

Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre?

En utvärdering av Kompetensstegen

Artikelnr 2009-126-179

Förord

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbetet (IMS) vid Socialstyrelsen har bland annat i uppdrag att utveckla standardiserade bedömningsmetoder samt sprida kunskap om dessa och om evidensbaserade behandlingsmetoder.

År 2007 fick IMS regeringens uppdrag att utvärdera Kompetensstegen, som var en treårig nationell satsning (2006-2008) för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre (Dnr S2007/519/ST). Uppdraget har varit att i första hand utvärdera effekten av Kompetensstegen och dess betydelse för de äldre. Utvärderingen innehåller resultat från sex empiriska studier. Utöver dem har även en systematisk kartläggning av den vetenskapliga litteraturen initierats, som behandlar utbildning inom äldreomsorg. Denna kartläggning utgör ett underlag för IMS fortsatta kunskapsarbete med äldre.

Britt Mari Hellner vid IMS ansvarade för utvärderingen till och med februari 2008 då hon gick i pension. Därefter har arbetet letts av *Elizabeth Åhsberg*, IMS, som även ansvarat för delstudien om fallprevention. Ansvariga för de övriga delstudierna har varit *Katrin Östman*, IMS (handläggning och dokumentation), *Johan Fastbom*, Socialstyrelsen (läkemedel), *Gunilla Nordenram*, Karolinska Institutet (munhälsa), samt *Lars Sonde*, Äldrecentrum (demens). Samtliga tackas för sitt värdefulla arbete.

Värdefulla synpunkter på detta manuskript har lämnats av *Mats Thorslund*, Karolinska Institutet, *Niklas Bjurström*, *Ulla Höjgård* och *Christer Neleryd* vid Socialstyrelsen, samt *Annika Eriksson*, *Gunilla Fahlström* och *Catrine Kaunitz* vid IMS. *Synnöve Ljunggren*, IMS, har svarat för språkgranskning. Under projektiden har värdefulla synpunkter lämnats även av *Paul Rogowski* och *Margareta Hedlund*, Malmö stad, *Lillemor Lundin-Olsson*, Umeå universitet, *Elisabeth Rydwick*, FoU Äldre Norr, *Anders Bergh*, Socialstyrelsen, samt *Christina Ericson*, *Malin Hultman*, *Per Arne Håkansson*, *Ulla Jergeby*, *Maria Roselius* och *Kerstin Söderholm Carpelan*, samtliga vid IMS.

Stockholm den 15 juni 2009

Bengt Westerberg
Ordförande i IMS styrelse

Knut Sundell
Chef för IMS

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Inledning</i>	7
Kompetensstegen	7
Uppdraget till IMS	8
Syfte	9
Personal i äldreomsorgen	9
Utbildning i äldreomsorgen	10
<i>Handläggning</i>	12
Metod	12
Resultat	13
<i>Dokumentation</i>	17
Metod	18
Resultat	18
<i>Läkemedel</i>	21
Metod	22
Resultat	22
<i>Munhälsa</i>	27
Metod	28
Resultat	28
<i>Fallskadeprevention</i>	31
Metod	32
Resultat	32
<i>Demens</i>	36
Metod	36
Resultat	37
<i>Summering</i>	41
<i>Diskussion</i>	42
Sammanfattning av resultaten	42
Resultatens tillförlitlighet	42
Kompetensutveckling är inte bara undervisning	43
Att utvärdera statliga satsningar	44
Mot en evidensbaserad äldreomsorg	44
<i>Referenser</i>	46

Sammanfattning

Kompetensstegen var en treårig nationell satsning (2006–2008) för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Genom olika aktiviteter skulle personalens kompetens öka och därmed skulle också den äldre gynnas. År 2007 gav Socialdepartementet IMS i uppdrag att utvärdera effekten av Kompetensstegen och dess betydelse för de äldre.

I Kompetensstegen ingick ett mycket stort antal projekt med olika form och innehåll. I samråd med Kompetensstegens kansli har utvärderingen därför avgränsats till att belysa sex kunskapsområden. Det innebär att denna utvärdering endast avser delar av det arbete som genomförts inom ramen för Kompetensstegen. De studerade områdena var handläggning, dokumentation, läkemedel, munhälsa, fallskadeprevention samt demens. Olika metoder har använts för datainsamling i dessa empiriska studier. Valet av utfallsmått styrdes av vad som var relevant för respektive område och vad som bedömdes som genomförbart under de givna förutsättningarna.

Resultatet talar för att Kompetensstegen haft betydelse för personalens kunskaper och färdigheter i tre av sex studerade områden: Personal som utbildats i fallskadeprevention fick ökade kunskaper i ämnet. Personal som utbildats i munhälsa rapporterade att nya rutiner introducerats på arbetet samt att deras uppmärksamhet på munhälsa var större efter utbildningen. Dessutom visades i en vinjettstudie att biståndshandläggare tenderade att oftare bevilja ansökningar om äldreomsorg efter utbildning. Här fanns dock samtidigt en bristande samstämmighet i vilka beslut handläggarna fattade, oavsett om de deltagit i utbildning eller ej.

