerontologisk kunskap.

Vid Institutionen för Socialt arbete vid Stockholms Universitet finns tre socionomutbildningar med olika inriktning; allmän linje, äldre och funktionshindrade samt socialpedagogisk linje. Alla tre utbildningar har utgångspunkt i socialt arbete. Man skräddarsyr även kurser efter verksamhetens behov och önskemål inom de ramar som högskolan har att hålla sig till. Socialhögskolan har god tillgång till kvalificerade lärare och använder sig enbart av egna lärare.

Utbildningsbehov

Enligt Svensk kuratorsförening kan följande behövas som komplement till den grundläggande socionomutbildningen:

- gerontologi
- geriatriska och psykiatriska sjukdomstillstånd, grundläggande kunskap om äldres sjukdomar, vad det innebär att få en livshotande sjukdom med ibland bestående funktionshinder, krisprocess, sorgeprocess, närståendestöd, döendet, smärta ur olika perspektiv, den sociala situationens betydelse för fortsatt planering
- palliativ vård, stödinsatser, fysiska, psykiska, sociala, etiska och existentiella frågeställningar
- funktionsnedsättnings påverkan på levnadsförhållanden
- familj-/närståendearbete med fokus på den äldre individen
- sociala, ekonomiska och juridiska frågor med betydelse för den äldre individen, till exempel god man och förvaltarskap, biståndshandläggning
- samspel mellan medicinska, psykologiska och sociala faktorer
- livskvalitetsfrågor, olika kulturer och livsåskådningar, etiska frågor i vården
- olika vårdalternativ t ex hospice och särskilda boenden

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Från både hearingar och expertutlåtanden framkommer en samstämmig bild av att enhetschefer och biståndshandläggare inom kommunal omsorg behöver ökad kompetens i geriatrik och gerontologi. Detta behövs framför allt för att med utgångspunkt från tillräcklig och relevant kunskap kunna bedöma behov av insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Det behövs också kunskap om de krav som ställs på legitimerade yrkesgrupper att kontinuerligt fortbilda sig inom yrkesområdet.

Arbetsterapeut

Kunskapsområde

För arbetsterapeuter är äldreområdet ett av de mest frekvent förekommande verksamhetsområdena. Yrkesverksamma arbetsterapeuter i äldreomsorg och primärvård utgör nästan 3000 personer, vilket är en tredjedel av yrkeskåren. Det är också inom äldreområdet som många professorer och andra forskare i ämnet arbetsterapi är verksamma. Tillgänglighet, teknik, boende, vardagens aktiviteter och delaktighet är några av forskningsområdena. De vanligaste diagnoserna och tillstånden som arbetsterapeuter forskar inom är demenssjukdomar, multisjuka, sköra äldre, stroke och andra neurologiska sjukdomar. Inom arbetsterapi finns även forskning om förebyggande insatser som fallprevention och för insatser till anhöriga.

Kompetensbrister, problemområden

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) har genomfört en fortbildningsenkät 2009 (bilaga 3). Där framkommer att yrkesverksamma inom äldreomsorg efterfrågar mer kunskap inom neurologiska sjukdomar, kognition, demens, och mer kunskap inom förflyttning, ergonomi, rörelseorganens sjukdomar, teknik och miljö. Man ser även ett behov av mer kunskap om handledning, pedagogik, gerontologi, geriatrik och äldrepsykiatri. För yrkesverksamma i primärvård är kompetensbehoven delvis desamma men inte lika många anger till exempel neurologiska sjukdomar och demens som det mest viktiga. En förklaring kan vara att primärvården har andra patientgrupper och inte enbart äldrefokus beroende på hur hemsjukvården är organiserad.

För de yrkesverksamma som har en äldre utbildning behövs utbildning för komplettering till kandidatexamen. Eftersom denna grupp är stor är det viktigt att tillgodose deras möjligheter att via kompetensutveckling läsa in kandidatnivå. Detta är viktigt för att få verktyg för att kunna ta till sig aktuell forskning och utveckling inom ämnesområdet.

Yrkesverksamma i äldreomsorg saknar enligt FSA en kultur som tillvaratar och uppmuntrar lärande i det dagliga arbetet och är de som är minst nöjda med sin fortbildning under 2009. Enligt enkäten har endast 27 procent en individuell plan för fortbildning (jämför med medelvärdet 40 procent). Allt detta tyder på att det inte finns rätt incitament för kompetensutveckling inom äldreomsorgen.

Utbildningssituation

I dag bedrivs arbetsterapeututbildning vid åtta lärosäten i landet. När det gäller arbetsterapeuters grundutbildning visar en kartläggning som FSA genomförde hösten 2011 att innehåll av geriatrik och gerontologi finns med i grundutbildningen men att kursernas upplägg och omfattning varierar mellan lärosätena från 32 högskolepoäng till 46 högskolepoäng. Några lärosäten har därutöver valbara kurser inom äldreområdet och möjlighet till examensarbete inom äldreområdet och kommer då sammanlagt upp i skattade 60-65 högskolepoäng. I den här skattningen har programansvariga tagit med både

specifik och generell kunskap som de relaterar till äldrekunskap. Här återfinns såväl gerontologisk teoribildning som geriatrik och äldrepsykiatri. Här återfinns även tillämpad äldrekunskap i arbetsterapi som till exempel aktivitetsmönster hos äldre, assisterande teknik för personer med demenssjukdom eller verksamhetsförlagd utbildning (VFU-kurs) inom äldreområdet.

Det finns idag ingen offentligt rättslig specialistordning för arbetsterapeuter. Sedan 1998 har FSA därför tagit fram en specialistordning för arbetsterapeuter där specialisering finns inom fem olika områden och området äldrevård och äldreomsorg är ett av dessa. Ett av förkunskapskraven är magisterexamen i arbetsterapi. Specialistutbildningen omfattar sammanlagt 40 veckor efter grundutbildning och delas upp i specialist- funktions- och professionskurser som sammanställs i en individuell utbildningsplan. I dag finns det endast 3 specialister inom äldrevård och äldreomsorg vilket gör specialistområdet till det näst minsta.

De yrkesverksamma arbetsterapeuterna i äldreomsorg har sämre förutsättningar vad gäller fortbildning. Det avspeglas i att det är få, 43 procent, som har kandidatexamen (jämför med exempelvis länssjukvård där 60 procent har detta). Endast 3 procent har magister- eller masterutbildning (jämför med 17 procent i regionsjukvård) och få som avser skaffa sig sådan kompetens. Endast 8 procent tänker skaffa sig masterkompetens i framtiden (mot exempelvis regionsjukvård där 29 procent anger att de planerar detta).

Enligt FSA skulle det kunna vara en utbildning med omfattning 15 högskolepoäng på avancerad nivå, uppdelad i två kurser på 7,5 högskolepoäng vardera med olika inriktning. En viktig förutsättning för att många ska kunna delta, är att det är möjligt att gå en kurs som ger 7,5 högskolepoäng med möjlighet att bygga på med ytterligare fördjupning. Ett förslag är att utforma två olika kurser på 7,5 högskolepoäng vardera, där exempelvis den ena kursen är mer generell och interprofessionell och den andra är mer yrkesspecifik exempelvis med fördjupning i gerontologi och geriatrik ur arbetsterapiperspektiv. Kursen kan även ha mer specifik inriktning mot arbetsterapi till exempel vid demens eller stroke. En sådan kurs kan också utgöra del i arbetsterapeuters specialistutbildning. Kurs på halv- eller kvartsfart är att föredra.

Utbildningsbehov

Enligt FSA är följande områden lämpliga för vidareutbildning:

- Multisjuklighet
- Rehabilitering
- Arbetsterapi
- Gerontologi, geriatrik och äldrepsykiatri ur arbetsterapeutiskt perspektiv
- Demens
- Handledning
- Anhörigstöd
- Interprofessionellt samarbete

Det skulle vara värdefullt att se över de kurser på avancerad nivå som redan ges inom äldreområdet så att den nu aktuella satsningen kan samordnas med dessa. Exempel på kurser är *"Aktiviteter i dagligt liv för personer med demens"*, 7,5 högskolepoäng, Karolinska institutet, *"Arbetsterapi inom äldreområdet"*, 7,5 högskolepoäng, Linköpings universitet, *"Utveckling, utvärdering och implementering av arbetsterapi för äldre personer med synned-sättning"*, 7,5 högskolepoäng, Göteborgs universitet. Erfarenheten visar att kurser med äldreinriktning många gånger haft svårt att få tillräckligt antal sökande och därför riskerar läggas ner. Det är enligt FSA även vanligt att de som påbörjat inte slutför kurserna då de inte får ledigt från sina kommunala arbetsgivare.

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Det största hindret för fortsatt kompetensutveckling är att arbetsgivaren inte efterfrågar kompetens. Den viktigaste strategiska åtgärden är därför att ställa krav på kommunerna att kompetensutveckling ska göras kontinuerligt.

FSA anger flera olika faktorer som utgör hinder för kompetensutvecklingen. En stor brist är att det saknas ledning för rehabilitering och den ledning som finns har bristande förståelse för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens behov av förbättrade kunskaper [3,4]. Det finns risk för att de äldre inte får de specifika insatser som de har behov av. Delvis beror detta på bristande ledning men även på bristande resurser och i rapporten [3] föreslås nyckeltal för tillräckligt antal arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom äldreomsorg.

Det finns också avsaknad av kunskap hos arbetsledning att legitimerade yrkesgrupper har krav att kontinuerligt hålla sig uppdaterade vad gäller forskning och evidens inom yrket. Det finns heller inte kunskaper om vilka förutsättningar som krävs för kompetensutveckling, t ex möjlighet till uppkoppling till databaser eller uppbyggda nätverk med specialiserad vård inom äldreomsorgen. Det finns få specialisttjänster och små möjligheter att avgränsa och specialisera sig inom vissa delområden inom äldreomsorgen.

En annan faktor för att säkra tillräckliga kunskaper inom äldreområdet är enligt FSA tillgången till Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering, MAR. Att det finns uttalade riktlinjer och rutiner inom rehabilitering som efterlevs och följs upp, sätter krav och fokus på behov av kompetensutveckling.

Sjukgymnast

Kunskapsområde

Av Socialstyrelsens definition (2009) framgår att hälsofrämjande åtgärder på individnivå syftar till att så långt möjligt stödja människor att få ökad kontroll över sin hälsa i betydelsen stärkt egenförmåga. Det handlar också om att stärka den person som drabbats av långvarig sjukdom och funktionsnedsättning till att orientera sig i en ny livssituation, så att personen, trots uppkommen ohälsa kan uppleva psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande.

Kompetensbrister, problemområden

Det finns liten kunskap vad gäller geriatrik hos sjukgymnaster i kommunerna. Man behöver lyfta behovet av teamet kring den äldre patienten och olika yrkesgrupper behöver känna till vad andra grupper kan.

Det finns ingen offentligt reglerad specialistutbildning för sjukgymnaster. Därmed har huvudmännen inga referenser att förhålla sig till när det gäller att definiera specialistkompetens och vad den kan tillföra verksamheten. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, LSR, har utformat en specialistordning enligt en modell som tillgodoser såväl klinisk som teoretisk fördjupning, men menar att avsaknaden på en tydligt reglerad specialistkompetens är en anledning till att det är svårt att motivera enskilda sjukgymnaster att satsa på specialistutbildning.

Utbildningssituation

Enligt LSR finns indikationer på att undervisningen i geriatrik och gerontologi på grundutbildningen är fragmentiserad och det är oklart i hur stor utsträckning den sker i ett interprofessionellt sammanhang. Grundutbildningen behöver även ge bättre förståelse för en hälsofrämjande helhetssyn utifrån den åldrande människans hela situation.

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) behöver i högre grad ske inom kommunal äldreomsorg och äldreomsorg för att öka kunskapen om det specifika ohälsopanoramats för dessa grupper. Utbildningsplatser och avtal mellan lärosäten och äldreomsorg behöver skapas. Därutöver behövs resurser i form av handledarkompetens och tid för handledning av studenter inom VFU.

Utbildningen bör ges lokalt för att anpassas till specifika förhållanden och behov enligt LSR. Dock bör den ha en nationell gemensam kursplan.

Utbildningsbehov

LSR ser behov av följande utbildningar:

Ledarskap

- leda sig själv i en verksamhet med autonomi och mycket ensamarbete
- leda rehabiliteringsarbete i en hälsofrämjande kontext
- leda projekt och förbättringsarbete
- bidra med professionsspecifik kompetens för patientens, teamets och verksamhetens bästa.

Pedagogik och handledning

- ordinera insatser och understödja personal i ett hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt.
- motivera hälsofrämjande och rehabiliterande åtgärder i en verksamhet där detta inte är en del av baspersonalens ordinarie uppdrag
- få verktyg för att på ett mer professionellt sätta planera, genomföra och följa upp stödjande och vägledande insatser gentemot patienter, anhöriga och personal.

Systemförståelse

- förståelse för organisation och regelverk inom hälso- och sjukvård, kommunal äldrevård och äldreomsorg

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Generellt sett finns ett tydligt behov av att öka bemanningen inom kommunal äldrevård och äldreomsorg för att bättre kunna bedriva evidensbaserad sjukgymnastik som innefattar hälsofrämjande åtgärder.

Enligt LSR finns inom många kommuner en stor brist på rehabilitering inom äldreomsorg, vilket försvårar rekrytering till arbete som sjukgymnast inom äldreområdet. Vårdtider inom slutenvård har förkortats och rehabilitering behöver därmed ske delvis i hemmet, vilket man på de flesta håll helt har slutat med. Även uppföljning inom äldrevård och äldreomsorg behöver stärkas. Det krävs stöd och resurser för att arbeta fram relevanta kvalitetsindikatorer som kan ge verksamheterna en fortlöpande, formativ, återkoppling i syfte att lära och förbättra arbetet. Utgångspunkten bör vara interprofessionell eftersom ohälsan för gruppen äldre inom kommunal äldrevård och äldreomsorg många gånger är komplex och därigenom kräver hela vårdteamets insatser.

I små kommuner med få anställda sjukgymnaster och det kan bli praktiska problem för en person att vara ledig på heltid för utbildning.

Dietist

Kunskapsområde

Dietistens yrkeskompetens utgörs av kunskaper om nutrition, biokemi, fysiologi, livsmedelskunskap och näringslära, samt om psykologiska och sociologiska processer som styr aptit och ätande. Inom kunskapsområdet ligger också att behärska befintliga nutritionsterapier samt att kunna ordinera en för individen specifikt anpassad behandling.

Nutritionsbehandling är en del av den medicinska behandlingen. Inom vården kan nutrition ses ur olika perspektiv. För dietisten är huvudperspektivet nutritionsterapi. Läkarens medicinska perspektiv och sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv innefattar också perspektiv på nutrition. De olika yrkeskompetensernas perspektiv kompletterar varandra.

Bland de mest sjuka äldre är sjukdomsrelaterad undernäring vanligt förekommande. Bakomliggande orsaker är bland annat bristande aptit, sjukdom som förändrar de metabola förutsättningarna, fysiska handikapp inkluderat tugg- och sväljproblem samt förändrade behov av energi och näringsämnen. Konsekvenserna blir minskad funktion och sämre livskvalitet, samt ökad risk för sjuklighet och för tidig död.

Det finns idag enligt DRF en omfattande vetenskaplig dokumentation beträffande kostnadseffektivitet och vinster med strukturerad nutritionsterapi för äldre i ordinärt och särskilt boende (bilaga 5). Individuellt anpassad nutritionsterapi kan minska sjukhusvistelse, kostnader för behandling av trycksår och i kombination med fysisk träning förbättra den

funktionella förmågan och därmed autonomi och livskvalitet för den enskilde.

Kompetensbrister, problemområden

För att få en uppfattning om utbildningsbehovet hos dietister genomförde Dietisternas Riksförbund, DRF, en enkel webbaserad enkät (bilaga 5). Eftersom svarstiden för enkäten var kort vilket resulterade i låg svarsfrekvens, ska de resultat som presenteras ses mer som en indikation än som en säkerställd representativ bild av utbildningsbehovet för dietister.

Alla svarande arbetar inom äldreomsorgen. Drygt 90 procent uppgav att de inte hade någon utbildning inom geriatrik och gerontologi efter grundutbildningen, samtidigt svarade knappt två tredjedelar att de tycker att de har tillräckliga kunskaper för att klara av sitt arbete, men tillägger att man läser in mycket på egen hand och är positiv till vidareutbildning. Enkäten visar vidare att de svarande i första hand ser ett behov av en grundläggande kurs inom geriatrik och gerontologi, men intresse finns också för specifika fördjupningskurser.

Utbildningssituation

Enligt DRF, är kompetensen låg i kommunerna när det gäller nutritionsrehabilitering. Insikten om behovet finns inte och därmed heller inte efterfrågan. Det finns behov av en formaliserad utbildning där alla yrkesgrupper kan få en gemensam grund att stå på.

Utbildningsbehov

När det gäller utbildning inom geriatrik och gerontologi rangordnas i enkäten de följande tre i nämnd ordning som viktigast:

- akut och allmän geriatrik,
- demens
- tvärprofessionellt arbetssätt

När det gäller yrkesspecifik utbildning görs rangordningen;

- nutritionsbehandling av äldre,
- äldres energi- och näringsbehov
- undernäring

Med avseende på de tre första punkterna finns behov av fördjupning när det gäller åldersförändringars påverkan på olika kroppsfunktioner, såväl fysiologiska som psykologiska, samt fördjupning beträffande åldrandets sjukdomar och palliativ vård. Allmän fördjupning kan med fördel ske i tvärprofessionella utbildningsgrupper som också bör innehålla tvärprofessionell arbetsmetodik, då geriatrisk vård förutsätter teamsamverkan mellan flera olika yrkesfunktioner.

