

# Kompetensen måste höjas på särskilda boenden för äldre

För att kunna erbjuda bättre vårdkvalitet – och många gånger även bättre vård i livets slut – på särskilda boenden för äldre krävs satsningar på bland annat geriatrisk specialistkompetens bland vårdpersonalen och högre sjukskötersketätthet.

**ANNA-KARIN EDBERG**, leg sjuksköterska, professor, Högskolan, Kristianstad

sjuksköterska, universitetslektor, Hälsohögskolan, Jönköping  
erma@hhj.hj.se

**MARIE ERNSTH BRAVELL**, leg

Nästan alla artiklar inom äldreområdet inleds med fakta om att den åldrande befolkningen i framtiden kommer att ställa allt högre krav på vård och omsorg. Sanningen är att vi i Sverige redan nu är i en situation där vi inte har tillräckliga resurser för att ge den äldre befolkningen en vård och omsorg av hög kvalitet. En nödvändig strategi för att höja vårdkvaliteten är att höja kompetensen bland vårdpersonal [1, 2].

## Stor andel av äldre på särskilda boenden har kognitiv svikt

En av utmaningarna på särskilda boenden (säbo) är andelen personer med kognitiv svikt. I Sverige har ca 150 000 personer en diagnostiserad demenssjukdom. Utöver de personer som diagnostiserats med demenssjukdom och som oftast bor på speciella demensenheter, indikerar flera studier att ett relativt stort antal personer som bor på särskilda boenden, dvs inte speciella enheter, också har demensproblematik [3-5].

En faktor som försvårar omvårdnadens genomförande är just bristen på diagnostik av demenssjukdom, vilket belystes i tex en longitudinell studie med fokus på hälsa och läkemedel hos äldre, som inkluderade och följde 423 äldre personer (medelålder 84,8 år, SD = 7,27) på säbo i tre kommuner [5]. Ungefär två tredjedelar var kvinnor (n = 301), och de hade bott på säbo i genomsnitt i 2 år. Deltagarna undersöktes vid sammanlagt sex tillfällen, var 6:e månad mellan hösten 2008 och våren 2011.

Vid det första datainsamlingstillfället hade 176 deltagare (42 procent) en dokumenterad demensdiagnos. Av dessa hade 153 (87 procent) diagnosen ospecificerad demens (F03), 17 (10 procent) hade Alzheimers sjukdom (G30), 5 (<3 procent) hade vaskulär demens (F01) och en person hade demens vid sjukdom som klassificeras annorstädes (F028). Utöver de personer som hade en diagnostiserad demensdiagnos hade 247 personer (58 procent) en kognitiv nedsättning enligt MMSE (Mini-mental state examination). Medelvärde på MMSE för deltagare som inte hade en demensdiagnos var 20. Av dessa hade 173 (70 procent) 23 poäng eller mindre, och mer än hälften (52 procent) hade under 20 poäng på MMSE.

De longitudinella analyserna visade också att deltagarna försämrades signifikant avseende kognitiv förmåga över tid ( $P < 0,001$ ); framför allt sågs signifikanta skillnader i MMSE relaterat till mortalitet ( $P < 0,001$ ) [6].

Eftersom symtom, behandling och omvårdnad skiljer sig åt mellan olika demenssjukdomar, är det viktigt att diagnostise-

»En av utmaningarna på särskilda boenden (säbo) är andelen personer med kognitiv svikt.«

ra även äldre personer med kognitiv svikt, eftersom denna kunskap behövs som grund för god vård och omsorg. Personer med kognitiv svikt utan dokumenterad diagnos har i de flesta kommuner inte heller tillgång till plats på speciella demensenheter, vilket sätter ytterligare press på den personal som ska planera och ge omvårdnad till personer med och utan kognitiv svikt samtidigt.

Sverige är i dag bland de länder som ligger främst när det gäller omvårdnadsforskning och kunskap om vård och omsorg till personer med demenssjukdom, men organisatoriska och resursmässiga hinder gör att personalen i alltför begränsad omfattning kan omsätta dessa kunskaper i praktiken.

## Risk att kognitiva läkemedelsbiverkningar misstolkas

Ett annat viktigt område som relaterar till kognitiv svikt är läkemedelsbehandling. Det är i dag väl känt att äldre personer är känsliga för läkemedelsbiverkningar, och då inte minst kognitiva biverkningar. Personer med demenssjukdom och/eller kognitiv svikt är ofta särskilt läkemedelskänsliga, med ökad risk för pålagrad konfusion eller beteendemässiga symptom vid olämplig medicinering.

Det finns en överhängande risk att kognitiva biverkningar av olämpliga läkemedel kan misstolkas som försämring av demenssjukdom och därför inte uppmärksammas tillräckligt. Detta har allvarliga konsekvenser såväl för den enskilde individens livskvalitet som för den omvårdnad som ges.

I en pågående studie finns indikationer på begränsade kunskaper om riskerna med läkemedelsbehandling hos äldre, och framför allt hos personer med demenssjukdom [opubl data]. Den pågående studien indikerar också att vårdpersonalen sällan använder andra behandlingsmetoder som massage och beröring vid exempelvis oro eller smärta, trots att dessa metoder har utvärderats positivt och inte har några kända biverkningar [7].