Däremot gick det inte att avläsa någon effekt av utbildning för antalet tillsynsären den där Länsstyrelserna riktat kritik mot den sociala dokumentationen. Under den tid som Kompetensstegen pågick minskade kritiken både till kommuner som utbildat respektive inte utbildat sin personal inom Kompetensstegen. Samma resultat gäller den något förbättrade läkemedelsanvändningen bland sköra äldre (80 år eller äldre).

Utöver detta visar resultatet att aktiviteterna inom demensområdet varit omfattande, men inga effekter är studerade.

Inte för något av de studerade områdena har utvärderingen kunnat belägga att Kompetensstegen haft någon omedelbar betydelse för de äldre. Det är möjligt att resultatet skulle vara annorlunda med en längre uppföljningstid. Det finns till exempel indikationer på att antalet allvarliga fallskador minskade under Kompetensstegens sista år i de kommuner där personalen utbildats i fallskadeprevention.

Utvärderingen har styrts av två viktiga omständigheter. Den första är att uppdraget gavs först efter det att Kompetensstegen pågått i ett år. Detta har påverkat möjligheten att få förmättningsdata, vilket i sin tur försvårar tolkningen av utbildningens effekter. Den andra viktiga omständigheten är att uppföljningstiden var begränsad, vilket gör några av resultaten preliminära.

Vissa mätbara effekter av satsningen kan inte fångas förrän efter ett par år, då registerdata finns tillgängliga. Därför, och med tanke på de relativt små urvalen i flera av delstudierna, bör resultaten tolkas med försiktighet.

Utöver detta finns det flera möjliga förklaringar till att det inte gått att avläsa tydligare effekter av Kompetensstegen. Bland annat har forskning visat att det inte finns någon automatisk koppling mellan undervisning, förbättrade kunskaper och ändrat arbetssätt. Utbildningar bör innehålla praktiska övningar (och inte enbart teori) och någon form av varaktig handledning. I Kompetensstegen har ett flertal olika utbildningsmetoder använts, där praktik och handledning i vissa fall funnits med. Dessutom förutsätter ett lyckat förändringsarbete ofta mer än utbildning. Det förefaller exempelvis viktigt att initialt undersöka vilka behov som finns och hur förutsättningarna för förändring ser ut. Dessutom tycks det vara betydelsefullt att det finns ett tydligt ledarskap.

Inledning

Kompetensstegen

Kompetensstegen (S 2004:10) var en treårig (2005–2007) nationell satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Totalt har drygt en miljard kronor avsatts, vilka har fördelats till kommunerna av Kompetensstegens kansli vid Socialdepartementet vid fem ansökningstillfällen. Medlen disponerades under 2006–2008. Utöver detta har kommunerna själva avsatt cirka en miljard kronor, främst för kostnaden för vikarier. Under 2006 fanns ett arbetsmarknadspolitiskt program, där kommunerna kunde få medel för utbildningsvikariat. Denna möjlighet var förbunden med vissa villkor (t.ex. att vikarierna måste ha varit arbetslösa minst en månad) och gavs enbart under det första av Kompetensstegens tre år.

Det övergripande syftet med Kompetensstegen var att förbättra kvaliteten i svensk vård och omsorg om de äldre. Detta skulle ske genom att:

- Uppmuntra till ökat kvalitetsarbete genom kompetensutveckling av personalen.
- Stödja kommunernas långsiktiga arbete med att skapa hållbara system för verksamhetsnära kompetensutveckling.
- Genom s.k. utbildningsvikariat minska arbetslöshet och höja kompetensen genom grundutbildning för omvårdnadspersonal.

Det särskilda i denna satsning var att den har utgått från kommunernas egna behov när det gällde valet av vilka kunskapsområden som utvecklingsarbetet skulle gälla. Den statliga styrningen har enbart gällt formerna för lärandet, där långsiktighet skulle främjas och där aktiviteterna skulle ha en verksamhetsnära karaktär.

Enligt kommunernas ansökningar planerades totalt 1 775 projekt inom ramen för Kompetensstegen. Enligt anvisningarna skulle en ”verksamhetsnära kompetensutveckling” bedrivas i utbildningarna/aktiviteterna. Det har definierats som att utbildning skulle ske ”i nära anslutning till arbetsplatsen” och ”utgå från såväl verksamhetens behov som den enskilda individens förutsättningar och behov”. Vidare skulle aktiviteterna bygga på korta utbildningsmoduler (Regeringskansliet, 2007).

De *kunskapsområden* som kommunerna valt att satsa på har av Kompetensstegens kansli klassificerats i 33 olika grupper. De stora områdena var: bemötande, demensvård, förebyggande insatser, läkarmedverkan, läkemedelsbehandling, mat för äldre, rehabilitering, socialt innehåll, anhörigstöd och vård i livets slutskede.