Inom den yrkesspecifika vidareutbildningen behövs utbildning kring metabola och funktionella förändringar som påverkar aptit, förmågan att äta

samt behovet av energi- och näringsämnen. Vidare behövs kunskap om bakomliggande orsaker till, och effekter av, undernäring samt hur detta tillstånd behandlas och kunskap om palliativ nutrition. Ett spirande forskningsområde är måltidsmiljö som omsorgsinsats, även inom detta område är yrkesspecifik vidareutbildning motiverad.

Att få tid för utbildning kan vara svårt i praktiken och i första hand ser man att det som är praktiskt möjligt under rådande verksamhetsförutsättningar är att läsa på kvartsfart för att kunna kombinera studier med arbetet samt att utbildningen i huvudsak sker på distans via webben, men gärna i kombination med föreläsningar.

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Av de kartläggningar som DRF år 2007, 2008 och 2009 (bilaga 5) framgår en stor variation i tillgången till dietistkompetens mellan landets kommuner. De kommundietister som är verksamma har, vid sidan av behandling av enskilda individer, också arbetat med undervisning/handledning av övrig personal, samt med att leda utvecklings- och kvalitetsprojekt inom nutrition för bättre rutiner. Det finns dock många kommuner som helt saknar dietister, och även inom primärvården varierar tillgången till nutritionskompetens stort över landet.

För att skapa förutsättningar för en ökad kompetens med fortsatt kompetensutveckling inom de olika verksamheterna behövs tydliga krav. Huvudmännen behöver se över vilken kompetens som behövs och ta ansvar för att dessa behov tillgodoses. Den viktigaste strategiska åtgärden enligt DRF är tydlig normering från myndighet att nutritionsomhändertagandet ska ingå i patientsäkerhetsarbetet och att resurser ställs till förfogande att kunna leva upp till detta. Som ett exempel har Socialstyrelsen publicerat en vägledning för att förebygga och behandla undernäring [5] och en föreskrift väntas under första halvåret 2012.

Psykolog

Kunskapsområde

De flesta människor som lever länge drabbas av flera somatiska sjukdomar. För eventuella anhöriga kan arbetsbördan bli tung inte minst om sjukdomarna är demenssjukdom eller psykiatrisk sjukdom där kognitiva funktioner är påverkade på olika sätt. Speciell psykologisk kompetens behövs inom vården för att förstå en anhörigs situation. Om patienten är äldre är även många anhöriga äldre. Då behövs även kompetens vad gäller bemötande av anhörig utifrån ett gerontologiskt perspektiv med inriktningen geropsykologisk kompetens. Att vara äldre anhörig väcker även frågor av existentiell karaktär och inte minst tankar om sin egen förestående död. Därför kan terapier av olika slag eller samtal om dessa frågor vara viktiga i mötet med anhöriga.

Även övrig personal som kommer i kontakt med patient eller anhörig behöver handledning, företrädesvis av en psykolog.

Kompetensbrister, problemområden

Sveriges Geropsykologers Förening, SGF, ser ett stort behov av mer kunskap om det psykologiska åldrandet för att möjliggöra tillgång till psykologiskt stöd till äldre personer som behöver det.

När man väl har sin legitimation som färdigutbildad psykolog finns inga tjänster som geropsykolog. De tjänster som finns inom specifik äldreomsorg är i första hand på specifika mottagningar, exempelvis minnesmottagning. Psykologer inom primärvården träffar sällan äldre. SGF gjorde för några år sedan en undersökning där psykologer inom primärvården tillfrågades om sina kontakter med äldre. De flesta hade inga psykologkontakter alls med äldre och i några fall fanns även uttalat att inget samtalsstöd skulle ges till patienter över 65 år.

Äldre är en heterogen grupp människor med stora skillnader i välbefinnande och funktion. Det är viktigt att kunna skilja normalt åldrande från sjukdom. Enligt SGF skulle geropsykologisk och psykogeriatrisk kompetens, både inom psykologkåren och inom övriga grupper som möter den äldre, kunna bidra till att den äldre patienten/klienten får en mer tillfredsställande livssituation och högre livskvalitet.

Utbildningssituation

Psykologprogrammet omfattar 300 högskolepoäng. I genomsnitt ägnas ca 7,5 högskolepoäng åt åldrandets psykologi. Ytterligare ca 7,5 högskolepoäng handlar om neuropsykologiska förändringar i åldrandet. Det skiljer något mellan de nio utbildningssäten där programmet ges men som högst kan man få totalt 25 högskolepoäng vad gäller olika aspekter av det psykologiska åldrandet. Man kan välja åldrandets psykologi som ämne i sitt fördjupningsarbete och kan då få ytterligare 7,5 högskolepoäng. Sammantaget gör detta att gerontologisk och geriatrisk kunskap inom psykologkåren är tämligen liten. Det finns möjlighet att efter utbildningen kunna läsa vidare till specialist i neuropsykologi och då få ytterligare kunskap. Specialistutbildningen fokuserar dock mer på patologiska förändringar i åldrandet än ren gerontologisk kunskap.

Psykologen behöver mer kunskap i själva handledandets olika faser och beståndsdelar utifrån ett gerontologiskt perspektiv. Ofta behöver kompetensen höjas vad gäller gerontologiska och psykogeriatriska frågor. Områdena anhörigstöd och handledning saknas i psykologprogrammet.

I en satsning som nu är aktuell behöver därför kurser erbjudas till de psykologer som idag arbetar inom äldreomsorgen och inom primärvården men även till psykologer inom andra områden där man kan tänkas möta äldre. Många av de kurser som finns idag är alltför fokuserade på det sjukliga åldrandet medan det tvärtom bör vara det normala åldrandet som står i fokus.

Utbildningsbehov

Enligt Sveriges Geropsykologers Förening skulle det vara önskvärt att en kurs på minst 7,5 högskolepoäng kan innehålla nedanstående. Vissa avsnitt kan vara helt teoretiska och vara webbaserade, vissa avsnitt bör innehålla tillämpningsdelar av mer praktisk karaktär.

- Gerontologi och geropsykologi som kunskaps- och tillämpningsområden
- Demografi och epidemiologi
- Åldrandeprocessen, biologiska, psykologiska och sociala processer i samspel
- Personlighets- och socialpsykologiska aspekter på åldrandet
- ”Successful ageing”
- Aktuell gerontologisk och geropsykologisk forskning
- Geropsykiatri
- Stöd och bemötande av äldre anhöriga
- Att handleda utifrån ett geropsykologiskt perspektiv inom äldreomsorgen
- Hur man bedriver terapi med äldre
- Existentiell psykologi

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Enligt SGF saknas psykologer inom äldreomsorgen i princip helt. Det är nästan omöjligt att få terapi och stödsamtal för personer över 70 år. Även äldre kan drabbas av livskriser och sjukdomar.

Med en vidareutbildning i geriatrik och gerontologi skulle exempelvis en vårdcentral kunna erbjuda professionellt psykologiskt stöd till äldre som kommer till mottagningen. Vidareutbildning i geriatrik och gerontologi skulle även kunna erbjudas de psykologgrupper som kommer i kontakt med äldre anhöriga t.ex. inom psykiatri, handikappomsorg och kriminalvård.

Logoped

Kunskapsområde

Logopedens kompetensområde innefattar dels utredning och behandling av olika typer av kommunikationsproblem, dels utredning och behandling av olika ät- och sväljsvårigheter.

Idag träffar geriatriska patienter logoped främst inom slutenvården och polikliniskt på logopedmottagning. De allt kortare vårdtiderna på sjukhusen har resulterat i att logopedisk insats ofta inte hunnit göras innan personen blivit utskrivet till eget eller annat boende. Brist på logopedisk kompetens inom primärvård och äldreomsorg gör att funktionsnedsättningar inom kommunikation och ät- och sväljfunktion inte uppmärksammas. Rehabiliteringen blir bristfällig när patienter, anhöriga och personal inte får den hjälp och den handledning de behöver kring kommunikation och svårigheter att äta och svälja.

Studier visar att cirka 60 procent av patienterna på geriatrisk vårdavdelning har svårigheter med tal, språk eller sväljning. Det är vanligt att svårigheterna först uppmärksammas när de äldre kommer till sjukhus eller särskilt boende [6].

Kompetensbrister, problemområden

Ungefär hälften av alla personer inom särskilt boende har sväljningssvårigheter [6]. Förekomsten är ännu högre över 85 år där cirka 80-85 procent uppvisar problem att äta [7]. Rätten till kommunikation och ett säkert ätande är en stor och viktig del av ett värdigt liv. Detta förutsätter att personal inom verksamheterna har kunskap om hur man på bästa sätt hanterar sväljningssvårigheter i den praktiska vardagen, och exempelvis har kännedom om metoder att äta på ett säkert sätt. Finns inte denna kunskap kan matintaget leda både till undernäring och orsaka lunginflammation eftersom delar av maten sväljs fel och hamnar i luftstrupen. Det är nödvändigt med adekvat kunskap om rätt åtgärd (till exempel ändrad konsistens på maten) för rätt typ av svårighet att svälja (till exempel vid stroke eller Parkinson). Svenska Logopedförbundet ser idag stora brister vad gäller detta inom äldreomsorgen.

Lunginflammation är en av de vanligaste diagnoserna vad gäller de mest sjuka äldre och inte sällan en orsak till besök på sjukhusens akutmottagningar. En del av problematiken bakom upprepade behandlingskrävande pneumonier kan alltså tänkas ha sin grund i sväljningssvårigheter [7]. I en tid när det är allt viktigare att se över antibiotikaanvändningen i samhället mot bakgrund tilltagande antibiotikaresistens, är det viktigt att ytterligare belysa detta samband för att se om andra åtgärder kan förhindra infektioner.

Utbildningssituation

Grundutbildningen i logopedi innehåller mycket som är relevant för logopediskt arbete med äldre patienter och deras typiska sjukdomar t ex neurologi, neuropsykologi, neurogena kommunikationsstörningar, röst- och sväljningssvårigheter. Enligt Svenska Logopedförbundet saknas dock ett sammanhållet tvärvetenskapligt grepp på åldrandets biologiska natur, sociala villkor och sjukdomar - gerontologisk logopedi. Det saknas också fördjupad utbildning dels beträffande språkstörningar inom olika områden (såsom demens, stroke, Parkinson), dels inom olika sjukdomar och tillstånd med sväljsvårigheter. Grundutbildningen i logopedi har i nuläget svårt att följa upp den teoretiska undervisningen inom området med verksamhetsförlagd utbildning eftersom det ofta saknas yrkesverksamma logopedier inom äldreomsorg eller primärvård.

Utbildningsbehov

Enligt Svenska Logopedförbundet skulle en vidareutbildning omfattande 7,5 högskolepoäng lämpligen innehålla följande:

- Fiberendoskopisk undersökning av sväljning (FUS)
- Kommunikation och sväljningssvårigheter vid demenssjukdom
- Kommunikativ omvårdnad – handledning för personal i äldreomsorg
- Alternativ och kompletterande kommunikation för äldre

Fortsatt kompetensutveckling inom verksamheten

Enligt Svenska Logopedförbundet är den viktigaste enskilda strategiska åtgärden för att öka logopedisk kompetens inom geriatrik och gerontologi att

skapa tjänster för logopeder inom primärvård och kommunal verksamhet. Detta behövs för att nå ut till en befolkningsgrupp som sällan har möjlighet att ta sig till sjukhusens logopedmottagningar. Med fler logopeder i primärvård och kommun ökar både kompetens och medvetenhet gällande kommunikations- och sväljsvårigheter hos övriga personalgrupper i verksamheterna. Kompetensspridning kan exempelvis ske genom teammöten, handledning och föreläsningar.

Ytterligare strategiska åtgärder för ökad geriatrisk logopedisk kompetens inom äldreomsorg och primärvård är att anordna fristående avancerade kurser på universiteten inom ovan nämnda områden. Andra åtgärder är att stödja kompetensen genom att avsätta särskilda medel för kvalitetsutveckling och patientnära forskning inom äldreomsorg och primärvård.

Läkare

Eftersom läkare har en specifik vidareutbildning inom specialiseringstjänstgöringen och uppdraget även innefattar en särskild del om att utveckla SK-kurser i geriatrisk, beskrivs detta huvudsakligen under särskilt avsnitt (sid 34). Kompetensbrister och problemområden för läkare beskrivs även i Socialstyrelsens rapport Ökad kompetens i geriatrisk och gerontologi - strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder [8].

Utbildningssituation

Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom geriatrisk, allmänmedicin, psykiatri och omvårdnad med inriktning äldre, har tillfrågats om synpunkter på rapporten. Från dessa framkommer en samstämmig bild av att området geriatrisk och gerontologi inom grundutbildningen för läkare är otillräcklig. Det framförs bland annat att geriatrisk är en förhållandevis ung specialitet och därför på lärosätena måste hävda sig gentemot gamla specialiteter som under mycket lång tid setts som självklara på läkarutbildningen. På grund av konkurrensen om utbildningstid mellan olika specialiteter, är det dock svårt för lärosätena att själva förändra detta. Vidare anser flera av de vetenskapliga råden att det mot bakgrund av den demografiska utvecklingen är nödvändigt att öka omfattningen av utbildningen i geriatrisk och gerontologi på lärosätena. Man anser att staten behöver ge tydliga direktiv att den geriatriska utbildningen för läkare vid lärosätena måste öka i omfattning.

Socialstyrelsens bedömning är att grundutbildningens korta tid avsatt för geriatrisk medför både en allvarlig kunskapsbrist vad gäller ämnet geriatrisk och en bristande kännedom om vad geriatrisk verksamhet innefattar [8]. Detta är synnerligen oroväckande ställt mot den demografiska utvecklingen, i synnerhet som det redan idag finns avsevärda brister på kompetens för att möta äldres vård- och omsorgsbehov. Den geriatriska verksamheten är olika utvecklade över landet och det finns stora brister att på ett adekvat sätt möta äldre med omfattande och samtidig sjuklighet. Innehållet i läkarutbildningen tycks dock inte påverkas. Socialstyrelsens bedömning är att det krävs utökade moment i geriatrisk och gerontologi i grundutbildningen för läkare.

Sammanfattning

Tydliga kompetensbrister inom området äldrevård

Inom området vård och omsorg om äldre människor råder det stora kompetensbrister inom alla yrkesgrupper. Bristen beror framför allt på att det inom området är alltför få verksamma med specialistutbildning eller specifika kunskaper i geriatrik och gerontologi.

En grundläggande förutsättning för god vård av de mest sjuka äldre är att det finns tillräcklig kompetens inte bara inom primärvård och kommunal vård och omsorg utan även inom hälso- och sjukvårdens alla områden. Geriatrisk och gerontologisk kompetens bör vara en självklarhet bland all vårdpersonal som möter äldre i sitt arbete. En grundkurs i geriatrik och gerontologi behöver därför ingå i alla vårdutbildningar.

Stort utbildningsbehov

För sjuksköterskor finns specialistutbildning. För flera yrkesgrupper saknas specialistutbildning.

Det är dock stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom såväl geriatrik som palliativ vård och primärvård. Det är framför allt stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården. En stor del av samordnaransvaret faller på sjuksköterskan och för detta krävs särskild kompetens och förmåga.

Behovet av vidareutbildning av sjuksköterskor är stort inom vården och omsorgen om äldre. Vidareutbildning av tusentals sjuksköterskor kan vara nödvändigt. Det råder också ett stort behov av både sjuksköterskor med specialistutbildning och kortare kompletterande kurser för sjuksköterskor som inte har behörighet till specialistutbildningen. Det är även viktigt att ta hänsyn till behovet av en kontinuerlig fortbildning hos alla högskolegrupper inom äldreomsorg och primärvård.

Geriatrisk och gerontologisk kompetens bör ingå i grundutbildningarna för samtliga högskolegrupper som är aktuella i det här uppdraget. Det är en generell brist när det gäller såväl kunskap om normalt åldrande som sjukdomar hos äldre.

Erfarenheter från både högskolor och yrkesföreträdare är att det är värdefullt med tvärprofessionella utbildningar. Det är av betydelse för kommande teamarbete, för förståelse för varandras yrkeskompetens och för att kunna kommunicera med varandra.

Incitament för att gå vidareutbildning

Det finns inga tydliga incitament för vidareutbildning när inte arbetsgivare efterfrågar detta. Som arbetstagare får man varken praktiska förutsättningar till kompetensutveckling eller höjd lön om man vidareutbildar sig. Ett annat hinder för att locka olika yrkesutövare till vidareutbildning är bristen på finansiering av utbildningstiden. Dessutom är det viktigt att det finns vikarie under den tid som den studerande är borta från det ordinarie arbetet.

Utbildningen behöver ligga på olika högskolor spridda över landet. Det är viktigt att det inte blir kvalitetskillnader mellan olika delar i landet. Ett nationellt perspektiv på utbildningar är därför viktigt.

Ytterligare en viktig aspekt för att utbildning ska få genomslag i verksamheten är att det ges möjlighet att sprida kompetensen från dem som gått utbildningen vidare ut i verksamheten.