## Äldres vårdbehov är komplexa

Ytterligare utmaningar i omvårdnadsarbetet är den ökade risken för fall, malnutrition och trycksår. Äldre personer på säbo drabbas av fall minst tre gånger så ofta som äldre i ordinarie boende, och de drabbas av frakturer i högre grad än i andra miljöer [8]. Flertalet undersökningar visar också att risken för malnutrition är överhängande hos äldre personer i särskilda boendeformer [9]. Även om det har skett förbättringar det

## SAMMANFATTAT

**Personer som bor** och vårdas på särskilt boende (säbo) har omfattande omvårdnadsbehov och ofta nedsatt kognitiv funktion, de är ofta multisjuka och har många olika läkemedel samtidigt.

**Om en god vårdkvalitet** ska kunna garanteras, måste kompetensen bland vårdpersonalen höjas,

framför allt avseende specifik geriatrisk kompetens.

**En betydande andel** av de äldre som bor och vårdas på säbo avlider också där, trots att förutsättningarna för att ge en god palliativ vård vid livets slut är begränsade.

senaste decenniet, kvarstår mycket arbete. Malnutrition har även samband med risken för att drabbas av trycksår. Även om förekomsten av trycksår har minskat, är de personer som ådrar sig trycksår till allra största delen äldre, och många vårdas på säbo [10].

I dag bedöms främst riskerna för enstaka faktorer: risk att drabbas av malnutrition bedöms ofta med Mini nutritional assessment, risk för trycksår med den modifierande Norton-skalan och risk för fall med Downton fall risk index. Eftersom dessa tillstånd ofta är relaterade till varandra, krävs emellertid en bedömning av individens hela situation. Komplexiteten av förekomsten av flera olika risktillstånd kräver således hög kompetens hos omvårdnadspersonalen.

En stor andel av deltagarna i vår tidigare beskrivna studie bedömdes redan vid första undersökningstillfället ha risk för såväl fall (93 procent) och malnutrition (60 procent) som trycksår (33 procent), och de uppvisade också signifikant högre risk för trycksår och malnutrition över tid [6]. Studien visade också att de faktorer som främst påverkar vårdtyngden på säbo var ålder, BMI, fysisk aktivitet, psykiskt/kognitiv status, inkontinens, viktförlust och tidigare kända fall samt pulstryck. Antal sjukdomar och antal läkemedel visade däremot inte några signifikanta samband med vårdtyngd, mätt med SNAC PADL-index (Swedish national study on aging and care – personal ADL).

Resultaten visar på komplexiteten i den situation som de äldre på säbo har, framför allt i livets slutskede, vilket ställer stora krav på kvalificerad kompetens hos den personal som arbetar där.

### Många slutar sina dagar på säbo

Redan i dag är mer än hälften (60 procent) av Sveriges befolkning över 80 år när de avlider. Äldre personer som vårdas i livets slutskede får dock i mindre utsträckning än yngre tillgång till palliativ vård [11]. I stället sker merparten av vården i livets slutskede för äldre personer på säbo, som oftast har bristfälliga resurser för denna typ av vård [11, 12].

En svensk longitudinell studie har bl a undersökt var de allra äldsta bodde och vårdades den sista tiden i livet samt var de slutligen avled [12]. Studien omfattade 157 personer – 86, 90 eller 94 år vid inklusion – som undersöktes vid tre tillfällen med 2 års mellanrum. Under studiens gång avled 109 av deltagarna. Vården den sista tiden i livet följdes genom att de äldres anhöriga (n=102) intervjuades ca 1 månad efter den äldres död i syfte att få en bild av vården den sista tiden i livet hos ett urval av de allra äldsta. Resultaten visade att en majoritet av dem vårdades och avled på säbo (75 procent) eller på sjukhus (20 procent). En mycket liten andel vårdades och avled i sitt ordinarie hem (5 procent) [12].

Flera studier visar att äldre personer inom kommunal vård och omsorg har hög sjukvårdskonsumtion under det sista året i livet, såväl sjukhusvård som primärvård. De sista 2 veckorna i livet ökar antalet inläggningar på sjukhus dramatiskt för dem som bor på säbo, och en betydande andel avlider slutligen på sjukhus [13], trots att intentionen från samhället är att man ska kunna få vård och omsorg vid livets slut i sin hemmiljö oberoende av var man bor.

En av orsakerna kan vara bristen på geriatrisk specialistkompetens och en relativt låg sjukskötersketäthet. Exempelvis har mindre än 2 procent av de sjuksköterskor som arbetar

med vård av äldre specialistutbildning inom området. Något fler har gått utbildningen till distriktssköterskor, vilken kan ha inslag av gerontologi och geriatrik [1, 2]. Det är inte ovanligt att dessa sjuksköterskor står ensamma med svåra beslut, speciellt under kvällar och nätter [14]. Sjuksköterskor i kommunal vård och omsorg beskriver även att de känner att de har en bristande legitimitet i kontakterna med primärvård och sjukhus, men även inom den egna organisationen, där hälso- och sjukvårdsfrågor inte prioriteras [14]. Detta trots att de undersökta kommunerna har haft ansvar för hemsjukvården sedan Ädelreformens införande.