De *metoder* som kommunerna angett för kvalitets- och kompetensutvecklingen har av Kompetensstegens kansli klassificerats i 18 olika grupper. Dessa metoder har inte helt entydiga gränser, men ger en bild av de många

olika former som kommunerna valde för att genomföra utbildningarna eller aktiviteterna. Samtliga metoder uppgavs i ansökningarna vara arbetsplatsnära, vilket i huvudsak innebar att man utgått från arbetsplatsens verksamhet.

Flertalet av landets kommuner, 287 av 290, har deltagit i Kompetensstegen. Många kommuner har sökt medel för projekt inom flera olika kunskapsområden. Stora kommuner har avsatt särskilda resurser för att sköta ansökningar och aktiviteter i Kompetensstegen. Små kommuner har inte haft samma möjligheter, men har i många fall i stället gått samman och fått stöd av lokala FoU-enheter.

Denna satsning följs främst upp genom att kommunerna har ett ansvar för att lämna en ekonomisk redovisning och en viss verksamhetsbeskrivning till Kompetensstegens Kansli. Dessutom har Socialdepartementet lagt ut två uppdrag; det ena gick till Statskontoret och innebar att utvärdera organisationen av Kompetensstegen med avseende på beslutsordning, ärendehantering och utbetalning av medel. Det andra uppdraget gick till IMS på Socialstyrelsen och innebar att utvärdera Kompetensstegens effekter på äldreomsorgens kvalitet, dvs. dess betydelse för de äldre.

Uppdraget till IMS

Det övergripande syftet med uppdraget var att utvärdera Kompetensstegens effekter på äldreomsorgens kvalitet. Detta formulerades initialt som tre frågor: (1) Vilken typ av utbildningsmetoder visar sig leda till positiva resultat på insatsernas kvalitet? (2) Inom vilka kunskapsområden har Kompetensstegen bidragit till att förbättra äldreomsorgens kvalitet? (3) Har kommunerna med hjälp av Kompetensstegen lyckats bygga upp långsiktiga system för kompetensutveckling?

Det stora antalet projekt med olika form och innehåll som ingått i Kompetensstegen, innebar att utvärderingen inte kunde omfatta hela det arbete som kommunerna genomfört. Kompetensstegens kansli och IMS beslutade i samråd att avgränsa utvärderingen till att belysa ett mindre antal kunskapsområden. Initialt valdes områden som kan anses som särskilt viktiga, eftersom många kommuner hade sökt pengar till aktiviteter inom dessa områden. Det gäller demens, bemötande, dokumentation och rehabilitering. Andra områden valdes eftersom de är tydliga förbättringsområden där konkreta utfallsmått kan identifieras. Dit hör fallskadeprevention, läkemedel och munhälsa. Därefter gjordes ytterligare ett urval utifrån vad som var praktiskt genomförbart med de resurser som utvärderingen fick ta i anspråk. Detta innebar att några av de stora, och för äldreomsorgen viktiga områdena, inte kom att ingå i denna utvärdering. Utvärderingen omfattar därför följande kunskapsområden: (1) handläggning, (2) dokumentation, (3) läkemedel, (4) munhälsa (5) fallskadeprevention och (6) demens.

En särskild svårighet var att de flesta utbildningar redan hade påbörjats när utvärderingen startade i början av 2007. Det har därför inte varit möjligt att jämföra personalens kunskaper, liksom inte heller de äldres omdömen om äldreomsorgens kvalitet, före och efter Kompetensstegen. Ett undantag finns dock, se området Fallskadeprevention nedan. För tre av områdena (dokumentation, läkemedel, fallskadeprevention) fanns dessutom registerdata från år 2005. Detta kan i dessa fall betraktas som en förmätning, då Kom-

petensstegen i praktiken startade 2006. En annan svårighet var den korta tid som gavs för att genomföra utvärderingen. Vissa mätbara effekter av satsningen kan inte fångas förrän efter ett par år, då registerdata finns tillgängliga.

Som nämnts ovan formulerades initialt tre frågor. Det åligger kommunerna att redovisa i vilken mån de lyckats bygga upp långsiktiga system för kompetensutveckling i slutrapporteringen till Socialdepartementet. IMS har därför i huvudsak fokuserat på de två frågor som rör vilka metoder och kunskapsområden som varit framgångsrika inom Kompetensstegen.

Syfte

Initialt var det övergripande syftet med denna utvärdering att studera effekterna av Kompetensstegen för de äldre. I samråd med Kompetensstegens kansli avgränsades uppdraget till att belysa ett urval av kunskapsområden. Varje område har sina specifika frågor. De konkreta frågorna för de skilda delstudierna fokuserade därför på det som bedömdes vara mest relevant och samtidigt möjligt att besvara mot bakgrund av de givna förutsättningarna för utvärderingen. Frågeställningarna för respektive delstudie var följande:

- Har utbildning i *biståndshandläggning* någon betydelse för samstämmigheten i beslut om bistånd?
- Har utbildning i *social dokumentation* någon betydelse för antalet tillsynsärenden där kritik riktats till kommunerna?
- Har utbildning om *läkemedel* någon betydelse för omfattningen och kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning?
- Har utbildning i *munhälsa* någon betydelse för personalens attityder till munvård och rutiner i arbetet?
- Har utbildning i *fallskadeprevention* någon betydelse för personalens kunskapsnivå och antalet allvarliga fallskador bland äldre?