Utbildning

Befintliga utbildningar

Inledning

Flertalet universitet och högskolor erbjuder grundutbildningar för de personalgrupper som är aktuella för det här uppdraget. Det är utbildning till sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnastik, logoped, socionom, psykolog, dietist m.fl. Alla lärosäten har dock inte samtliga utbildningar. Vid möten med olika lärosäten som bedriver dessa högskoleutbildningar framkommer att grundutbildningarna är alltför generellt utformade med få eller inga obligatoriska poäng i geriatrik och gerontologi.

Inom lärosätena finns även ett mycket stort antal fristående kurser på grundnivå och på avancerad nivå.

Innehåll i utbildningar

Lärosätena äger själva frågan om innehåll i respektive utbildning och vilken inriktning man vill ha när det gäller utbildningar. Högskoleverket (HSV) kontrollerar att högskolorna följer gällande examensordning och att allt är högskolemässigt inom högskolan, det vill säga att innehållet i utbildningen vilar på vetenskaplig eller konstnärlig grund samt beprövad erfarenhet. På uppdragsutbildningar som är högskoleutbildning ställs samma krav.

En fråga som diskuteras bland yrkesföreträdare är huruvida det ska vara ett nationellt perspektiv på utbildningarnas innehåll eller om man utifrån ett lokalt/regionalt behov ska kunna forma innehållet i utbildningarna, dvs. att det inte längre ska styras centralt hur utbildningarna ska utformas. Fördelar och nackdelar med den ena eller andra modellen diskuteras.

Riksföreningen Sjuksköterskan inom vård av äldre anser att ett nationellt perspektiv på utbildningarna är viktigt. Ett argument för detta är att kvaliteten i utbildningen garanteras och att en presumtiv arbetsgivare ska kunna veta vad en viss utbildning innehåller och vilken kunskap en person har som har genomgått en viss utbildning.

Enligt Svensk sjuksköterskeförening bör sex kärnkompetenser ingå i alla utbildningar.

- Förbättringskunskap (drivs av Svenska Läkaresällskapet)
- Patientsäkerhet
- Evidensbaserad vård
- Informations- och kommunikationsteknologi
- Personcentrerad vård
- Teamorienterat arbetssätt

Upplägg av utbildningar – webbaserat och tvärprofessionellt

Webbaserat

Det blir allt vanligare med nätbaserade utbildningar. Det blir också allt lättare att erbjuda den typen av utbildning i takt med mer generell datormognad. Upplägget av en nätbaserad utbildning är mycket viktigt enligt högskolornas företrädare. Det framförs att plattformens utformning är viktig framför allt ur aspekten att den studerande ska känna att man är inne på högskolan. Han eller hon ska ha en upplevelse av den akademiska världen. Med detta menas bland annat att den studerande ska ha tillgång till biblioteksservice på nätet, lärare ska vara tillgängliga och svara på frågor helst inom ett dygn. Alla föreläsningar bör spelas in för tillgång till dessa vid valfritt tillfälle.

Det är trots allt även viktigt med fysiska möten som kompletterar den nätbaserade delen. Att ha viss del som webbutbildning blandat med träffar anses också positivt. Examinationer sker alltid på lärosätet.

Yrkesföreträdarna framhåller att det är bra att det är en högskoleutbildning som föreslås liksom att den webbaserade formen gör det smidigt och praktiskt möjligt för fler att delta. Alla är dock inte lika positiva till webbutbildning. Både vid Institutionen för Socialt arbete vid Stockholms Universitet och vid Ersta Sköndal Högskola föredras att undervisningen sker på lärosätet så att de studerande har möjlighet att mötas mer regelbundet.

Företrädare för Institutionen för Socialt arbete vid Stockholms Universitet anser att det finns flera fördelar med utbildningar där kursdeltagarna träffas och framhåller att fördelen med storstad är att man inte behöver ha webbutbildning. Det är bättre att träffas, att komma ifrån arbetet och att ha tillgång till datorerna och bibliotek. Man har dock förståelse för att det i vissa delar av landet är nödvändigt med webbutbildning.

Man har olika upplägg av de utbildningar man planerar och genomför. Vanligt att man träffas en dag var tredje vecka och har hemuppgifter mellan träffarna. Kursdeltagarna har sin personliga kontaktman och har examinationer utifrån sitt eget arbete. Det upplevs bra att på så sätt ha koppling till sin egen verklighet. Examinationer sker enskilt med respektive kursdeltagare.

Tvärprofessionellt

Det framförs från lärosätenas sida att utbildning med blandade yrkesgrupper är värdefullt. Sophiahemmet Högskola har gjort en undersökning hos studerande där detta framkommit.

En framgångsrik modell är att man har tvärprofessionell teoretisk utbildning, seminarier i tvärprofessionella grupper men att hemuppgifter inriktas mot det egna kompetensområdet. Tvärprofessionella utbildningstillfällen med blandade grupper ökar förståelsen för varandras kompetenser.

Inom Ersta Sköndal högskola har man tidigare haft samordnad utbildning för sjuksköterskor och socionomer. Cirka 350 personer gick den utbildningen. Den är nu dock avslutad då varken utbildningen till sjuksköterska respektive socionom inom denna samordnade utbildning visade sig kunna

uppfylla Högskoleverkets krav till fullo. Dock var det en lyckad satsning på så sätt att de som gick den fick anställning snabbt efter utbildningen.

Inom Göteborgs stad har man genomfört gemensamma utbildningstillfällen för olika yrkesgrupper inom äldreården till exempel distriktssköterskor, m.fl. kategorier. Utbildningarna har avsett t ex demenssjukdomar och stroke m.fl. sjukdomstillstånd.

Specialistsjuksköterskeutbildning

Generellt finns det ett stort behov av specialister rörande vård och omsorg om äldre människor. Sjuksköterskor efterfrågar ofta utbildning när det gäller vård av personer med demenssjukdom. Även sjuksköterskor med andra specialistutbildningar söker kurser för kunskap om demenssjukdomar uppger Sophiahemmet Högskola.

Sjuksköterskor som har den äldre utbildningen har inte behörighet till specialistutbildningen. Det är svårt att få sökande till utbildningarna av det skälet. Man måste komma upp till kandidatnivå. Inom Stockholms läns landsting finns ett behov av cirka 500 sjuksköterskor på kandidatnivå.

Ett framgångsrikt koncept är att den studerande tar kurser efter hand. Man kan bygga på sin grundutbildning med olika basblock och profilera sig efter hand. Eventuellt kan den studerande så småningom ta ut en examen.

Det finns möjligheter att validera sjuksköterskor med äldre utbildning och de kan gå individuella kurser för att få sin kandidatexamen. För sjuksköterskor med gammal utbildning utan akademisk examen kan det dock bli för mycket och för tungt. En viktig faktor för att utbildningen ska lyckas är också att den studerande har stöd från sin arbetsgivare.

Flera universitet och högskolor erbjuder specialistutbildning för sjuksköterskor med inriktning mot vård av äldre.

För specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot vård av äldre finns ett nationellt nätburet program som omfattar 60 högskolepoäng. Detta sker i samverkan mellan Sophiahemmet Högskola (SHH), Mittuniversitetet (Miun), Umeå Universitet (UmU), Högskolan i Gävle (HiG) och Luleå tekniska universitet (Ltu). Nätverket samverkar kring både dessa utbildningar och andra kortare kurser där vissa är nätutbildningar. Man utbildar cirka 70 stycken per år och totalt har cirka 300 genomgått utbildning.

Även i södra Sverige finns en samverkansgrupp för nätburet program. De har nu antagit samma modell och använder samma plattform för nätutbildning som ovan. Denna samverkansgrupp består av Högskolan i Kristianstad (HKR), Linnéuniversitetet (Kalmar, Växjö), Lunds universitet, Hälsohögskolan i Jönköping, Högskolan i väst (Trollhättan) och Göteborgs universitet.

Totalt finns nu elva lärosäten som har samma form av webbutbildning. Alla har antagit samma modell för utbildning den s.k. NANO (National Nurse).

Fristående kurser

Ett stort antal högskolor erbjuder en mängd fristående kurser som är lämpliga för här aktuella yrkesgrupper. Detta utbud omfattar bland annat kurser om det normala och friska åldrandet, geriatrisk omvårdnad och behandling

av äldres sjukdomar, smärta hos äldre, multisjuka äldre och palliativ vård är några exempel. Här hittar man även kurser i etik och kommunikation i äldreomsorg samt organisation, ledning och utveckling av omvårdnad av äldre. Vissa utbildningar som redan finns för sjuksköterska och som avser vård av äldre kan i stora delar vara av intresse även för övriga högskolegrupper.

Enligt högskolorna själva behöver högskolorna samarbeta med vården för att hålla sig à jour med vad som är aktuellt och vilken typ av kurser som efterfrågas.

Uppdragsutbildningar

Högskolor och universitet har som en av sina uppgifter att erbjuda utbildningar till företag och andra organisationer. Kursen ges och genomförs på uppdrag av ett företag eller organisation och kallas uppdragsutbildning. För att delta i en uppdragsutbildning krävs förkunskaper motsvarande grundläggande behörighet för högskoleutbildning. Kunskaperna kan ha förvärvats genom arbetslivserfarenhet utan formella bevis. Vissa kurser ger akademiska poäng efter godkänd examination. Vid examination ställs samma krav som i den akademiska grundutbildningen.

Satsningens utformning och genomförande

Läkare

Inledning

Landsting och regioner har ett lagfäst ansvar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att ta fram ST-tjänster så att det motsvarar befolkningens framtida behov av specialister. När det gäller teoretisk utbildning inom ST har dock staten till en del ansvar via särskild finansiering för kurser under specialiseringstjänstgöring, specialistkompetenskurser (SK-kurser).

Behovet av kurser för såväl ST-läkare i geriatrik som ST-läkare i annan specialitet som är i behov av geriatrisk kunskap inom respektive specialitetsområde (t ex internmedicin, allmänmedicin, ortopedi, kardiologi, neurologi, psykiatri) överstiger idag vida tillgången på kurser. Eftersom staten har ansvar för läkares SK-kurser, finns här möjlighet att göra en specifik satsning för att öka tillgången på kurser. Ett exempel på en sådan satsning är METIS-projektet för utveckling av SK-kurser inom psykiatri som inleddes år 2007. Detta projekt pågår till 2012 och har hittills resulterat i både en utveckling av pedagogik och innehåll i kurserna samt en ökning av antalet kurser.

IPULS uppdragsroll

Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) ansvarar för administrationen av de statligt finansierade SK-kurserna och för olika statligt finansierade utvecklingsprojekt inom psykiatrin och för SK-kurser generellt. Ett av dessa projekt är det ovan angivna METIS-projektet.

IPULS har tillsammans med Svensk Geriatrisk Förening (SGF) tagit fram ett förslag till projektplan (bilaga 8).

Utgångspunkten för SGF:s och IPULS:s gemensamma bedömning är att de mest sjuka äldre kommer i kontakt med vården inom många olika specialiteter. En ökad kunskap kan därför behövas inom flera olika specialistområden. Geriatrikerkårens specialistkompetens utgör den naturliga utgångspunkten för en framtida spridning av kompetensen, såväl genom egen klinisk verksamhet (för vilka flera specialister behöver utbildas) som genom kunskapsöverföring. En strategi föreslås därför vara att i en första fas utveckla kurserna för blivande specialister i geriatrik och därmed attrahera fler att välja den specialiteten. Genom en modern pedagogik och ett riktat kursinnehåll kan kompetensen tryggas inom det geriatriska specialistområdet. I en andra fas kan sedan kurserna anpassas så att ett kompletterande och anpassat kursutbud också kan riktas till flera specialiteter som regelmässigt kommer i kontakt med de mest sjuka äldre, såsom exempelvis allmänmedi-

cin. Bedömningen är att denna strategi, där geriatriken först stärks och sedan får en tydlig roll i kunskapsspridningen, också kommer att gynna framtida samarbeten och samverkan mellan olika specialistområden och vårdinrättningar

Eftersom behovet av kurser inom geriatrik och gerontologi riktade till läkare på legitimationsnivå är stort och det idag bara finns ett fåtal kurser, bedöms det angeläget att i detta första steg satsa på att skapa utbildningarna som beskrivet enligt ovan. Dessa kurser skulle därefter även kunna utgöra underlag till fortbildning av befintliga specialistläkare i allmänmedicin som ett steg i den kontinuerliga kompetensutvecklingen.

Ett gott slutresultat förutsätter en modern pedagogik som engagerar deltagarna. IPULS kan här bistå med god kompetens och erfarenheter från bland annat det s.k. METIS-projektet. IPULS har också god erfarenhet av att använda sig av webbaserade lärplattformar som en del i SK-kursens upplägg.

Ett exempel på hur kursmöten kan kompletteras med e-learning är att förbereda och bygga upp förkunskaper hos kursdeltagarna via webbaserade lösningar. Vid själva kursmötet har deltagarna då bättre förkunskaper och mötet kan bli mer effektivt och kan hållas på en högre nivå. Efter kursmötet kan en examinationsform vara exempelvis en tillämpad övning via webbverktyget. Fördelen med att komplettera kursmöten med e-lärande är också att verkningsgraden ökar. Det interaktiva lärandet via webbverktyg minskar erfarenhetsmässigt den fysiska kursmötetiden med ca 30 procent, vilket i sin tur innebär att man minskar frånvarotiden i patientarbetet för den enskilde läkaren.

Det är Socialstyrelsens bedömning att IPULS därmed har mycket goda förutsättningar för att utveckla SK-kurser i geriatrik inom ramen för en satsning för ökad kompetens i geriatrik och gerontologi och att IPULS och SGF:s förslag till projektplan är väl genomtänkt.

Planering för befolkningens behov

Landsting och regioner har en lagfäst självstyrande roll i planeringen för läkares ST i en omfattning som motsvarar det framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Enligt 8 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska landstingen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Av 15 § samma lag följer att det i landstingen ska finnas möjligheter till anställning för läkares ST i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

För att satsningen på ökad kompetens i geriatrik och gerontologi ska nå avsedd effekt krävs att landstingen ser över prioriteringen vid inrättande av ST-tjänster. Socialstyrelsens bedömning är att antalet ST-block i hela landet behöver fördubblas för att överhuvudtaget säkra tillgången till kompetens i geriatrik och gerontologi [8].

Fortbildning

Enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska landstingen ansvara för att säkerställa en god vård. Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att

främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. En kontinuerlig fortbildning av alla personalgrupper är en förutsättning för den fortsatta kvalitetsutvecklingen till en god och säker vård inom både hälso- och sjukvård och omsorg.

Det är av största vikt att även nu befintliga specialistläkare inom allmänmedicin får tillgång till fortbildning inom geriatrik och gerontologi. Det finns i Sverige idag 5734 specialistläkare inom allmänmedicin som är verksamma inom hälso- och sjukvård [9]. Av dessa innehar 72 även specialistkompetens i geriatrik. Det är således ett stort antal specialistläkare som kan komma ifråga för fortbildning i geriatrik och gerontologi, och därför angeläget att landstingen skapar mer långsiktiga förutsättningar för fortbildning för denna yrkesgrupp.

Socialstyrelsen anser att huvudmännen bör ta ställning till hur man kan

- se över tillsättningen av ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa den framtida tillgången till specialistläkare i geriatrik
- utveckla fortbildning inom geriatrik och gerontologi för specialistläkare inom allmänmedicin

Socialstyrelsen föreslår

- att regeringen uppdrar åt Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) att utveckla specialistkompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik utifrån det förslag till projektplan som biläggs (bilaga 8)
- att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att följa upp ovanstående satsningar årligen med en första uppföljning efter år 2013

Övriga högskolegrupper

Problembild

I kartläggningen har framkommit en påtagligt samstämmig problembild från såväl yrkesföreträdare som vårdgivare och pensionärsorganisationer. Problembilden kan översiktligt sammanfattas enligt följande:

- Otillräcklig utbildning inom geriatrik och gerontologi inom samtliga högskolegruppers grundutbildningar
- För samtliga högskolegrupper utom läkare är vidareutbildning efter legitimation sällan något krav och bekostas av den enskilde
- För samtliga högskolegrupper utom läkare saknas andra och mer kvalificerade arbetsuppgifter efter genomgången utbildning
- Specialiserad kunskap efterfrågas inte av arbetsgivaren
- Många chefer inom äldreomsorg har inte tillräcklig kunskap för att avgöra behovet av ökad kompetens i geriatrik och gerontologi inom den egna verksamheten
- Uteblivet lönelöft efter genomgången vidareutbildning minskar incitament för att gå en utbildning

- Löneavdrag för ledighet vid vidareutbildning är för de flesta en hinderande faktor

Förslag till utformning och genomförande

Mot bakgrund av ovanstående problembild och för att satsningen ska få avsedd effekt, anser Socialstyrelsen att det är starkt motiverat att satsningen till stor del ska inriktas på att täcka kostnad för vikarier under den tid då vidareutbildning genomförs. Det är inte brukligt att med statsbidrag ersätta kostnaden för vikarier. I detta fall menar dock Socialstyrelsen att det är av största vikt att vikariefrågan löses på ett tillfredsställande sätt.

Utbildningar för de i de tidigare kapitlen redogjorda kompetensbristerna inom äldreområdet, finns redan eller är möjliga att relativt enkelt ta fram vid de lärosäten som bedriver här aktuella utbildningar. Satsningen bör utöver kostnad för vikarie även omfatta kurskostnad, litteratur och eventuella resekostnader för den enskilde.