### De flesta är i palliativt skede redan vid inflyttningen

Några av de viktigaste aspekterna i den palliativa vården är lindring av symtom (såväl fysiska som psykiska som existentiella), teamarbete och fokus på relationen med den äldre och hans/hennes närstående [15]. Med tanke på att de flesta personer som flyttar in på säbo redan vid inflyttningen är svårt sjuka och per definition är i ett palliativt skede, är det värt att diskutera om ett palliativt förhållningssätt inte borde genomgå alla vård och omsorg på säbo [16].

Men det är inte helt enkelt att överföra den palliativa vårdfilosofin såsom den har utvecklats inom hospicerörelsen till säbo, eftersom äldres döende och död skiljer sig från yngres och förutsättningarna inom kommunal vård kraftigt skiljer sig från vård på sjukhus och palliativa enheter. Exempelvis har äldre personer ofta flera progredierande sjukdomar samtidigt, och det är svårt att identifiera en sk brytpunkt för palliativ vård.

Dessutom beskriver omsorgspersonal att det är svårt att fokusera på, och prioritera, relationsmässiga aspekter i en »värld där görande är i fokus« [17], trots att äldre personer som intervjuats vid livets slut själva lyfter fram vikten av att få möjlighet att prata om döden och döendet och kunna »göra bokslut« [18].

Det finns alltså dessvärre begränsade möjligheter att bedriva en personcentrerad vård och omsorg, något som enligt exempelvis de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ska ha högsta prioritet [19]. Flera samverkande faktorer bidrar således till att äldre personer på säbo riskerar att inte få den palliativa vård som de är berättigade till.

### Kompetens och personaltäthet bör prioriteras redan nu

En stor andel av de äldre på säbo har redan i dag en kognitiv nedsättning och komplexa vårdbehov och är i stort behov av palliativ vård under den sista tiden i livet. Detta ställer höga krav på den personal som arbetar där, inte minst på vårdbiträden och sjuksköterskor. De kanske viktigaste aspekterna av vårdkvalitet – personalens kompetens och tillräcklig personaltäthet – behöver fokuseras och prioriteras redan nu.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

»Det finns alltså dessvärre begränsade möjligheter att bedriva en personcentrerad vård och omsorg...«

## SUMMARY

Sweden of today demonstrates insufficient resources to provide the elderly population with health care of high quality. One of the weaknesses is the lack of geriatric competence and training, which may have serious implications for quality of care since the elderly individuals that currently live in nursing homes often: 1) suffer from multimorbidity and polypharmacy, 2) suffer from complex and extensive need of care and service, 3) often demonstrate cognitive impairments and 4) are in need of palliative care or end of life care.

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-3-34>
2. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-5>
3. Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga; oktober 2003. Stockholm: Socialdepartementet; 2003. Rapport 2003:47. <http://www.regeringen.se/content/1/c4/04/21/52153fad.pdf>
4. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-32>
5. Ernsth Bravell M, Westerlind B, Midlöv P, et al. How to assess frailty and the need for care? Report from the Study of Health and Drugs in the Elderly (SHADES) in community dwellings in Sweden. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53:40-5.
6. Ernsth Bravell M, Westerlind B, Midlöv P, et al. Frail or frailer? A longitudinal study of elderly individuals in nursing homes in Sweden. 21:e Nordiska kongressen i gerontologi, Köpenhamn, Danmark, 10–13 juni, 2012.
7. Harris M, Richards KC. The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *J Clin Nurs.* 2010;19:917-26.
8. SKL. Fallskador bland äldre – en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2009.
9. Westergren A. Vikten av mat för vikten, hälsan och välbefinnandet. *Nordisk Geriatrik.* 2009;5:32-9.
10. SKL. Förekomst av trycksår kartlagd. Sveriges Kommuner och landsting; 2013 [citerat 19 maj 2013]. [http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/nyheter-2011/forekomst-av-trycksar-kartlagd](http://www.skl.se/press/nyheter_2/nyheter-2011/forekomst-av-trycksar-kartlagd)
11. Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utveckling i kommun och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-103-8>
12. Ernsth Bravell M, Malmberg B, Berg S. End-of-life care in the oldest old. *Palliat Support Care.* 2010;8:335-44.
13. Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year in life. *Aging Clin Exp Res.* 2007;19:228-39.
14. Törnquist A, Andersson M, Edberg AK. In search of legitimacy – registered nurses experience of providing palliative care in a municipal context. *Scand J Caring Sci.* 2013;27(3):651-8.
15. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-17>
16. Hallberg IR. Palliative care as a framework for older peoples' long-term care. *Int J Palliat Nurs.* 2006;12:224-9.
17. Beck I, Törnquist A, Broström L, et al. Having to focus on doing rather than being. Nurse assistants experience of palliative care in municipal residential care. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:455-64.
18. Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: A qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45:818-28.
19. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.