Utöver detta genomfördes en kartläggning av utbildningen inom *demensområdet*, där omfattningen och den pedagogiska ansatsen beskrivs.

Personal i äldreomsorgen

Den svenska äldreomsorgen bedrivs i huvudsak på särskilda boenden, i hemtjänsten och i hemsjukvården. I juni 2008 hade 247 100 personer, 65 år eller äldre, ett beviljat bistånd på antingen hemtjänst eller plats i särskilt boende. Det betyder att cirka 15 % av de äldre i Sverige fick hjälp av den offentliga äldreomsorgen. Flertalet av dessa var 80 år eller äldre, närmare bestämt hade cirka 38 % av de äldsta fått hemtjänst eller särskilt boende beviljat (Socialstyrelsen, 2009c).

År 2007 var närmare 232 800 personer anställda inom äldreomsorgens olika verksamhetsområden. Antalet anställda har minskat sedan 2002, då 248 900 var anställda. Antalet platser i särskilda boenden, där det vanligtvis är bemanning dygnet runt, har också fortsatt att minska. Minskningen uppskattas till 20 % sedan år 2000 (Socialstyrelsen, 2009b). En majoritet av de

anställda var undersköterskor och vårdbiträden. Det har tidigare visats att en stor andel av denna grupp saknar formell utbildning i vård eller omsorg (Socialstyrelsen, 2006). Andelen högskoleutbildade (sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, vissa arbetsledare samt biståndshandläggare) har dock ökat under de senaste åren och 2007 utgjorde de cirka 15 % av de anställda. De flesta anställda var kvinnor, huvudsakligen inom kommunernas särskilda boenden och hemtjänsten. Sedan år 1995 har andelen utrikes födda bland anställda i äldreomsorgen ökat från drygt 9 % till drygt 13 %. Dessutom lägger allt fler kommuner ut verksamheter på enskilda utförare. Av det arbete som bedrivs inom hemtjänst och särskilt boende utfördes i genomsnitt drygt 11 % av en enskild utförare år 2007.

Många av dem som arbetar i äldreomsorgen kommer att gå i pension inom de närmaste åren. För att möta det framtida behovet av personalförsörjning och bättre kvalitet inom verksamheterna satsar kommunerna både på förbättring av arbetsmiljön och på kompetensutveckling på arbetsplatsen, bl.a. med stöd av just Kompetensstegen. Utbildad, erfaren och kompetent personal är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda en verksamhet med hög kvalitet, vilket också betonats i en statlig offentlig utredning (SOU, 2008).

Utbildning i äldreomsorgen

Ett vanligt antagande är att personalutbildning förbättrar vård- och omsorgskvaliteten för brukarna, men det finns liten kunskap om vilken typ av utbildning som har effekt och i vilket sammanhang. Det saknas en samlad bild av hur personalens kompetens påverkar insatsernas kvalitet inom äldreomsorgen. Ofta stannar utvärderingar av personalutbildning vid frågan vad personalen tyckte om utbildningen.

I en litteraturöversikt som granskar effekten av fortbildning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (O'Brien et al., 2001) är slutsatsen att enbart katederundervisning, föreläsningar eller skriftlig information inte leder till att personalen förändrar sitt arbetssätt. Däremot kan man se en måttlig effekt av utbildning som är upplagd som interaktiva seminarier eller workshops. Liknande resultat finns i en kunskapsöversikt över implementering av ny kunskap inom välfärdsområdet (Fixsen et al., 2005). Här redovisas bl.a. en metaanalys (Joyce & Showers, 1995) som granskat effekten av fortbildning för lärare. Enbart föreläsningar och diskussioner gav inget resultat. Lade man till praktiska övningar och respons från handledare ökade lärarnas kunskaper och färdigheter, men det var först när lärarna också fick handledning i klassrummet som de började använda sina nya kunskaper i undervisningen. Även andra litteraturöversikter har visat att utbildning av personal ger effekt, t.ex. på kunskaper och färdigheter, men att arbetssätt och attityder inte alltid förändras (Aylward et al., 2003; Kaasalainen, 2002; Kuske et al., 2007; McCabe, Davison, & George, 2007; Pearson & Chalmers, 2004). En gemensam nämnare för dessa litteraturöversikter är att de framhåller hur viktigt det är att personalutbildning inte begränsas till enbart kunskapsförmedling genom föreläsningar och lektioner. Om nyförvärvade kunskaper ska komma till användning i praktiken och leda till att de äldre faktiskt får bättre vård och omsorg krävs något mer, t.ex. handledning, konsultation och

praktisk övning. Pearson & Chalmers (2004) beskriver på ett enkelt sätt hur viktigt det är att den teoretiska undervisningen följs upp med praktiska övningar när det gäller munvård för personer med demens. De menar att vårdpersonal i allmänhet förstår hur viktigt det är för vårdtagarna med munvård, men att det är svårt att genomföra den och att personalen därför behöver stöd och handledning kontinuerligt. Sammanfattningsvis framhåller den vetenskapliga litteraturen betydelsen av att personalutbildning inte begränsas till enbart kunskapsförmedling. Om nyförvärvade kunskaper ska komma till användning i praktiken och leda till att de äldre faktiskt får bättre vård och omsorg krävs något utöver ren kunskapsförmedling.