Vidare är möjligheten att få ledighet utan löneavdrag en förutsättning för många för att kunna gå en utbildning.

Det är viktigt att de nya kunskaperna efterfrågas av arbetsgivaren efter genomgången utbildning. Att med nyvunna kunskaper återgå i samma arbetsuppgifter utan att få möjlighet att utveckla och förbättra vård- och omsorgssituationen kan snarare skapa frustration i det vardagliga arbetet, och risken är stor att man söker andra karriärvägar inom högskola och universitet. Arbetsgivaren behöver därför på olika sätt skapa förutsättningar för den som genomgått vidareutbildning att vidareutveckla verksamheten och sprida den nyvunna kompetensen. Dessutom behöver det lönemässiga incitamentet vara rimligt så att fler högskolepoäng som ger högre kompetens för uppgiften även premieras genom löneökning.

En del av anledningen till att specialiserad kunskap inte efterfrågas av arbetsgivaren är en avsaknad av kunskap hos ledning inom både äldreomsorg och primärvård att legitimerade yrkesgrupper har krav i sitt yrke att vidareutbilda sig och att kontinuerligt hålla sig uppdaterade vad gäller forskning och evidens. Det finns heller inte kunskaper om vilka förutsättningar som krävs för kompetensutveckling. För detta behöver enhetschefer och biståndshandläggare inom kommunal omsorg ökad kompetens i geriatrik och gerontologi. Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det är viktigt att satsningen även syftar till att öka andelen socionomer med vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi.

Bristen på sjuksköterskor med specialisering inom vård av äldre är allvarlig sett mot den demografiska utveckling som förväntas (se avsnitt Tillgång på specialistsjuksköterskor). Mot denna bakgrund anser Socialstyrelsen att det är av största vikt att satsningen även syftar till att öka andelen sjuksköterskor med specialisering inom vård av äldre.

Socialstyrelsen anser det vara angeläget att:

- öka andelen sjuksköterskor med specialistutbildning i vård av äldre inom vård och omsorg
- öka andelen sjuksköterskor med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi inom vård och omsorg

- öka andelen socionomer med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi inom vård och omsorg
- övriga högskolegrupper inom vård och omsorg ges möjlighet till vidareutbildning i geriatrik och gerontologi
- innehållet i grundutbildningarna för samtliga i rapporten belysta högskolegrupper ses över för att säkerställa behovet av kompetens i geriatrik och gerontologi så att den motsvarar patienternas, hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens behov

Socialstyrelsen anser att huvudmännen bör ta ställning till hur man kan

- utveckla och implementera karriärvägar inom vård och omsorg. Detta gäller särskilt yrkesgrupperna sjuksköterska och socionom, men även övriga aktuella högskolegrupper
- stimulera en utveckling mot fler sjuksköterskor med specialistutbildning inom vård av äldre för tjänstgöring inom äldreomsorg
- ge fler sjuksköterskor vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för tjänstgöring inom äldreomsorg

Socialstyrelsen föreslår

- att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att följa upp ovanstående satsningar årligen med en första uppföljning efter år 2013

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen 2009.
2. Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Socialstyrelsen 2006.
3. Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter 2011.
4. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer. Socialstyrelsen 2007.
5. Näring för god vård och omsorg. En vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen 2011.
6. Eriksson A., Hejdström A., (2011) *Förekomst av tal-, språk- och sväljsvårigheter på geriatrisk avdelning*, Linköping: Linköpings universitet.
7. Hertegård, S., (2005) *Fokusrapport Dysfagi*, Stockholms läns landsting, FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling
8. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen 2011.
9. Tillgång på specialistläkare 2008. Socialstyrelsen 2010.

Bilaga 1. Kompetensbehov för sjuksköterska

RAPPORT TILL SOCIALSTYRELSEN

SJUKSKÖTERSKORS KOMPETENSBEHOV INOM GERONTOLOGI OCH GERIATRIK

HELLE WIJK

LEGITIMERAD SJUKSKÖTERSKA
MEDICINE DOKTOR I GERIATRIK
DOCENT I OMVÅRDNAD SAHLGRENSKA AKADEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSI-
TET
STYRELSELEDAMOT I SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING OCH RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKAN INOM ÄLDREVÅRD

2012-01-08

SJUKSKÖTERSORS KOMPETENS INOM GERONTOLOGI OCH GERIATRIK

HELLE WIJK

LEGITIMERAD SJUKSKÖTERSKA,
MEDICINE DOKTOR I GERIATRIK, DOCENT I OMVÅRDNAD SAHLGRENSKA AKA-
DEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
STYRELSELEDAMOT I SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING OCH RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKAN INOM ÄLDREVÅRD

Äldre drabbas ofta av flera sjukdomar i slutet av livet och många blir dessutom multisjuka. Bedömning och behandling av multisjuka äldre kräver kvalificerad kompetens, teamarbete, samlad organisation och ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter i vårdkedjan. Samtidigt har välinformerade patienter och närstående höga förväntningar på vårdens insatser. En grundläggande förutsättning för god vård av multisjuka äldre är därför ett välfungerande högkompetent teamarbete som följer upp effekten av olika vidtagna utrednings- och behandlingsåtgärder över tid. Geriatrisk kompetens bör vara en självklarhet bland vårdpersonal som möter äldre i sitt arbete där sjuksköterskans ansvarsområde är den personcenterade omvårdnaden. Det finns i dag över 100 000 verksamma sjuksköterskor i Sverige och varje år examineras i snitt 3 000 nya grundutbildade sjuksköterskor tillsammans med ett mindre antal specialistsjuksköterskor inom Vård av Äldre. Det stora flertalet av dessa kommer direkt eller indirekt att arbeta inom äldreområdet, och så gott som samtliga kommer att i sitt dagliga arbete möta och ansvara för omvårdnaden av äldre patienter inom slutenvård, öppenvård och kommunal vård och omsorg.

Huvudsakliga brister avseende sjuksköterskors kompetens inom gerontologi och geriatrik

Akutgeriatrik

Kombinationen av en åldrande befolkning och en intensiv utveckling inom vård och omsorg innebär att allt fler äldre vårdas inom akut/högteknologisk slutenvård. Sjuksköterskor inom slutenvårdens akutenheter (ambulans, akutmottagningar, intensivvård) erhåller idag ej den gerontologiska och geriatriska kompetens de är i behov av avseende *äldres specifika förutsättningar (anatomiska, fysiologiska, ämnesomsättning, kognition, referensvärden mm)* och *biologiska, psykologiska, sociala och existentiella behov*.

Specialistområden såsom äldre patienter inom infektion, kardiologi, neurologi, onkologi, ortopedi, hematologi mm

Då gruppen multisjuka äldre som kräver avancerad vård och behandling ökar innebär det ett ökat antal av de allra äldsta även inom slutenvårdens specialiteter. Sjuksköterskor inom dessa specialistkliniker erhåller idag inte tillräcklig *geriatrisk kompetens om medicinska och omvårdnadsrelaterade symtom och tecken som är karakteristiska för den äldre patienten*.

Primärvård

Kortare vårdtider inom akutsjukvården medför ett ökat ansvar på primärvården att tillhandahålla hög geriatrisk omvårdnadskompetens särskilt som den mesta vården idag sker i patientens närområde via vårdcentraler eller mobila enheter. Det råder brist på gerontologisk och geriatrisk kompetens på denna vårdnivå, då den av tradition vanligaste vidareutbildningen inom primärvården idag är distriktssköterskeutbildning, med ett livslopps- och familjefokus, men inte ett specifikt äldreperspektiv avseende *hälsopromotion, hälsoprevention, geriatrisk rehabilitering, kroniska geriatriska sjukdomar och funktionsnedsättningar särskilt demens, och palliativ vård.*

Kommunal vård och omsorg

Den absoluta majoriteten av all vård och omsorg av äldre patienter sker i kommunens försorg genom vård i hemmet eller i särskilda boenden. Kortare vårdtider, minskat antal sängplatser och effektivare diagnostik- och operationsmetoder innebär att tidigare komplexa vårdinsatser inom intensivvård eller specialistsjukvård i dag sker i patientens hem. Det är i ovanligt att sjuksköterskor inom kommunen har den specialistkompetens de behöver avseende äldres behov och förutsättningar både ur ett *gerontologiskt perspektiv avseende aktiviteter för dagligt liv, förflyttningsteknik, nutrition, rehabilitering, stimulans, meningsfullhet, och ett specifikt geriatriskt perspektiv avseende postoperativ vård och rehabilitering, polyfarmaci, ämnesomsättningsrubbningar, äldre med cancer, psykiatriska sjukdomstillstånd, att möta personer med demens, palliation och vård i livets slut.*

Behov av utbildning avseende sjuksköterskors kompetens inom gerontologi och geriatrik

Geriatrisk kompetens omfattar bedömning, vård, omvårdnad och rehabilitering av den multisjuka patienten. Multisjuklighet kan definieras både avseende antalet diagnoser, behandlingar eller vårdtillfällen på sjukhus men oavsett vilken definition man väljer kräver den äldre patientens komplexa problem att de kliniska insatserna måste utföras av vårdpersonal med specifik gerontologisk och geriatrisk kompetens. Grund- och specialistutbildning för sjuksköterskor behöver integrera huvudområdet omvårdnad med de andra kunskapsområden som den allmänna hälso- och sjukvården bygger på såsom exempelvis etik, biomedicin, folkhälsa och pedagogik

Omvårdnadskompetens om äldre

Geriatrisk omvårdnadsutbildning skall omfatta kunskap och färdighet om hur man stödjer den äldres självständighet, oberoende och hälsa samt hur patienter och närstående görs delaktiga i vården, känner trygghet och upplever respekt. Geriatrisk omvårdnadskompetens omfattar färdigheter i att ta patientens livsberättelse och tolka och förstå patientens upplevelse av sin ohälsa.

Medicinsk kompetens om äldre

Biomedicinska geriatriska kunskaper ligger till grund för sjuksköterskans bedömning, åtgärder och utvärdering av den äldre patientens behov. Genom att kombinera biomedicinska kunskaper och kunskaper inom omvårdnad kan mätbara objektiva tecken

på ohälsa dokumenteras tillsammans med information om hur den individuella patienten upplever sin ohälsa.

Kompetens inom hälsopromotion och hälsoprevention för äldre

Promotiva och preventiva hälsostrategier omfattar kunskaper inom folkhälsoområdet om hur äldres livsstil, miljöfaktorer och vårdens organisation och struktur påverkar deras hälsa. Kunskap inom folkhälsoområdet krävs för att sjuksköterskan skall kunna identifiera hälsorisker och orsakssamband mellan livsvillkor, levnadsvanor och hälsa och därmed anpassa omgivningsfaktorer samt undanröja risker som stöd för hälsa och välbefinnande.

Pedagogisk kompetens inom äldreområdet

En stor del av sjuksköterskans omvårdnadsarbete omfattar att informera och undervisa patienter och närstående i syfte att skapa trygghet för patienten, och göra patienten delaktig i vårdens beslut. Patientundervisning ska utgå från varje enskild patients behov och unika situation vilket kräver pedagogiska färdigheter. Ur ett äldreperspektiv omfattar pedagogisk kompetens specifik kunskap om hur man kommunicerar på den äldres villkor trots eventuella neurologiska handikapp, minnes- och talsvårigheter med behov av gott om tid, lugn och ro samt upprepad information.

Evidensbaserat förhållningssätt

En stor andel av omvårdnadsforskningen såväl nationellt som internationellt handlar om äldres funktionsnedsättningar. Sjuksköterskor måste därför behärska att söka, integrera och implementera nya forskningsresultat samt att lära sig reflektera över sitt eget arbetssätt i förhållande till forskning och utveckling.

Personcentrerat förhållningssätt.

Det traditionella synsättet med fokus på patientens huvuddiagnos är inte realistiskt inom vård av äldre. Geriatrisk kompetens omfattas därför av ett personcentrerat förhållningssätt och en systematisk problemorienterad bedömning av hela sin livssituation och sitt tillstånd.

Teambaserat arbetssätt.

Bedömning och behandling av multisjuka äldre patienter kräver ett multiomhändertagande utifrån alla professioner i teamet runt patienten. Geriatrisk kompetens inom utbildning bör därför omfatta kunskaper om hur de olika professionerna bidrar till patientens vård och behandling utifrån sina olika perspektiv och kunskapsområden. Träning i teamarbete överbryggar kompetenser, främjar kontinuitet och stärker säkerheten för patienten i vården. En kontinuerlig dialog mellan vårdens professioner bidrar till en smidig vårdkedja över organisationsgränserna och kan gagna kostnadseffektivitet.

Kompetens inom informationsteknologi

Så kallad telemedicin och telenursing är växande forsknings- och utvecklingsområden som även bör beaktas inom geriatrisk kompetens för sjuksköterskor. Likaså kräver avancerade läkemedelsbehandlingar i patienters hem nya tekniker för kommunikation och kvalitetssäkring av vården.

Strategiska åtgärder för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna

Grundutbildning

Ökad andel gerontologi och geriatrik i sjuksköterskor grundutbildning förslagsvis definierade poäng motsvarande 7,5 hp.

Specialistutbildning

Ökad andel äldrespecifikt kunskapsinnehåll även i andra specialistutbildningar än vård av äldre utbildningen.

Kompetenskrav i vården

Krav på minst 50 procent specialistutbildade sjuksköterskor inom all slutenvård och primärvård med en specialistutbildning med ökad andel kunskapsinnehåll som även fokuserar äldre patienter än idag.

Krav på mer än 50 procent specialistutbildade sjuksköterskor inom geriatriska slutenvårdenheter samt inom kommunal vård och omsorg. Vården i hemmet ska vara lika god och säker som den sjukhusbaserade vården vilket kräver fler specialistutbildade sjuksköterskor inom den kommunala sektorn. Som specialistsjuksköterska är man specialist i omvårdnad och ansvarar för att identifiera områden som behöver förbättras, säkerställa en god kvalitet i omvårdnaden samt arbetar för att vården är säker. Specialistsjuksköterskeutbildningen leder även till fördjupade kunskaper i biomedicin, vetenskaplig metod, pedagogik, hälsa och ledarskap inom äldreområdet.

Karriärstegar

Geriatrisk kompetens behöver en betydligt starkare ställning och tydligare roll i svensk äldrevård än idag. Inför karriärstegar för sjuksköterskor inom alla vårdområden som kräver och premierar hög gerontologisk och geriatrisk kompetens.

Kvalitetsuppföljning och kvalitetssäkring

Tillsyn av vårdens kvalitet bör även omfatta kompetens och bör redovisas i öppna jämförelser samt kopplas till kvalitet respektive avvikelser.

Bilaga 2. Kompetensbehov ör socionom/kurator

Kompetensfrågan i geriatrik och gerontologi ur kurators perspektiv

Socionomer har en samhälls- och beteendevetenskaplig universitetsutbildning med socialt arbete som huvudämne. Socionomen/kuratorn arbetar med patienter inom hälso- och sjukvård utifrån sjukdomars effekt på individens livssituation. För kuratorn som arbetar inom geriatrik och gerontologi tillkommer också åldrandet i sig som en faktor att uppmärksamma och ta hänsyn till.

Huvudsakliga kompetensbrister

Socionomutbildningen är en generalistutbildning och en bas med utbildning både vad gäller sociallagstiftning, kunskap om samhället och samtalsmetodik.

De huvudsakliga kompetensbristerna när det gäller socionomens/kurators kompetens inom geriatrik och gerontologi handlar om bristande grundläggande kunskaper om åldrandets effekter på människan samt grundläggande medicinska kunskaper i olika sjukdomar som den äldre mest sjuka individen drabbas av. Oftast är det en komplex bild med många olika sjukdomstillstånd som behandlas på olika sätt och ibland med många olika mediciner. Kurator inom geriatrik behöver ha kunskap kring dessa sjukdomar för att kunna förstå och arbeta med de psykosociala konsekvenserna detta kan medföra för individen själv samt för deras närstående. Följande kan behövas som komplement till den grundläggande socionomutbildningen:

-utbildning i gerontologi, grundläggande kunskap om det normala åldrandet och utvecklingspsykologi

-utbildning i geriatriska och psykogeriatriska sjukdomstillstånd, grundläggande kunskap om äldres sjukdomar, vad det innebär att få en livshotande sjukdom med ibland bestående funktionshinder (både ur ett patientperspektiv men också ett närståendeperspektiv), krisprocess, sorgprocess (normal och komplicerad sorg), närståendestöd (både under sjukdomstiden och efter dödsfall), döendet, smärta ur olika perspektiv, den sociala situationens betydelse för fortsatt planering

-utbildning i palliativ vård, palliativ vårds speciella frågor kring sorgeprocess före och efter dödsfall, stödinsatser under samma tid, vad det innebär att vara sjuk i en dödlig sjukdom, både som ung och som äldre. Fysiska, psykiska, sociala, etiska och existentiella frågeställningar för att kunna möta dessa och remittera till andra team medlemmar när så behövs

-utbildning i hur funktionsnedsättningar påverkar levnadsförhållanden och familjsituation i vardagen – vilka behov av vård och service som behövs utifrån olika tillstånd

-utbildning i familj/närståendearbete med fokus på deras behov av information, stöd, hjälp, rådgivning, krisbearbetning

-utbildning i sociala, ekonomiska och juridiska frågor som är av betydelse t ex god man och förvaltarskap, samhällets stödåtgärder för äldre och mest sjuka och funktionshindrade t ex biståndshandläggning samt hur kommunala biståndsbeslut kan överklagas

-belysning av samspelet mellan medicinska, psykologiska och sociala faktorer

-belysning av livskvalitetsfrågor, olika kulturer, livsåskådningar, etiska frågor i vården

-belysning av olika vårdalternativ t ex hospice och särskilda boenden

Vilka strategiska åtgärder är viktiga för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna?

Att Socialstyrelsen föreslår att huvudmännen säkerställer att behovet av socionom/kurator tillgodoses både inom slutna hälso- och sjukvård, öppenvård såsom VC, ASIH samt på särskilda boenden för äldre och på hospice

Att Socialstyrelsen i rapporter fastslår för huvudmännen att förutsättningen för att bedriva god och säker hälso- och sjukvård inom geriatrik och gerontologi är att arbetet bedrivs med fullständiga team där socionom m.fl. personalkategorier ingår. Detta för att säkerställa att vården motsvarar patientens och sjukvårdens behov

Att ett fungerande teamarbete på geriatriska enheter är en förutsättning för god och säker vård. Teamarbete medför att man gör en systematisk bedömning av patientens hela situation utifrån alla professioner runt patienten. Även de närståendes behov bör uppmärksammas. Olika professioner belyser samspelet mellan medicinska, psykologiska och sociala faktorer. Detta medför att fortsatt behandling och planering sker utifrån samtliga för individen betydelsefulla faktorer. Förutsättningen ökar för att sjukvården möter upp på patientens behov och säkerställer en bra fortsatt behandling, rehabilitering, planering inför det fortsatta livet

Att regelbunden handledning äger rum – dvs. både att kurator får handledning men också handleder andra personalkategorier

Att kurator medverkar i utbildning för övrig personal

Att Socialstyrelsen föreslår att regeringen tillskjuter riktade medel för att understödja forskning av socionomer inom ämnesområdet geriatrik och gerontologi avseende det sociala området, dvs. med inriktning på den sociala situationens betydelse för den äldre och mest sjuka patienten och deras närstående

Att Socialstyrelsen föreslår att det inrättas Äldrekompetenscentra/plattformar inom varje sjukvårdsområde för att säkerställa att geriatrisk vård och omsorg med fullständiga team finns för att möta upp det ökande behovet från allt fler äldre samt för att säkerställa god och säker vård även för de mest sjuka äldre.

Gerd de Neergaard

Kurator, Geriatrik, Kuratorsenheten

Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhus Göteborg

Tel 031-342 55 70 , e-post gerd.deneergaard@vgregion.se

Bilaga 3. Kompetensbehov för arbetsterapeut

Arbetsterapeuter

Underlag från Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, (FSA), version 3, 2012-01-03

För arbetsterapeuter är äldreområdet ett av de mest frekvent förekommande verksamhetsområdena inom arbetsterapi. Yrkesverksamma arbetsterapeuter i äldreomsorg och primärvård utgör nästan 3000 personer, vilket är en tredjedel av yrkeskåren. Det är också inom äldreområdet som många arbetsterapeutforskare och professorer är verksamma. Ett tjugotal forskare har sina forskningsområden direkt relaterade till äldreområdet. Tillgänglighet, teknik, boende, vardagens aktiviteter och delaktighet är några av forskningsområdena. De vanligaste diagnoserna och tillstånden som arbetsterapeuter forskar inom är demenssjukdomar, multisjuka, sköra äldre, stroke och andra neurologiska sjukdomar. Forskning inom arbetsterapi finns även om förebyggande insatser som fallprevention och för insatser till anhöriga.

Trots all den forskning som finns att ta del av, och trots att äldreområdet är så frekvent förekommande så avspeglar det dock inte antalet specialister i arbetsterapi inom äldreomsorg och äldreomsorg. Sedan 1998 har Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter tagit fram en specialistordning för arbetsterapeuter. Specialisering finns inom fem olika områden där äldreomsorg och äldreomsorg är ett av dessa. Ett av förkunskapskraven är magister i arbetsterapi. Specialistutbildningen omfattar sammanlagt 40 veckor efter grundutbildning och delas upp i specialist- funktions- och professionskurser som sammanställs i en individuell utbildningsplan. I dag finns det endast 3 stycken specialister inom äldreomsorg vilket gör specialistområdet till det näst minsta specialistområdet. En av de troligaste anledningarna till att det är så få specialister inom äldreområdet är att det saknas förståelse och stöd från arbetsgivare att kompetensutveckla sig och att formalisera sin kompetens. Således inget incitament att utveckla sig.

I dag bedrivs arbetsterapeututbildning vid 8 lärosäten i landet. När det gäller arbetsterapeuters grundutbildning visar en kartläggning som FSA genomfört hösten 2011 att innehåll av geriatrik och gerontologi finns med i grundutbildningen men att kursernas upplägg och omfattning varierar mellan lärosätena från 32 hp till 46 hp. Några lärosäten har dessutom valbara kurser inom äldreområdet och möjlighet till examensarbete inom äldreområdet och kommer då sammanlagt upp i skattade 60-65 hp. I den här skattningen har programansvariga tagit med både specifik och generell kunskap som de relaterar till äldreomsorg. Här återfinns såväl gerontologisk teoribildning som geriatrik och geropsykiatri. Här återfinns även tillämpad äldreomsorg i arbetsterapi som till exempel aktivitetsmönster hos äldre, assiste-

rande teknik för personer med demenssjukdom eller VFU-kurs inom äldreområdet. Skattad äldrekunskap i arbetsterapi som inkluderar VFU omfattade flest högskolepoäng. En erfarenhet från kartläggningen är att det är svårt att jämföra olika program eftersom kursernas upplägg och innehåll är så varierande.

Vilka är då de största kompetensbristerna i äldreomsorgen i dag? I FSAs utbildningsenkät från 2009 tillfrågades yrkesverksamma, var femte medlem, om deras fortbildning. På frågan "Ange tre områden där du behöver ökad kunskap för att uppnå god kvalitet/kunna utveckla ditt arbete?" svarar de yrkesverksamma i äldreomsorg mer kunskap inom *neurologiska sjukdomar, kognition, demens, och mer kunskap inom förflyttning, ergonomi, rörelseorganens sjukdomar, teknik och miljö*. De vill även ha mer kunskap om *handledning, pedagogik, gerontologi, geriatrik och geropsykiatri*. Dessa områden ska relateras till arbetsterapeutens fokus på individens aktivitetsförmåga och delaktighet i hans/hennes fysiska och sociala miljö och inriktas mot områdena personlig vård, hemliv, fritid och samhällsliv. För yrkesverksamma i primärvård är kompetensbehoven delvis desamma men inte lika många anger till exempel neurologiska sjukdomar och demens som det mest viktiga. En förklaring kan vara att primärvården har andra patientgrupper och inte enbart äldrefokus beroende på hur hemsjukvården är organiserad. Kompetensbehov hos yrkesverksamma på geriatriska kliniker kan i enkäten inte redovisas varför inget resultat kan redovisas för denna grupp.

Vad som dock är tydligt i utbildningsenkäten är att de yrkesverksamma i äldreomsorg har sämre förutsättningar vad gäller fortbildning. Det avspeglas i att det är få, 43 %, som har kandidatexamen (jämför med exempelvis länssjukvård där 60 % har detta). Få, 3 %, har magister- eller masterutbildning (jämför med 17 % i regionsjukvård) och få som avser skaffa sig sådan kompetens. Endast 8 % tänker sig skaffa masterkompetens i framtiden (mot exempelvis regionsjukvård där 29 % anger att de planerar detta). Yrkesverksamma i kommunal äldreomsorg saknar en kultur som tillvaratar och uppmuntrar lärande i det dagliga arbetet och är de som är minst nöjda med sin fortbildning under 2009. Endast 27 % har en individuell plan för fortbildning (jämför med medelvärdet 40 %). Allt detta tyder på att det inte finns rätt incitament för kompetensutveckling inom äldreomsorgen.

Det är olika faktorer som påverkar. En stor brist är att det saknas ledning för rehabilitering och den ledning som finns har bristande förståelse för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens behov av förbättrade kunskaper ("*Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*", Socialstyrelsen 2007). Detta faktum återfinns även i rapporten "*Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering*" som FSA tillsammans med Sektionen för Äldres hälsa inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund tagit fram hösten 2011. I rapporten sammanfattas att trots att det finns ett vetenskapligt stöd för specifik rehabilitering som inkluderar insatser av både arbetsterapeuter och sjukgymnaster så tas dock denna kunskap inte tillvara. De äldre får inte specifika insatser de har behov av. Delvis beror detta på bristande ledning men även på bristande resurser och i rapporten föreslås nyckeltal för tillräckligt antal arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom äldreomsorg.

Det finns också avsaknad av kunskap hos ledning att de legitimerade har krav i sitt yrke att kontinuerligt hålla sig uppdaterade vad gäller forskning och evidens. Det

finns heller inte kunskaper om vilka förutsättningar som krävs för kompetensutveckling, t ex möjlighet till uppkoppling till databaser eller uppbyggda nätverk med specialiserad vård inom äldreomsorgen. Det finns knappt några specialisttjänster eller möjligheter att avgränsa och specialisera sig inom vissa delområden inom äldreomsorgen. Det skulle vara helt relevant att arbetsgivarna i dag efterfrågade arbetsterapeuter med specialistkompetens inom äldrevård och äldreomsorg med till exempel inriktning demens och möjliggjorde specialisttjänster. En annan faktor för att sätta krav på tillräckliga kunskaper inom äldreområdet är tillgången till medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR. Att det finns uttalade riktlinjer och rutiner inom rehabilitering som efterlevs och följs upp, sätter krav och fokus på behov av kompetensutveckling. Antalet MARar varierar stort över landet och finns endast i ca 17 % av landets kommuner. Krav på att MAR tjänster ska tillsättas, är en av förutsättningarna för att säkra rehabiliteringen.

För att råda bot på dessa stora brister, framför allt för att kunna få utöva sitt hälso- och sjukvårdsyrke i enlighet med god vård och omsorg, skulle en nätbaserad högskoleutbildning som når många behöva komma till. Vi föreslår en 15 hp utbildning på avancerad nivå uppdelade i två 7,5 hp kurser med olika inriktning. Vi tror att det är en viktig förutsättning för att många ska kunna delta att det är möjligt att gå 7,5 hp men vi ser också att det finns behov av ytterligare fördjupning. Ett förslag är att utforma två olika 7,5 hp kurser där exempelvis den ena kursen är mer generell och interprofessionell och den andra är mer yrkesspecifik. Den mer generella skulle kunna utgöra en grund för det interprofessionella samarbetet som är en så viktig förutsättning för att vården och omsorgen om äldre fungerar. Den andra 7,5 hp kursen kunde vara mer yrkesspecifik, gärna med fördjupning i gerontologi och geriatrik ur arbetsterapiperspektiv. Den kunde även ha mer specifik inriktning mot arbetsterapi till exempel vid demens eller stroke. En sådan kurs kan också utgöra del i arbetsterapeuters specialistutbildning. Kurs på halv- eller kvartsfart är att föredra.

Innehåll i utbildningarna skulle kunna vara;

- Multisjuklighet
- Rehabilitering
- Arbetsterapi
- Gerontologi, geriatrik och geropsykiatri ur arbetsterapi perspektiv
- Demens
- Handledning
- Anhörigstöd
- Interprofessionellt samarbete

Eftersom gruppen som inte har kandidatexamen är så stor är det viktigt att tillgodose deras möjligheter att via kompetensutveckling läsa in kandidatnivå. Detta är viktigt för att få verktyg för att kunna ta till sig aktuell forskning och utveckling inom området och för att kunna följa kunskapsutvecklingen inom området.

Vi anser även att det är viktigt att se över de kurser på avancerad nivå som redan ges inom äldreområdet så att satsningen kan samordnas med dessa. Exempel på kurser är *"Aktiviteter i dagligt liv för personer med demens"*, 7,5 hp, Karolinska institutet, *"Arbetsterapi inom äldreområdet"*, 7,5 hp, Linköpings universitet, *"Utveckling, utvärdering och implementering av arbetsterapi för äldre personer med synnedsättning"*,

7,5 hp, Göteborgs universitet. Erfarenheten visar att kurser med äldreinriktning många gånger haft svårt att få tillräckligt antal sökande och därför riskerar läggas ner. Det är även vanligt att de som påbörjat inte slutför kurserna då de inte får ledigt från sina kommunala arbetsgivare.

För att satsningen på en nätbaserad utbildning ska kunna genomföras är det en förutsättning att den prestationsersätts i någon form. Ersättning för vikarie kan vara svårt då man är så få. Däremot är ersättning till arbetsgivaren per personal som genomfört utbildningen bättre. Vi föreslår även att man inför en kvalitetsindikator på kompetens; så många % av den legitimerade personalen har vidareutbildning inom äldreområdet.

Det finns i dag möjligheter att gå ej nivåbestämda, generella, praxisinriktade fortbildningskurser om 1-5 dagar för kompetensutveckling inom olika områden. Exempel är ergonomi, teknik och miljö där exempelvis förflyttnings- och kognitiva hjälpmedel ingår. Dessa kurser är självklart även viktiga i vård och omsorg om äldre men tas inte upp i det här förslaget som riktat in sig på förslag till innehåll på avancerad nivå. När det gäller dessa kurser är möjligheten att få gå kursen det viktiga.

I dag är det största problemet att arbetsgivaren inte efterfrågar kompetens. Den viktigaste strategiska åtgärden är att ställa krav på kommunerna att kompetensutveckling **ska** göras och att detta är något som måste göras kontinuerligt. Det måste vara meriterande för både den yrkesverksamma och arbetsgivaren att satsa på kompetensutveckling.

De insatser som planeras och ges till den åldrande befolkningen idag behöver bygga på de senaste årens forskning och evidens. De legitimerade arbetsterapeuterna har en av de viktiga yrkesrollerna, som både ska bedöma behov av rehabiliteringsinsatser och utföra dem direkt eller handleda personal och chefer inom äldreomsorgen. De är strategiskt viktiga för att den enskilde ska få den rehabilitering den har behov av och få äldreomsorgsinsatserna utförda på ett bra sätt, vilket är angeläget för den enskildes livskvalitet men även för samhället i stort. Det är slöseri med samhällets resurser att inte utnyttja arbetsterapeuters kompetens. Det blir inte heller intressant att arbeta hos en arbetsgivare som inte förväntar sig högpresterande vård och omsorg. Risk finns att den vetgirige medarbetaren söker annat arbete inom annan vårdform.

För Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Sammanställt av

Christina Lundqvist, Leg. Arbetsterapeut, MSc, Handläggare för utvecklings- och kvalitetsfrågor, FSA

I samarbete med

Lena Haglund, Leg. Arbetsterapeut, Docent, Förbundsordförande, FSA

Åsa Larsson, Leg. Arbetsterapeut, Med Dr, Ledamot av Äldreutskottet i FSA

Christine Tell, Leg. Arbetsterapeut, MSc, Ledamot av Äldreutskottet i FSA

Referenser

Socialstyrelsen 2007. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter 2011. Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering.

Bilaga 4. Kompetensbehov för sjukgymnast

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds (LSR) yttrande angående ökad kompetens i geriatrik och gerontologi för högskolegrupper inom äldreomsorg och primärvård.

Inledning

LSR välkomnar satsningar som syftar till att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre genom kompetensförstärkning.

Förbundet vill samtidigt betona att de förändringar som behöver göras inom äldreomsorgen omfattar mer än kompetensförstärkning.

LSR konstaterar att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv, behöver stärkas så att det genomsyra hela äldrevården och äldreomsorgen och är en självklar del i all vård, behandling och rehabilitering (folkhälsomål nr 6). Därtill vill LSR understryka att även de mest sjuka äldre i enlighet med folkhälsomål nr 9 aktivt ska erbjudas möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor .

I socialstyrelsens definition (2009) framgår att hälsofrämjande åtgärder på individnivå syftar till att så långt möjligt stödja människor att få ökad kontroll över sin hälsa i betydelsen stärkt egenförmåga. Det handlar också om att stärka den person som drabbats av långvarig sjukdom och funktionsnedsättning till att orientera sig i en ny livssituation, så att personen, trots uppkommen ohälsa kan uppleva psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande.

Generellt sett finns ett tydligt behov av att öka bemanningen inom kommunal äldrevård och äldreomsorg för att bättre kunna bedriva evidensbaserad sjukgymnastik som innefattar hälsofrämjande åtgärder . Det skulle kunna få positiva konsekvenser för äldre människors vitalitet, lust och förmåga, och därmed påverka livskvalitén i stort . Enligt Socialstyrelsens senaste brukarundersökning är gruppen äldre missnöjda med möjligheten och tillgången till fysiska och sociala aktiviteter.

Uppföljning inom äldrevård och äldreomsorg behöver stärkas. Det krävs stöd och resurser för att arbeta fram relevanta kvalitetsindikatorer som kan ge verksamheterna en fortlöpande, formativ, återkoppling i syfte att lära och förbättra arbetet.

Hur kan en satsning på ökad kompetens i geriatrik och gerontologi för högskolegrupper inom äldreomsorg och primärvård utformas och genomföras?