Det finns svenska exempel på att utbildning, kompletterad med handledning, lett till en bättre kvalitet på omvårdnaden. Personalen vid en sjukhemsavdelning för demenssjuka fick dels utbildning om demenssjukdomar och demensvård, dels kontinuerlig handledning. Patienterna på avdelningen, samt en kontrollgrupp från ett annat sjukhem, genomgick undersökningar före utbildningen och tre månader därefter. Resultaten visade att patienterna på interventionsavdelningen förbättrats i flera avseenden. De hade bättre motorik, mindre depressiva symtom, var mer psykiskt närvarande och mindre förvirrade. Laboratorieprover visade att ämnet somatostatin, som är viktigt för hjärnan, hade ökat. I kontrollgruppen såg man inga sådana förbättringar (Bråne et al., 1989). Men, det finns också svenska exempel på att ökade kunskaper hos personalen inte alltid leder till bättre kvalitet på omvårdnaden. I en studie fick äldreomsorgspersonal utbildning i tandvård och munhälsa för äldre. Trots att personalens kunskaper inom området ökade avsevärt, fick inte de äldre mer hjälp med sin munvård. Orsaken var, enligt personalen, både tidsbrist och obehagskänslor hos personalen; de upplevde uppgiften som fränstötande (Jonsson & Wård, 2007; Wårdh, 2002).

Den allra största delen av insatserna inom äldreomsorgen utförs av vårdbiträden och undersköterskor, vilka oftast har en kort teoretisk utbildning. Det är dessa personalgrupper som arbetar närmast de äldre och har den dagliga kontakten med dem. Det är därför naturligt att man ser personalutbildning som ett redskap när man vill höja personalens kompetens för att få bättre kvalitet på verksamheten. Nationella satsningar på utbildning av vård- och omsorgspersonal har förekommit vid flera tillfällen i vårt land sedan början av 1990-talet. Inför Ädelreformen fick kommunerna utbildningsbidrag som dimensionerades i relation till antalet äldre invånare. Bidraget skulle användas till att öka personalens kompetens. Därefter fortsatte andra satsningar inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, som initierades i slutet av 1990-talet (Socialstyrelsen, 2001). Nio myndigheter har tillsammans presenterat en handlingsplan för kompetensförsörjning inom äldre- och handikappomsorg (Socialstyrelsen 2004). Även i denna betonades hur viktigt det är att ge personalen högre kompetens och bättre utvecklingsmöjligheter.

I nästa avsnitt följer en redovisning av de områden som ingått i denna utvärdering.

Handläggning

Biståndshandläggning är en central uppgift i äldreomsorgen, som ytterst handlar om en fördelning av äldreomsorgens resurser. Begreppet handläggning avser här ansökan, utredning, bedömning och beslutsfattande i ett socialt ärende (Carlsson & Nilsson, 2008). Enligt Socialtjänstlagen ska behovsbedömning ske genom individuell prövning, där den enskildes behov och situation ska vara avgörande. I Socialtjänstlagen, 5 kap. 4 §, anges bl.a. att lagens målsättningar kräver insatser som rör boende, hemtjänst, och uppsökande verksamhet. Där anges inte vilka kriterier som ska gälla för att dessa insatser ska beviljas. Det är inte heller reglerat i socialtjänstlagen hur biståndsbeslut ska utformas. Följden har blivit att det finns kommunala variationer i beslutens detaljeringsgrad. En del kommuner lämnar betydande frihet till utförarna genom att endast besluta om antal timmar eller servicenivå, medan andra fattar beslut som innefattar såväl vad som ska göras som tidsåtgång och hur insatsen ska utföras.