Utgångspunkten bör vara interprofessionell eftersom ohälsan för gruppen äldre inom kommunal äldrevård och äldreomsorg många gånger är komplex och därigenom kräver multifaktoriella insatser (begreppet rehabilitering är per definition multiprofessionell). Ett exempel på detta är fallprevention för multisjuka äldre där multifaktoriella insatser har bäst evidens.

Utbildningen bör ges lokalt för att anpassas till specifika förhållanden och behov. Dock bör den ha en nationell gemensam kursplan, t.ex. i studiecirkelform eller distansbaserad .

Vilka är de huvudsakliga kompetensbristerna när det gäller sjukgymnasters kompetens i geriatrik och gerontologi?

Det behövs göras en samlad översyn av utbildningen inom geriatrik och gerontologi, dels inom ramen för grundutbildningen, dels ur perspektivet livslångt lärande, dels vid specialistutbildning. I detta bör samhällets behov vägas in.

Grundutbildning

Det finns indikationer på att undervisningen i geriatrik och gerontologi på grundutbildningen är fragmentiserad och det är oklart i hur stor utsträckning den sker i ett interprofessionellt sammanhang.

Grundutbildningen bör även ge bättre förståelse för en hälsofrämjande helhetssyn utifrån den åldrande människans, bio-psyko-sociala, situation.

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) behöver i högre grad ske inom kommunal äldrevård och äldreomsorg för att öka kunskapen om det specifika ohälsopanoramats för dessa grupper. Utbildningsplatser och avtal mellan lärosäten och äldrevård och äldreomsorg behöver tillskapas. Därutöver behövs resurser i form av handledarkompetens och tid för handledning av studenter inom VFU.

För att möta behoven inom äldrevård och äldreomsorg behöver geriatrik och gerontologi utgöra en bärande del inom sjukgymnasters grundutbildning. Det gäller även för ämnen som ledarskap, pedagogik och förbättringskunskap. Detta är viktiga argument för att grundutbildningen för sjukgymnaster behöver förlängas till fem år.

Specialistutbildning

Idag saknas en av samhället reglerad specialistutbildning för sjukgymnaster. LSR har utformat en specialistordning enligt en modell som tillgodoser såväl klinisk som teoretisk fördjupning. Så länge denna saknar samhällets er-

kännande kan den inte fungera som en normgivande standard. Det finns inga referenser för huvudmännen att förhålla sig till när det gäller att definiera specialistkompetens och vad den kan tillföra verksamheten. Därigenom saknas det idag formella incitament för enskilda sjukgymnaster att satsa på specialistutbildning.

Inom vilka områden behövs utbildning?

Ledarskap

Det behövs för att kunna:

- leda sig själv i en verksamhet med autonomi och mycket ensamarbete
- leda rehabiliteringsarbete i en hälsofrämjande kontext
- leda projekt och förbättringsarbete
- bidra med professionsspecifik kompetens för patientens, teamets och verksamhetens bästa.

Pedagogik och handledning

Det behövs för att:

- både ordinera insatser, och understödja personal i ett hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt.
- motivera hälsofrämjande och rehabiliterande (funktionsförbättrande) åtgärder i en verksamhet där detta fortfarande inte alltid är en självklar del av baspersonalens ordinarie uppdrag (baspersonalen gör av tradition SoL insatser medan rehabilitering är en HSL: insats).
- få verktyg för att på ett mer professionellt sätta planera, genomföra och följa upp stödjande och vägledande insatser gentemot patienter, anhöriga och personal.

Systemförståelse

Den behövs för att:

- bättre förstå organisationen inom kommunal äldrevård och äldreomsorg både vad gäller hälso- och sjukvårdslagens, socialtjänstlagens, och aktuella föreskrifters konsekvenser för sjukgymnasters uppdrag och arbetsuppgifter.
- sjukgymnasten ska kunna verka utifrån sitt uppdrag enligt Hälso- och sjukvårdslagen i en verksamhet som vilar på Socialtjänstlagen.

Vilka strategiska åtgärder är viktiga för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna?

Roller och ansvar

Få kommuner har en Medicinskt Ansvarig person för Rehabilitering (MAR) med ämnesspecifik kunskap att följa upp rehabiliteringsarbetet. En MAR är en sjukgymnast eller arbetsterapeut med adekvat vidareutbildning och defi-

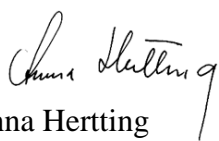
nierat uppdrag. LSR anser att lagstiftningen om en MAS i varje kommun behöver kompletteras med ett motsvarande krav på en MAR- funktion.

Vårdgivare måste ha ett klart uppdrag i att säkerställa den framtida kompetensförsörjningen och se till att det finns handledare för studenter i grundutbildningens VFU.

Det måste även finnas specialister som kan handleda kollegor under utbildning samt leda och genomföra förbättringsarbete.

Det är fördelaktigt om ledningen är multiprofessionell för att säkerställa ett helhetsperspektiv.

Vänliga hälsningar



Anna Hertting

Ordförande

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund

Bilaga 5. Kompetensbehov för dietist

BAKGRUND

Med anledning av Socialstyrelsens uppdrag från regeringen att ta fram ett förslag på hur geriatrisk och gerontologisk kompetens i vård och omsorg kan öka, har Dietisternas Riksförbund ombetts att inkomma med en skriftlig redogörelse för kompetensfrågan ur ett dietistperspektiv. Den övergripande frågan är: Hur kan en satsning på ökad kompetens i geriatrisk och gerontologi för högskolegrupper inom äldreomsorg och primärvård utformas och genomföras?

De frågor Socialstyrelsen särskilt önskat få belysta av förbundet är:

- Vilka är de huvudsakliga kompetensbristerna när det gäller dietisters kompetens i geriatrisk och gerontologi? Inom vilka områden behövs utbildning?
- Vilka strategiska åtgärder är viktiga för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna?

DIETISTENS YRKESKOMPETENS

Dietisten har akademisk utbildning, klinisk träning, skyddad yrkestitel och legitimation för att bidra till vården av patienter vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd.

Yrkeskompetensen utgörs av en syntes av kunskaper beträffande nutrition, biokemi, fysiologi, livsmedelskunskap och näringslära, samt om psykologiska och sociologiska processer, som styr aptit och ätande i kontexten hälsa och sjukdom. Inom kunskapsområdet ligger också att behärska befintliga nutritionsterapier samt att kunna ordinera en för individen specifikt anpassad behandling. Denna yrkeskompetens skiljer dietisten från övriga hälso- och sjukvårdsutövare och motiverar dietistens specifika ansvar i nutritionsbehandlingen.

Yrkets mål är att främja människors hälsa och livskvalitet under livets olika skeden och till uppgifterna hör att förebygga, utreda och behandla tillstånd som klassificeras med nutritionsdiagnos, samt att informera, utbilda och



DRF
DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND

handleda närstående och personal, vidare att vara en kunskapsresurs för samhället i nutritionsfrågor.

I sitt arbete har dietisten ett ansvar gentemot olika berörda parter. Ansvaret gentemot patienten väger alltid tyngst. Detta ansvar uppfylls bl.a. genom att behandlingen grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket förutsätter att kontinuerligt följa den vetenskapliga utvecklingen inom området.

Dietister arbetar inom både sluten och öppen hälso- och sjukvård. Allt fler återfinns också inom kommunal äldreomsorg.

KOMMUNENS OCH PRIMÄRVÅRDENS ANSVAR

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket innebär att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), samt att vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vidare ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Strategiska åtgärder för att skapa förutsättningar för ökad

kompetens

Strategiska åtgärder av betydelse för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna, måste ses i perspektivet av Patientsäkerhetslagen. Inom nutritionsområdet återstår mycket arbete för att uppnå god patientsäkerhet.

Av de kartläggningar som Dietisternas Riksförbund genomfört tre gånger – 2007, 2008, och 2009 – framgår en stor variation i hur långt kommunerna kommit i detta kvalitetsarbete. Kommundietisterna har, vid sidan av behandling av enskilda individer, också arbetat med undervisning/handledning av övrig personal, samt med att leda utvecklings- och kvalitetsprojekt inom nutrition för bättre rutiner. Det finns dock många kommuner som helt saknar dietistresurs, och även inom primärvården varierar tillgången till nutritionskompetens stort över landet.

Den viktigaste strategiska åtgärden är därför en tydlig normering från myndigheten att nutritionsomhändertagandet skall ingå i patientsäkerhetsarbetet och att erforderliga resurser ställs till förfogande att kunna leva upp till detta. Som stöd har Socialstyrelsen publicerat en vägledning för att förebygga och behandla undernäring (1), och en föreskrift väntas under första halvåret 2012.

NUTRITION I VÅRDEN

Nutritionsbehandling är en del av den medicinska behandlingen (1). Inom vården kan nutrition ses ur olika perspektiv. För dietisten är huvudperspektivet nutritionsbehandling. Läkarens medicinska perspektiv och sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv innefattar också perspektiv på nutrition. Gränserna mellan de olika perspektiven är överlappande och kompletterande. Inom vård av de allra mest sjuka äldre är det oerhört viktigt med ett väl utvecklat och fungerande teamarbete mellan olika yrkesfunktioner.

SJUKDOMSRELATERAD UNDERNÄRING

Bland de mest sjuka äldre är sjukdomsrelaterad undernäring vanligt förekommande (2-4). Bakomliggande orsaker är bland annat bristande aptit, sjukdom som förändrar de metabola förutsättningarna, fysiska handikapp inkluderat tugg- och sväljproblem, samt förändrade behov av energi och näringsämnen. Konsekvenserna blir minskad funktion och sämre livskvalitet, samt ökad risk för sjuklighet och död (3, 5).

Det finns idag en omfattande vetenskaplig dokumentation beträffande kostnadseffektivitet och vinster med strukturerat nutritionsomhändertagande av äldre i ordinärt och särskilt boende (6). Individuellt anpassad nutritionsbehandling kan minska sjukhusvistelse, kostnader för trycksår och i kombination med fysisk träning förbättra den funktionella förmågan (7-9), och därmed autonomi och livskvalitet för den enskilde.

Målsättningen måste vara att ingen skall lida av obehandlad under- eller felnäring.

OMRÅDEN FÖR VIDAREUTBILDNING

För att få en uppfattning om utbildningsbehovet genomfördes en enkel webb-baserad enkät. Denna gick ut den 19 december 2011 till kommun- och primärvårdsdietister. Med tanke på den snäva tidsmarginalen, då denna redogörelse skall vara klar den 31 december 2011, har endast en mindre andel av förväntade svar hunnit inkomma. De resultat som presenteras nedan bör därför ses som en indikation, mer än som en representativ bild, av hur man ser på sitt behov av utbildning.

Alla svarande arbetar inom äldreomsorgen. Drygt 90 procent uppgav att de inte hade någon utbildning inom geriatrik och gerontologi efter grundutbildningen, samtidigt svarar knappt två tredjedelar att de tycker att de har tillräckliga kunskaper för att klara av sitt arbete, men tillägger att man läser in mycket på egen hand och är positiv till vidareutbildning. Det personliga målet med vidareutbildning är för de flesta också möjligheten att utföra sitt arbete bättre, en lust att fördjupa kunskaperna och ökad möjlighet till samverkan med andra yrkesgrupper.

När det gäller utbildning inom geriatrik och gerontologi rangordnas de följande tre i nämnd ordning som viktigast;

1. akut och allmän geriatrik,
2. demens och
3. tvärprofessionellt arbetssätt.

När det gäller yrkesspecifik utbildning görs rangordningen;

1. nutritionsbehandling av äldre,
2. äldres energi- och näringsbehov och
3. undernäring.

På frågan om man skulle föredra en allmänbildande kurs inom geriatrik och gerontologi eller en fördjupningskurs inom något av de föreslagna områdena svarar en majoritet att de skulle föredra en allmänbildande kurs, men intresse finns också för specifika fördjupningskurser. Tiden ses här som den begränsande faktorn. En övervägande majoritet skulle föredra att läsa på kvartsfart för att kunna kombinera studier med arbete. En majoritet skulle föredra distansutbildning i huvudsak via webben, men gärna i kombination med föreläsningar, tillägger en del. På frågan om hur man tror att arbetsgivaren skulle se på frånvaro i samband med vidareutbildning svarar drygt hälften att de inte vet, knappt en femtedel ”inga problem” och en femtedel ”om jag skulle ta tjänstledigt (utan lön)”.

Utöver vad grundutbildningen givit saknar således majoriteten formell kompetens inom geriatrik och gerontologi, men ett stort intresse finns för möjlighet till fördjupning.

Förbundet kan se att angelägna områden när det gäller kompetensutveckling kan indelas i :

- 1) allmän fördjupning med avseende på gerontologi och geriatrik samt
- 2) yrkesspecifik kompetensutveckling.

Med avseende på 1) finns behov av fördjupning när det gäller åldersförändringars påverkan på olika kroppsfunktioner, så väl fysiologiska som psykologiska, samt fördjupning beträffande åldrandets sjukdomar och palliativ vård. Allmän fördjupning kan med fördel ske i tvärprofessionella utbildningsgrupper som också bör innehålla tvärprofessionell arbetsmetodik, då geriatrisk vård förutsätter teamsamverkan mellan flera olika yrkesfunktioner.

Inom 2) behövs specifik utbildning kring metabola och funktionella förändringar som påverkar aptit, förmågan att äta samt behovet av energi- och näringsämnen. Vidare bakomliggande orsaker till, och effekter av, undernäring samt hur detta tillstånd behandlas och palliativ nutrition. Ett spirande forskningsområde är måltidsmiljö som omsorgsinsats, även inom detta område är yrkesspecifik vidareutbildning motiverad.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg, En vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm 2011.
2. Elia M. Guidelines for Detection and Management of Malnutrition.

Malnutrition Advisory Group (MAG). Maidenhead 2000.

3. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. *Am J Clin Nutr.* 2001 Jul;74(1):6-24.
4. Akner G, Bosaeus I, Cederholm T, Eckerlund I, Elmståhl S, Johansson I, et al. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. 1 ed. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. p. 1-202.
5. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008 Feb;27(1):5-15.
6. Russell C. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clin Nutr Suppl.* 2007;2(1):25-32.
7. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med.* 1994 Jun 23;330(25):1769-75.
8. Stratton R, Green C, Elia M. Disease-related malnutrition : an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI; 2003.
9. Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2005 Aug;4(3):422-50.

Bilaga 6. Kompetensbehov för psykolog

Gamla blir vi alla om vi får leva tillräckligt länge. Idag vet vi att det finns allt större förutsättningar att åldrandet skall vara en period för ett rikt liv och fortsatt utveckling. Man blir skörare med åren men med rätt stöd kan man fortsätta att vara verksam och aktiv upp i mycket höga åldrar. Även med somatiska sjukdomar kan en äldre person som får detta stöd av kompetent personal leva ett meningsfullt liv TROTS sjukdom. Ofta tror yngre personer att äldre har fler psykologiska problem än vad de faktiskt har. Med mer kunskap om det psykologiska åldrandet kan lönsamheten i både ekonomiskt och humanitärt avseende öka.

Psykologprogrammet har 300 högskolepoäng. I genomsnitt ägnas ca 7,5 poäng åt åldrandets psykologi. Ytterligare ca 7,5 poäng handlar om neuropsykologiska förändringar i åldrandet. Det skiljer något åt i de 9 utbildningsäten där programmet ges men som högst kan man få totalt 25 poäng vad gäller olika aspekter av det psykologiska åldrandet. Man kan välja åldrandets psykologi som ämne i sitt fördjupningsarbete och kan då få ytterligare 7,5 poäng. Sammantaget gör detta att gerontologisk och geriatrik kunskap inom psykologkåren är tämligen liten. Man kan efter utbildningen läsa vidare till specialist i neuropsykologi och då få ytterligare kunskap. Specialistutbildningen fokuserar dock mer på patologiska förändringar i åldrandet än ren gerontologisk kunskap.

När man väl har sin legitimation som färdigutbildad psykolog finns inga tjänster som geropsykolog. De tjänster som finns inom specifik äldreomsorg är i första hand på minnesmottagningar eller annan hjärnskadeklinik. Psykologer inom primärvården träffar sällan äldre. Sveriges Geropsykologers förening (SGF) gjorde för några år sedan en undersökning där psykologer inom primärvården tillfrågades om sina kontakter med äldre. De flesta hade inga psykologkontakter alls med äldre och i några fall fanns även uttalat att inget samtalsstöd skulle ges till patienter över 65 år.

De flesta människor som lever till räddligt länge drabbas av flera somatiska sjukdomar. För eventuella anhöriga blir arbetsbördan

ofta mycket tung inte minst om sjukdomarna är demenssjukdom eller psykiatrisk sjukdom där kognitiva funktioner är påverkade på olika sätt. Speciell psykologisk kompetens behövs inom vården för att förstå en anhörigs situation. Om patienten är äldre är även många anhöriga äldre. Då behövs även kompetens vad gäller bemötande av anhörig utifrån ett gerontologiskt perspektiv med inriktning vad gäller geropsykologisk kompetens. Frågor som behöver belysas är t.ex. hur ser skillnaderna ut i att vara yngre eller äldre anhörig, vilka reaktioner är normala reaktioner och vilka är åldersrelaterade, vilka psykologiska styrkor respektive svagheter har en äldre anhörig. Att vara äldre anhörig väcker även frågor av existentiell karaktär och inte minst tankar om sin egen förestående död. Därför blir ibland terapier av olika slag eller samtal om dessa frågor viktiga i mötet med anhöriga. All personal behöver handledning som kommer i kontakt med patient eller anhörig om bemötande. Oftast är psykologen den mest lämpade att ge bemötandehandledning eftersom psykologprogrammet är en generalistutbildning och vilket område som man än kan komma in på i en handledning har psykologen specialkompetens.

Psykologkåren behöver mer kompetens i själva handledandets olika faser och beståndsdelar utifrån ett gerontologiskt perspektiv. Vilka processer uppstår som är annorlunda än i annan handledning? Hur ser motstånd ut i handledning till skillnad från i terapi, med personal som kanske inte själva har valt att gå i handledning? Hur kan man integrera pedagogiska moment i handledningen? Ofta behöver kompetensen höjas vad gäller gerontologiska och psykogeriatriska frågor. Hur bemöter man som personal de anhöriga? Hur förhåller sig personalen till sina egna tankar om lidande och död? Dessa två områden, anhörigstöd och handledning, finns inte med i Psykologprogrammet alls.

Med tanke på att det snart finns ca 2 miljoner personer över 65 år i Sverige, behövs ett stort förebyggande arbete för att bevara så många som möjligt så friska som möjligt så länge som möjligt. SGF har även verkat för att skapa hälsocentraler/seniormottagningar för äldre, både i Västra Götaland och i Stockholm där psykologer med gerontologisk kompetens skulle finnas men har tyvärr ännu inte lyckats med detta.

I ett kunskapslyft som det förestående behöver därför kurser erbjudas till de psykologer som idag arbetar inom äldreomsorgen och inom primärvården men även till psykologer inom andra om-

råden där man kan tänkas möta äldre. Det kan vara forensiska psykologer, de psykologer som arbetar med olika arbetslivsfrågor, kliniska psykologer inom olika områden och även terapeutiskt verksamma psykologer.

Förslag till kursinnehåll

Nedan följer förslag på kursinnehåll för en kurs på minst 7,5 poäng. Vissa avsnitt kan vara helt teoretiska och vara webbaserade, vissa avsnitt bör innehålla tillämpningsdelar av mer praktisk karaktär.

- Gerontologi och geropsykologi som kunskaps- och tillämpningsområden
- Demografi och epidemiologi
- Åldrandeprocessen, biologiska, psykologiska och sociala processer i samspel
- Personlighets- och socialpsykologiska aspekter på åldrandet
- ”Successful aging”
- Aktuell gerontologisk och geropsykologisk forskning
- Geropsykiatri
- Stöd och bemötande av äldre anhöriga
- Att handleda utifrån ett geropsykologiskt perspektiv inom äldreomsorgen
- Hur man bedriver terapi med äldre
- Existentiell psykologi

Genom en satsning på psykologinsatser inom all vård där man möter äldre personer kan stora ekonomiska samhällsvinster göras. Sveriges Psykologförbund har påpekat vikten av att alla kan behöva träffa en psykolog någon gång i livet. Tyvärr har äldre frågor inte speciellt hög status i vårt samhälle och det avspeglar sig inom alla områden där man arbetar med äldre. Den nyutexaminerade psykologen som har intresse av äldre frågor hänvisas att arbeta främst med det sjuka åldrandet eller att söka sig till verksamheter där man *kanske* träffar äldre. Ovanstående kursförslag borde kunna ges vid åtminstone fyra eller fem av de lärosäten som ger Psykologprogrammet och erbjudas i en första omgång fram för allt till psykologer inom primärvård. Efter att man gått kursen kan då en vårdcentral

kunna erbjuda speciellt psykologiskt stöd till äldre som kommer till mottagningen. Kursen kan även erbjudas de psykologgrupper som kommer i kontakt med äldre anhöriga t.ex. inom psykiatri, handikappomsorg och kriminalvård.

En privatpraktiserande legitimerad psykolog kan idag inte erbjuda samtal som subventioneras på samma sätt som t.ex. besök hos sjukgymnast eller arbetsterapeut utan klienten får betala hela beloppet själv, en kostnad på mellan 700:- och 1500:- för ett psykologsamtal. Många äldre har självklart inte råd att uppsöka psykolog för stödsamtal. Det kan vara en av flera orsaker till att äldre hellre söker sig till subventionerad vård och då med somatiska åkommor. För personal som möter dessa patienter blir inte det gerontologiska perspektivet det självklara. Därför bör en kurs som ovan beskrivs även erbjudas privatpraktiserande legitimerade psykologer som efter genomgången kurs skulle kunna erbjudas att ansluta sig till försäkringssystemet och på så sätt också knyts till de vårdcentraler som saknar egen psykolog. Idag saknar 46 % av landets 964 vårdcentraler egen psykolog eller vårdavtal med psykolog.

Slutligen är viktigt att komma ihåg att äldre är en mycket heterogen grupp människor, med stora skillnader i välbefinnande och funktion. Därför ställs större kompetenskrav på de som ska arbeta med äldre än yngre. Det är viktigt att kunna skilja på normalt åldrande från patologiskt. Geropsykologisk och psykogeriatrisk kompetens, både inom psykologkåren och inom övriga grupper som möter den äldre, skulle kunna ge den äldre patienten/klienten en mer tillfredsställande livssituation och mer livskvalitet.

Birgitta Ingridsson, legitimerad psykolog
Ordförande i Sveriges Geropsykologers Förening (SGF)

Bilaga 7. Kompetensbehov för logoped

Logopedförbundet svar på Socialstyrelsens uppdrag:

Hur kan en satsning på ökad kompetens i geriatric och gerontologi för högskolegrupper inom äldreomsorg och primärvård utformas och genomföras?

Marika Schütz, leg logoped, Svenska Logopedförbundet

Susanne Westerbring, leg logoped, Svenska Logopedförbundet

Frågeställning 1:

Vilka är de huvudsakliga kompetensbristerna när det gäller logopeders kompetens i geriatrik och gerontologi? Inom vilka områden behövs utbildning?

Grundutbildningen i logopedi innehåller mycket som är relevant för logopediskt arbete med äldre patienter och deras typiska sjukdomar t.ex. neurologi, neuropsykologi, neurogena kommunikationsstörningar, röst och dysfagi (sväljningsvårigheter).

Vad som däremot saknas är

- ett sammanhållet tvärvetenskapligt grepp på åldrandets biologiska natur, sociala villkor och sjukdomar, dvs. gerontologisk logopedi (Östberg, 2012).
- fördjupad utbildning inom neurodegenerativa och kognitivt-språkliga sjukdomar inom områden såsom demens, stroke, Parkinson, farmakologi och sväljsvårigheter med tyngdpunkt på symptomlära som bas för individuell bedömning, intervention och handledning (Östberg och Sandin 2012).
- tyvärr har logopedutbildningarna i nuläget svårt att följa upp den teoretiska undervisningen inom området med verksamhetsförlagd utbildning eftersom det ofta saknas yrkesverksamma logopeder inom äldreomsorg eller primärvård (Lundeborg Hammarström, 2011).
- Det finns även behov av att stärka kunskapen kring viktiga faktorer inom den geriatriska vården såsom exempelvis socialtjänstlagen (Sandin, 2011).

Frågeställning 2:

Vilka strategiska åtgärder är viktiga för att skapa förutsättningar för att en ökad kompetens efter genomförd utbildning tas tillvara inom verksamheterna?

Idag träffar geriatriska patienter logoped främst inom slutenvården och polikliniskt på logopedmottagning. De allt kortare vårdtiderna på sjukhusen har resulterat i att insats ofta inte hunnit göras innan personen blivit utskriven till eget eller annat boende. Rehabilitering blir bristfällig när patienter, anhöriga och personal inte får den hjälp och den handledning de behöver kring kommunikation och svårigheter att äta och svälja. Brist på logopedisk kompetensen inom primärvård, hemrehabilitering och inom kommunaliserad vård har skapat en allvarlig situation där funktionsnedsättningar inom kommunikation och ät- och sväljfunktion inte uppmärksammas (Vårdalinsitutet, 2005). Studier visar att så många som 60% inom geriatriska verksamheter har svårigheter med tal- språk eller sväljning (Eriksson & Hejdström 2011). Rätten till kommunikation och ett säkert ätande är en stor och viktig del av ett värdigt liv. Rehabilitering och träning inom geriatrisk verksamhet lägger fokus på kroppsliga funktioner, vi ser en stor brist vad gäller tillgång till träning av kognitiva funktioner såsom kommunikation och minne.

Sväljningsdysfunktion är vanlig och av stor betydelse hos äldre. Prevalens och naturalförlopp av dysfagi är inte väl kända och det är mycket vanligt att svårigheterna först uppmärksammas när de äldre hamnar på sjukhus eller annan institution. Dysfagiförekomst på sjukhus och sjukhem med äldre patienter har beräknats till upp till 50 % av de intagna. Förekomsten är mycket högre hos dem som är riktigt gamla, dvs. över 85 år (Ekberg, 2004). Så många som 80-85% av de äldre boende på sjukhem uppvisar problem att äta (Sandin, 2005). Då dysfagin inte uppmärksammas finns stor risk för återkommande aspirationspneumonier vilket orsakar enskilt lidande, långa sjukhusvistelser, belastning på akutmottagningar och stor kostnad för samhället. Beräkningar på vårdkostnader orsakade av dysfagi saknas, men referensgrupp har tagit fram vårdkostnader för patienter som vårdades på Karo-

linska Universitetssjukhuset Huddinge under 2003 för aspirationsorsakad pneumoni. En av patienterna vårdades upprepade gånger vid Neurologkliniken (mellan 2 och 6 dagar vid varje tillfälle) till en total vårdkostnad av 61 500 SEK. Majoriteten av dysfagipatienterna (i alla fall de som omhändertas i akutsjukvården) hamnar inom kategori 1 enligt riksdagens prioriterings-skala. Tillståndet kan vara potentiellt livshotande (aspiration, pneumoni, avmagring och utmärgling). Dysfagin påverkar dessutom starkt patientens autonomi i form ofta matning, kan ej äta offentligt p g a dysfagin (Hertegård, 2005).

Statistik visar att diagnosen aspirationspneumoni (J.69) har en medelvårdtid på 9,32 dagar i alla åldrar, antalet dagar ökar drastiskt vad gäller äldre patienter med upp till över 900 dagar. Drygt 50 patienter dör varje år till följd av sin aspirationspneumoni. Observera att den redovisade statistiken endast gäller de fall av pneumoni som kodats som aspirationspneumoni (J69 i ICD-10), vilket är ovanligt, de flesta aspirationspneumoniter kodas som pneumoni UNS. Kanske t.o.m. betraktas som infektioner och behandlas med antibiotika (Kjellin, 2005).

Strategiska åtgärder för att få ut logopedisk kunskap i geriatrisk verksamhet:

- Den viktigaste enskilda strategiska åtgärden för ökad logopedisk kompetens inom geriatrik och gerontologi är att skapa tjänster för logopedier inom primärvård och kommunal verksamhet för att nå ut till en befolkningsgrupp som sällan har möjlighet att ta sig till sjukhusens logopedmottagningar. Med fler logopedier i primärvård och kommun kan logopeden öka kompetens och medvetenhet gällande kommunikationssvårigheter, ät- och sväljsvårigheter hos övriga personalgrupper i verksamheterna genom team-möten, handledning och föreläsningar. En stor och viktig del av det logopediska arbetet på äldreboenden är att utreda, behandla och handleda sväljsvårigheter. Svårigheter som idag ofta negligeras och kan resultera i livshotande

tillstånd och stora kostnader för sjukvården såsom aspiration, pneumoni och avmagring.

- Ytterligare strategisk åtgärd för ökad geriatrisk logopedisk kompetens inom äldreomsorg och primärvård är att anordna fristående avancerade kurser på universiteten inom ovannämnda områden, dels att stödja kompetensen genom att avsätta särskilda medel för kvalitetsutveckling och patientnära forskning för logopeder och andra akademiska yrkesgrupper inom äldreomsorg och primärvård.

Källor:

Ekberg O. (2004) *The geriatric pharynx and esophagus*. In: Ekberg O (ed): *Radiology of the pharynx and the oesophagus*, Ch 9, pp 207-216, Springer.

Eriksson A., Hejdström A., (2011) *Förekomst av tal-, språk- och sväljsvårigheter på geriatrisk avdelning*, Linköping: Linköpings universitet. (Examensarbete inom Institutionen för klinisk och experimentell medicin).

Hertegård, S., (2005) *Fokusrapport Dysfagi*, Stockholms läns landsting, FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Kjellin, O., (2007) *Sväljningsröntgen, Aspirationsstatistik och manual för radiologer, föreläsningskompendium*, hämtat 2012-01-16 , [http://www.ltkronoberg.se/HoS/HoS-personal/Vardprogram/Lokala-wardprogram/Dysfagi/](http://www.ltkronoberg.se/HoS/HoS-personal/Vardprogram/Lokala-vardprogram/Dysfagi/)

Larsson, M., Rundgren, Å. (2003) *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Lundeborg Hammarström, I., lektor, leg. logoped, Programansvarig, Logopedprogrammet Linköpings universitet, tillfrågad av författarna.

Sandin, E., KC-Kompetenscentrum (Rapport 36 ISSN: 1650-884X December 2005).

Vårdalinstitutet, Tematiska rum, *Åtgärder vid problem*. Hämtad 2012-01-12, www.vardalinstitutet.net/scn/problem.pdf

Östberg, P., universitetslektor, med. Dr, Institutionen för neurovetenskap, Enheten för logopedi, Uppsala universitet, tillfrågad av författarna.

Förslag till kuser inom geriatrik

FUS-utbildning, 7,5 hp. KI har givit kursen tre gånger sedan 2005. Det är mycket stor efterfrågan på kursen (senast 80 sökande på 20 platser). Det har framkommit att KI anser att kursen är för klinisk, efterfrågan om samarbete med Logopedförbundet för att hålla kursen.

Fiberendoskopisk undersökning av sväljningen vilket innebär observation av sväljningsakten genom kamera som förs in i näsan, vilket medför större säkerhet vid sväljbedömning. Sväljbedömning med FUS görs av läkare och logoped, och allt oftare av logoped enskilt. Logoped kan ta med portabel FUS-utrustning till vårdavdelningar och äldreboenden.

AKK och äldre

Kurs i alternativ och kompletterande kommunikation för äldre.

Demenssjukdom, kommunikation och sväljning

Demens påverkar sväljning och kommunikation. Hur arbetar logoped med demens? Kurs för logopeder.

Kurser till andra yrkesgrupper:

Kommunikativ omvårdnad

Kurs ges av logoped, kurspaketet i form av bok och video finns. Riktat sig framförallt till undersköterskor men även till all annan personal som arbetar inom vård och omsorg.

Sväljningsscreening, behandling och åtgärder

Kurs ges av logoped till framförallt sjuksköterskor, men även annan personal inom vård och omsorg. Hur upptäcker man sväljsvårigheter, behandling, remiss, konsistensanpassning, sittställning etc.

Bilaga 8. Förslag till projektplan för utveckling av SK-kurser i geriatrik

Förslag till översiktlig projektplan för utveckling av läkares specialistkompetenskurser i geriatrik

Innehåll

Sammanfattning	2
Bakgrund	3
Svensk Geriatrisk Förenings (SGF) och IPULS gemensamma bedömning	3
Modern pedagogik	3
Kursutveckling genom expertgrupperingar	4
Kursgivning och rekrytering av kursgivare	4
Bedömning av antalet kurser och antalet kursplatser	4
Utvärdering och revision	5
Måluppfyllelse – outcome	5
Förslag till projektets genomförande och kalkylerade kostnader	5
Framtagande av kompletterande SK-kurser riktade till flera specialiteter (B-kurser)	8
E-learningprogram	9

Sammanfattning

Ovanstående förslag är uppdelat i tre delar för att underlätta bedömningen av behov och kostnadsnivåer. Den första delen omfattar specialiskompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik (C-kurser). Den andra delen omfattar SK-kurser som riktar sig till flera specialiteter (B-kurser) som berörs av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Den tredje delen omfattar framtagandet av lämpliga e-learningprogram till ovanstående målgrupper.

Specialistutbildningskurser (SK) i Geriatrik

Specialistkompetenskurser för blivande geriatriker (C-kurser). Denna del omfattar framtagande av kursämnen och kompetensmål samt kursgivning inom projektets ram, följt av utvärdering och revision. Fyra av totalt 9 kursämnen kan även ges som färdiga SK-kurser inom projekttiden. Kurserna inkluderar en webbaserad lärplattform.

18 400 tkr

SK-kurser riktade till flera specialiteter (B-kurser)

För att bättre säkra kvaliteten på den samlade vården och omsorgen om de mest sjuka äldre föreslås att projektet kompletteras med en andra fas, där en eller flera anpassade SK-kurser riktade till flera specialiteter (B-kurser) tas fram. Dessa kan exempelvis ges årligen i samband med Medicinska Riksstämman.

1 700 tkr

E-learningprogram

Eftersom vården och omsorgen om de mest sjuka äldre omfattar flera olika specialiteter och flera olika huvudmän, lämpar sig generella e-learningprogram som komplement till SK-kurser och kursmöten. Det föreslås därför att projektet kompletteras med framtagande av ett eller flera sådana program.

1 000 – 3 000 tkr

Bakgrund

I den nationella statliga satsningen för åren 2011-2014 på att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, ingår att öka geriatrisk och gerontologisk kompetens för olika yrkesgrupper. Som en del av detta anges att läkarnas specialistkompetens-kurser (SK-kurser) i geriatrik bör utvecklas. Vidare anges att det s k METIS-projektet kan användas som inspiration.

Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att ta fram ett detaljerat förslag till hur satsningen kan utformas och genomföras. I uppdraget anges att delar av förslaget bör tas fram i samråd med Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS). Förslag på hur ett genomförande ska ske ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 februari 2012.

IPULS ansvarar för administrationen av de statligt finansierade SK-kurserna och för olika statligt finansierade utvecklingsprojekt inom psykiatri och för SK-kurser generellt. Ett av dessa projekt är det ovan angivna METIS-projektet.

Mot ovanstående bakgrund och efter orienterande samtal inlämnas ett skriftligt gemensamt förslag från Svensk Geriatrisk Förening och IPULS till Socialstyrelsen, på hur arbetet med att utveckla specialistkompetenskurserna i geriatrik kan ske.

Svensk Geriatrisk Förenings (SGF) och IPULS gemensamma bedömning

Utgångspunkten för SGF:s och IPULS gemensamma bedömning är att de mest sjuka äldre kommer i kontakt med vården inom många olika specialiteter. En ökad kunskap kan därför behövas inom flera olika specialistområden. Geriatrikerkårens specialistkompetens utgör den naturliga utgångspunkten för en framtida spridning av kompetensen, såväl genom egen klinisk verksamhet (för vilka flera specialister behöver utbildas) som genom kunskapsöverföring. En strategi kan då vara att i en första fas utveckla kurserna för blivande specialister i geriatrik och därmed attrahera fler att välja den specialiteten. Genom en modern pedagogik och ett riktat kursinnehåll (sk C-kurser som riktar sig specifikt till en specialitet) kan därmed kompetensen tryggas inom det geriatriska specialistområdet. I en andra fas kan sedan kurserna anpassas så att ett kompletterande och anpassat kursutbud också kan riktas till flera specialiteter som regelmässigt kommer i kontakt med de mest sjuka äldre, s k B-kurser (kurser inom ett specifikt område men som riktar sig till fler specialiteter som kommer i kontakt med det aktuella ämnet).

Bedömningen är att ovanstående strategi, där geriatriken först stärks och sedan får en tydlig roll i kunskapsspridningen, också kommer att gynna framtida samarbeten och samverkan mellan olika specialistområden och vårdinrättningar.

Modern pedagogik

Ett gott slutresultat förutsätter en modern pedagogik som engagerar deltagarna. IPULS kan här bistå med god kompetens och erfarenheter från bland annat det s k METIS-projektet, som rör kurser inom psykiatri. IPULS har också god erfarenhet av att använda sig av webb-baserade lärplattformar för att exempelvis förbereda deltagarna inför ett kursmöte.

Ett exempel på hur kursmöten kan kompletteras med e-learning är att förbereda och bygga upp förkunskaper hos kursdeltagarna via webb-baserade lösningar. Vid själva kursmötet har deltagarna då bättre förkunskaper och mötet kan bli mer effektivt och kan hållas på en högre nivå. Efter kursmötet kan en examinationsform vara exempelvis en tillämpad övning via webb-verktyget.

E-learningprogram kan också göras på ett sådant sätt att det lämnar öppna frågor för diskussion. Sådana program lämpar sig särskilt väl om man vill påverka förhållningssätt eller lyfta etiska dilemman eller andra bedömningsfrågor.

Fördelen med att komplettera kursmöten med e-lärande är också att verkningsgraden ökar. Det interaktiva lärandet via webb-verktyg minskar erfarenhetsmässigt den fysiska kursmötetiden med ca 30%, vilket i sin tur innebär att man minskar frånvarotiden i patientarbetet för den enskilde läkaren. E-learningprogram kan också på ett kostnadseffektivt och samlat sätt presentera ledande experter oberoende av tid och rum. De ger också möjlighet att på ett enhetligt sätt föra fram ett samlat budskap eller ta upp olika frågeställningar.

Kursutveckling genom expertgrupperingar

För att utveckla olika kurser och utbildningsaktiviteter använder sig IPULS av, för ämnet relevanta, expertgrupperingar. IPULS har då en faciliterade roll och leder processen att ta fram gruppens samlade kompetens på ett strukturerat sätt. Med en speciell metodik kan ämne och kompetensmål, dvs vad deltagaren ska kunna efter genomgången kurs, därmed tas fram. Det är viktigt att expertgruppen utgår från professionen, är tillräckligt stor och att den är allsidigt sammansatt. Den måste också ha trovärdighet och ett tydligt mandat så att förankringsprocessen underlättas. Vanligen samlas grupperna under några dagar i internatform vid ett antal tillfällen.

Kursgivning och rekrytering av kursgivare

Rekrytering av kursgivare brukar normalt ske genom anbudsförfarande. Upphandlingsunderlaget grundar sig på de kompetensmål som satts upp och på de pedagogiska förutsättningar som definierats.

IPULS erfarenhet är att det gäller att hitta en balans mellan kursgivarens ansvar och centrala administrativa stödfunktioner. En modell har därför utvecklats där kursgivaren ansvarar för ämnesinnehåll, lärarstab och lokaler. IPULS bistår med pedagogisk struktur och kvali-

tetsgranskning, annonsering, antagning av kursdeltagare, utvärdering och övriga administrativa stödfunktioner.

Bedömning av antalet kurser och antalet kursplatser

Kurs- och utbildningseholet kan definieras med två variabler. Den ena är ämnesinnehållet som tas fram via ovan beskrivna och brett sammansatta expertgrupper. Det andra är behovet avseende antalet kursplatser. Eftersom det generellt är svårt att bedöma behovet av antalet kursplatser håller IPULS på att ta fram ett nytt system för kurser under ST i samråd med Socialdepartementet. I detta arbete ingår att ta fram ett webb-verktyg där ST-läkarna kan lägga in sina utbildningsplaner i den sk utbildningsplaneraren. IPULS kan sedan utifrån denna information beräkna behovet avseende kursplatsantalet. Webb-verktyget och utbildningsplaneraren kommer att färdigställas under 2012.

Utvärdering och revision

Efter genomförda kurser gör IPULS normalt en enkätbaserad utvärdering. För ett helt nytt projekt är det IPULS erfarenhet att det också är bra med en mer omfattande revision efter de första kursgivningarna, så att efterföljande kurser kan optimeras.

Måluppfyllelse – outcome

En utvärdering av hur målet att nå en förstärkt kunskap avseende vård och omsorg om de mest sjuka äldre bör på sikt utföras. Metod för detta bör i så fall definieras i samband med att man preciserar projektets övergripande målbild.

Förslag till projektets genomförande och kalkylerade kostnader

Mot ovanstående generella bakgrund kan ett projekt översiktligt formuleras (Tabell 1).

Tabell 1. Stegvis beskrivning av processen för projektets genomförande med att ta fram SK-kurser för blivande geriatriner (C-kurser).

Steg 1	Utse en styrgrupp Rekrytera och tillsätta en projektledare (från specialiteten geriatrisk) Rekrytera och tillsätta en projektgrupp Precisera den övergripande målbilden Bestäm utvärderingsmetod avseende måluppfyllelse Ta fram en detaljerad projektplan Initiera förankringsarbetet.
Steg 2	Sätta samman expertgrupperingar som svarar mot de olika behoven och de aktiviteter som behöver utföras.
Steg 3	Precisera och komplettera specifika kursämnen och kompetensmål, dvs vad deltagarna ska kunna efter genomgången kurs. Utgångspunkten är här det omfattande förarbete som redan har gjorts av Svensk Geriatrisk Förening (SGF). Föreningen har identifierat ett femtontal tänkbara kurser (Tabell 2). Viss konsolidering av dessa kan göras för att få ett mera hanterbart antal kurser (9 st), där bredden och kunskapsmängden

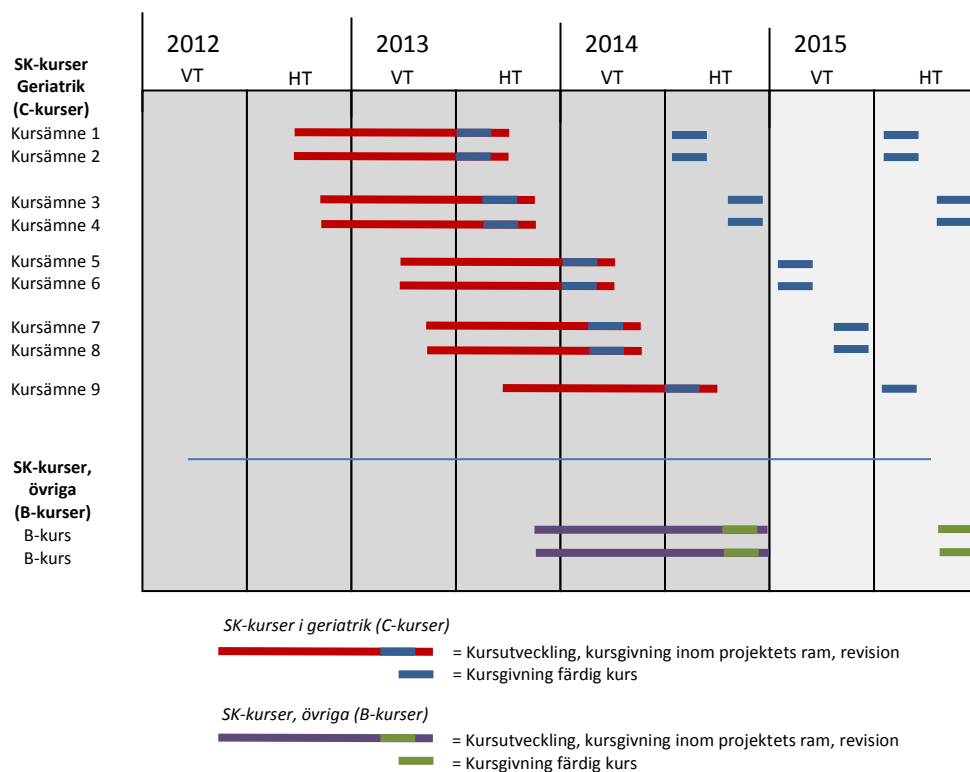
per kurs fortfarande är acceptabel.
Ta fram och precisera lärandemetoder anpassade till behoven.

- Steg 4** Fullfölja det kontinuerliga förankringsarbetet.
- Steg 5** Beräkna behovet av antalet kurser och antalet kursplatser för deltagare.
Ta fram upphandlingsunderlag och rekrytera kursgivare.
- Steg 6** Genomföra kurser och utbildningsaktiviteter.
- Steg 7** Utvärdering och revision efter en första kursgivning.

Tabell 2. Planeringen av SK-kurserna skall ske utifrån de hörnstenar som Svensk Geriatrisk Förening har identifierat i den geriatriska kunskapsmassan. Antalet kursämnen bör konsolideras till 9 st. Utöver detta kommer kurser avseende handledning, ledarskap mm.

Hörnsten	Bas	Delmål, tidpunkt	Fördjupning	Delmål, tidpunkt
Gerontologi	Den åldrande människan	1, T	Samhället och den åldrande människan	18, M
			Demografi, epidemiologi och vetenskapliga metoder	19, 20, T
Akut och allmän geriatrisk	Geriatrisk översiktscurs	2, 3, 4, T	MIF-dagarna (Malnutrition, Infektioner, Fall)	3, 4, S
	Akut geriatrisk	4, 8, 10, T		
	Äldre och läkemedel	5, M		
Demens-sjukdomar	Alzheimer och andra vanliga kognitiva sviktillstånd	2, 4, 8, M		
	Neurodegenerativa sjukdomar utöver Alzheimer	2, 4, 8, S		
SÄBO och andra öppna vårdformer	Vård i särskilda boenden	2, 3, 8, M		
	Äldrepsykiatri	3, 4, 8, M		
	Kroniska sjukdomstillstånd / Basal hemsjukvård / Kommunal vård	2, 3, 4, 8, 10, M		
Rehabilitering	Strokerehabilitering	6, 8, M		
	Frakturhabilitering och fall	6, 8, M		
Palliativ vård	Palliativ vård	7, M		

En kritisk faktor är tid för att samla olika expertgrupperingar. Erfarenhetsmässigt vet man att det är svårt att hitta gemensamma tider för grupper med högt expertinnehåll. Samtidigt är det viktigt att grupperna är brett sammansatta och att de har en legitimitet och ett mandat, så att den efterföljande förankringsprocessen underlättas. En översiktlig tidplan presenteras i Figur 1.



Figur 1. Planering av kursutveckling och kursgivning. Projekttiden omfattar 2012-2014. De beräknade 9 kursämnena för blivande geriatriker kan under denna tid utvecklas, ges som kurs inom projektets ram följt av utvärdering och revision. Fyra kursämnena kan under denna tid även ges en gång som helt färdiga SK-kurser. Från 2015 kan alla 9 kursämnena för blivande geriatriker ges som helt färdiga SK-kurser. För att bättre säkra kvaliteten på den samlade vården och omsorgen om de mest sjuka äldre kan projektet kompletteras med en andra fas, där en eller flera anpassade SK-kurser som riktar sig till flera specialiteter (B-kurser) tas fram. Se sidan 8.

Kostnadsberäkningarna grundar sig på en modern pedagogik, inkluderande en webb-baserad lärplattform för förberedelse, dokumentation och uppföljning/examination. Kostnadsberäkningarna har gjorts stegvis efter den beskrivna processen. Erfarenheter från kostnader i det sk METIS-projektet har också beaktats. Beräkningarna presenteras övergripande i tabell 3.

Tabell 3. Kostnadskalkyl för år 1-3 samt totalt.

	År 1	År 2	År 3	Totalt
	tkr	tkr	tkr	tkr
Projektanställningar	1 980	2 640	2 640	7 260
Resor för projektanställda utanför Stockholm	300	400	400	1 100
Styrgruppsmöten	200	200	200	600
Expertgruppsmöten	1 110	1 068	225	2 403
Kursgivning inom projektets ram	0	680	850	1 530
Utvärdering och revision		375	300	675
Kursgivning av färdiga SK-kurser under projekttiden	0	0	680	680
Förankringsarbete	100	100	100	300
IT (Lärplattform, licenser)	50	50	50	150
Direkta administrativa projektkostnader	200	250	200	650
IPULS gemensamma funktioner	785	1 158	1 143	3 087
Totalt	4 725	6 921	6 788	18 435

Framtagande av kompletterande SK-kurser riktade till flera specialiteter (B-kurser)

För att möta behovet av att säkra kvaliteten på den samlade vården och omsorgen för de mest sjuka äldre föreslås en andra projektfas, riktad till bredare målgrupper än geriatrik. Ett anpassat kursutbud kan ges som s k B-kurser som riktas till flera specialiteter. Syftet med dessa bör vara att öka den generella kunskapen om de mest sjuka äldre och att främja samspelet mellan olika vård- och omsorgsinrättningar och mellan olika huvudmän.

Projektets andra fas skulle kunna inledas i slutet av 2013 eller början av 2014 när övriga kursämnen har genomgått sina initiala kursutvecklingssteg. Målet för den andra fasen kan vara att ge riktade SK-kurser som B-kurser i samband med Medicinska Riksstämman i slutet av 2014, eftersom denna samlar bredare målgrupper. För att skapa intresse kan kursverksamheten då inledas med ett öppet symposium följt av en eller flera riktade B-kurser.

Kostnaderna för projektets andra fas består i tillkommande kostnader för kursutveckling, kursgivning och viss administration i enlighet med tabell 4.

Tabell 4. Kostnadskalkyl för framtagande av B-kurser riktade till flera specialiteter.

	År 1	År 2	År 3	Totalt
	tkr	tkr	tkr	tkr
Styrgruppsmöten	0	20	20	40
Expertgruppsmöten	0	390	150	540
Kursgivning inom projektets ram	0	0	340	340
Utvärdering och revision	0	0	150	150
Förankringsarbete	0	100	100	200
IT (Lärplattform, licenser, e-learning)	0	0	50	50

Direkta administrativa projektkostnader	0	50	50	100
IPULS gemensamma funktioner	0	118	181	298
Totalt	0	678	1 041	1 718

E-learningprogram

Ovanstående förslag till projektplan inkluderar kostnader för e-learning i form av en webbaserad lärplattform som komplement och stöd till kursmötet.

I satsningen på att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre genom att stärka specialistkompetenskurserna kan rena e-learningprogram också vara ett bra komplement, eftersom de ger möjlighet att snabbt och kostnadseffektivt nå breda målgrupper, där nivån av förkunskaper inte heller alltid kan förväntas vara lika hög som hos en geriatriker under specialistutbildning. Programmen lämpar sig särskilt väl som diskussionsunderlag till exempelvis etiska frågeställningar eller frågor om olika samverkansformer. E-learning passar också bra till ämnen av mer informativ karaktär eftersom de kan ge ett samlat och enhetligt budskap.

Eftersom satsningen på att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre engagerar flera målgrupper föreslås att ovan beskrivna B-kurser kompletteras med ett eller flera e-learningprogram

Kostnadsbedömning 1 000 – 3 000 tkr beroende på antal program som tas fram.

Stockholm 2012-01-04

Dag Salaj, Geriatriker
Svensk Geriatrisk Förening

Tel: 070-089 13 56
E-post: dag.salaj@gmail.com

Björn-Ove Ljung, MD PhD
VD, IPULS AB

Tel: 076-133 46 86
E-post: bjorn-ove.ljung@ipuls.se