I flertalet kommuner fattar biståndshandläggare beslut i biståndsärenden på delegation av en socialnämnd. Den enskildes behov ska ställas mot vad som kan anses vara skäligt, lämpligt och kostnadseffektivt. I biståndshandläggarens arbete ingår därför att bedöma om den enskildes behov berättigar till en insats enligt fastställda kommunala riktlinjer. Kommunen har också rätt att väga in vilka möjligheter den enskilde har att få hjälp på annat sätt än genom socialtjänsten. Länsstyrelserna har visat att det förekommer att handläggare inte dokumenterar de ursprungliga önskemålen, att ansökningar om socialt bistånd formuleras så att de i hög grad överensstämmer med lokala riktlinjer samt att handläggare informerar de äldre om vilka kommunala riktlinjer som gäller (Socialstyrelsen, 2008c). Det är den enskilde individen som formellt sett är initiativtagare till en ansökan om äldreomsorg och det är dennes behov som ska vara utgångspunkt för vad som beviljas, snarare än kommunens utbud av insatser. Detta har också betonats i Socialstyrelsens handbok om handläggning och dokumentation. Där förtydligas att en utredning om socialt bistånd ska svara på hur behovet ser ut, om det kan tillgodoses på annat sätt samt hur en skälig levnadsnivå ska tillförsäkras den enskilde (Socialstyrelsen, 2008a).

Metod

I denna delstudie¹ undersöktes om utbildning som rör handläggning i biståndsärenden har någon betydelse för samstämmigheten i beslut om socialt bistånd. Data samlades in med hjälp av vinjetter. Det innebär att biståndshandläggare bedömde vinjetter som utgjordes av realistiska, avidentifierade fallbeskrivningar. Beskrivningarna rörde situationer som varit föremål för biståndsbedömning. Urvalet av fallbeskrivningarna bestämdes av att de dels

¹ Underlaget har tagits fram av Katrin Östman.

skulle visa på spännvidden i vad som kan förekomma i en ansökning, dels vara relativt komplicerade att ta ställning till. Beskrivningarna skiljer sig åt, bl.a. med avseende på i vilken grad kommunala riktlinjer kan vara styrande för besluten. Vinjetterna avsåg inte att vara representativa för vad som kan förekomma i biståndshandläggares arbete i äldreomsorgens vardag. Vinjetterna var realistiska och faktiskt förekommande, men de beskrev relativt komplicerade situationer där det inte var givet vilket beslut som skulle fattas. I vardagsarbetet förekommer sannolikt ärenden där utfallet av ett beslut är relativt givet. Ett exempel på en fallbeskrivning är i korthet följande: Ett äldre par, där hustrun/maken sitter i rullstol och blivit allt sämre. Den vårdande maken orkar inte längre och den rullstolsbundna/-e bör ogärna lämnas ensam. Den vårdande maken vill ha hjälp med tillsyn fyra eftermiddagar i veckan för att kunna ägna sig åt annat och samtidigt få vila sig från vårdnadsuppgiften. Här finns alltså en motvillig anhörigvårdare och det råder en spänd relation mellan makarna.

Totalt fanns det sex innehållsligt olika fallbeskrivningar, som dessutom varierade avseende kön. Det innebar att 12 olika vinjetter totalt bedömdes. Biståndshandläggare som *hade deltagit* i en av två skilda utbildningar (n=64 personer, från ett län och en kommun), respektive *inte deltagit* i motsvarande utbildning (n=60 personer, från ett län och en kommun), bedömde 3 vinjetter var. Urvalet av jämförelseorter styrdes av att de skulle vara så demografiskt lika som möjligt. Därför valdes dels en kommun med storstadspregel, dels ett län som dominerades av glesbygd för jämförelsen. Resultatet redovisas i huvudsak beskrivande. Utfallet av beslut analyserades med χ^2 -analys för att studera om skillnader mellan grupper kunde påvisas statistiskt.

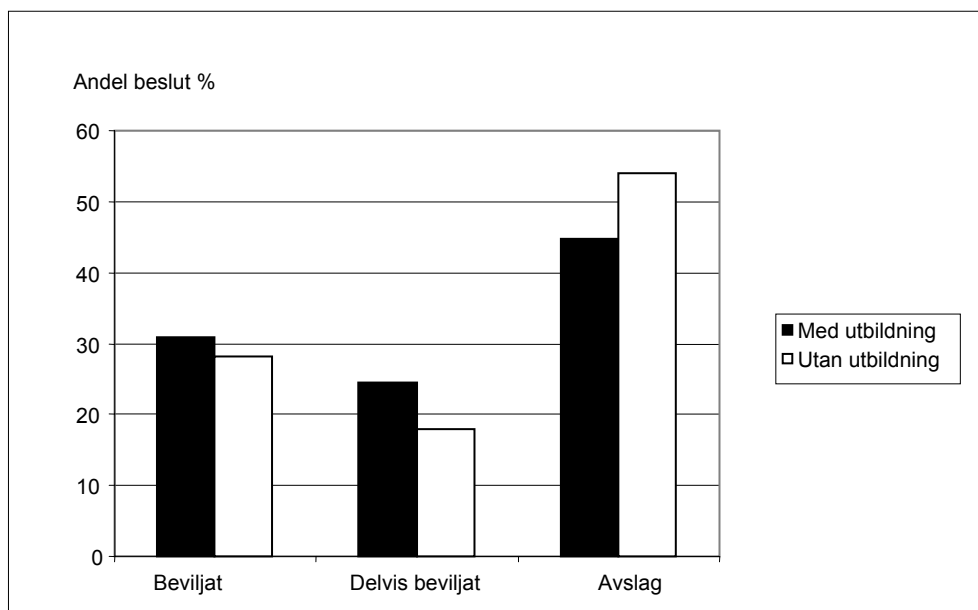
Resultat

Typ av utbildning

Den ena utbildningen omfattade 13 föreläsningar under en halvdag vardera, vilket inkluderade tid för gruppdiskussioner. Föreläsningarna innehöll ämnen juridik, social omsorg och bemötande. Den andra utbildningen – egentligen aktiviteten – omfattade 15 heldagar, där biståndshandläggare träffades under ledning av en forskare. Aktiviteten innebar ett utvecklingsarbete, där ett kartläggningsinstrument för biståndsbedömning togs fram.

Beslut

Resultatet visar, totalt sett, att av 366 fiktiva bedömningar avslogs 49 % av ansökningarna om socialt bistånd, 21 % beviljades delvis, medan 30 % beviljades helt. Av dem som deltagit i någon av Kompetensstegens utbildningar var det fler handläggare som helt eller delvis beviljat ansökan, jämfört med dem som inte utbildats (Figur 1).



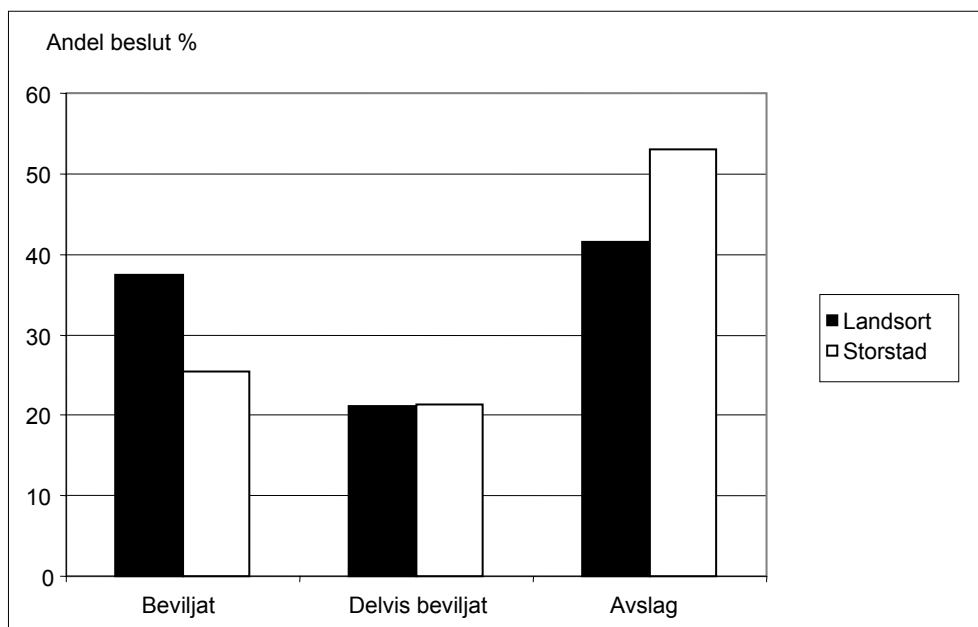
Figur 1. Andel beviljade, delvis beviljade samt avslagna ansökningar vid bedömning av fiktiva fallbeskrivningar. Besluten har fattats av biståndshandläggare *med* (n=188 beslut) respektive *utan* utbildning (n=178 beslut) i inom ramen för Kompetensstegen.

Ser man närmare på de båda utbildningarna framgår endast marginella skillnader. Resultatet visar på en tendens till fler gynnande beslut bland dem som deltagit i det längre utvecklingsarbetet, jämfört med dem som deltagit i den kortare utbildningen (13 föreläsningar). Denna skillnad har dock inget statistiskt stöd.

Av de 366 beslut som fattades rörde hälften fallbeskrivningar om en kvinnlig sökande, medan den andra hälften handlade om manliga sökande. Omständigheterna var identiska i de sex olika fallen, men könet varierades. Totalt sett fick kvinnorna överlag något fler avslag (52 %) än männen (47 %), en skillnad som dock inte kunde styrkas statistiskt.

Arbetslivserfarenhet kan givetvis ha stor betydelse när det gäller bedömning av sociala behov. Handläggarna delades in i två grupper, efter medianen för antalet år i yrket. Vid en granskning av vilka beslut de fattat framkom ingen tydlig skillnad mellan handläggare med lång (9 år eller mer) respektive kort (mindre än 9 år) yrkeserfarenhet.

Om resultatet granskas efter de skilda demografiska regionerna, oavsett utbildning, framgår det att biståndshandläggare i storstadskommuner överlag ger fler avslag jämfört med landsortskommuner. Denna skillnad kunde också styrkas statistiskt (Figur 2).



Figur 2. Andel beviljade, delvis beviljade samt avslagna ansökningar vid bedömning av fiktiva fallbeskrivningar. Besluten har fattats av biståndshandläggare i landsortskommuner (n=122 beslut) respektive storstadskommuner (n=244 beslut).

Kommentar

I denna studie har handläggarna tagit ställning till klienternas ansökningar, så som klienterna själva uttryckt dem vid ansökningstillfället. Samstämmiga beslut kan här betraktas som ett mått på rättsäkerhet, då alla handläggarna har haft tillgång till samma information i varje enskilt ärende.

Resultaten visar *inte* att handläggare som utbildats inom ramen för Kompetensstegen fattat mer samstämmiga beslut i bistandsärenden jämfört med handläggare utan motsvarande utbildning. Trots identiska fallbeskrivningar var samstämmigheten i flertalet ärenden låg. Däremot indikerar resultatet att handläggare som fått utbildning i högre grad beviljat ansökningar (helt eller delvis), särskilt om de deltagit i den längre utbildningen. Att ansökningar delvis beviljats kan tyda på att större hänsyn tagits till den enskildes situation, oavsett kommunala riktlinjer. En begränsning i denna studie är att det saknats kontroll över vilka kommunala riktlinjer, samt lokal organisering av äldreomsorgen, som handläggaren haft att ta hänsyn till. Inom äldreomsorgen har Länsstyrelserna funnit att det förekommer att handläggare informerar om vad den enskilda kommunens riktlinjer anger, vilket får till följd att den sökande anpassar sin ansökan efter dem. Det förekommer också att den enskildes behov inte alltid utreds och att önskemål förhandlas bort. Det påpekas i Socialstyrelsens lägesrapport om äldreomsorgen (Socialstyrelsen, 2009b) att det finns en risk för att kommunernas utbud av insatser, snarare än den enskildes behov, styr vilket bistånd som beviljas. Detta gäller även andra områden inom socialtjänsten (Salonen, 1998; SOU, 2006).

Däremot visade resultatet tydligare att det finns skillnader mellan olika demografiska regioner när det gäller vilka beslut som fattas. I landsortskommunerna beviljades en större andel äldre äldreomsorg, helt eller delvis, jämfört med storstäderna. Vid bistandsbedömning provas också den enskildes möjlighet att få hjälp på annat sätt, vilket innebär att omgivningsfakto-

rer, infrastruktur och social situation vägs in i bedömningen. Eftersom vissa av dessa faktorer varierar mellan storstad och landsbygd är det rimligt att biståndshandläggarna fattar olika beslut i olika regioner, även om fallbeskrivningen är identisk.

Sammanfattningsvis visar det övergripande resultatet att det var en stor variation i de beslut som biståndshandläggarna fattat i dessa fiktiva ärenden. En tendens var dock att handläggare med utbildning inom Kompetensstegen beviljade något fler ansökningar, jämfört med handläggare utan motsvarande utbildning. En möjlig förklaring till den stora variationen av beslut kan vara att handläggarna instruerats att ta hänsyn till de lokala förhållandena i sina kommuner. Denna tolkning stöds av att regionala skillnader kunde påvisas, dvs. att en större andel gynnande beslut fattades av handläggare från landsortskommuner jämfört med handläggare från storstäder. Det har tidigare visats på stora regionala skillnader mellan kommunerna när det gäller äldreomsorgens utbud (Socialstyrelsen, 2007b), vilket bl.a. kan bero på skillnader i strukturella och demografiska förhållanden.

Dokumentation

Förvaltningslagen och Socialtjänstlagen anger de formella kraven på social dokumentation i äldreomsorgen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om handläggning och dokumentation är ett komplement för att underlätta tillämpningen av regelverket (Socialstyrelsen, 2008a). Det centrala i den sociala dokumentationen är att både den enskilde och utföraren ska förstå vad som är beviljat. Därefter ska en genomförandeplan skrivas, där det beskrivs hur och när insatser ska utföras. Sociala insatser registreras i personakten, där utredningar, social journal, genomförandeplaner och arbetsanteckningar samlas (Carlsson & Nilsson, 2008). Dokumentationen ska innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter. Det ska också framgå varifrån uppgifterna kommer, vad som är faktiska omständigheter respektive vad som är bedömningar, samt när och av vem handlingen upprättades. Socialtjänstens dokumentation har dock fler syften. En tillfredsställande dokumentation är nödvändig om socialtjänsten ska kunna utvecklas och förbättras. Men hjälp av dokumentation är det möjligt att visa om arbetet bedrivs på ett föreskrivet sätt, liksom att undersöka om äldreomsorgens insatser leder till förbättringar för den enskilde (Socialstyrelsen, 2008a).

I varje individärende i äldreomsorgen dokumenteras fattade beslut och hur beslutet ska genomföras. Dessutom ska det föras löpande anteckningar i samband med genomförandet av insatser. Länsstyrelserna har under flera år funnit brister i den sociala dokumentationen, både när det gäller de s.k. genomförandeplanerna och den löpande dokumentationen. Under 2006–2007 granskade Länsstyrelserna den löpande dokumentationen på särskilda boenden, på korttidsboenden och i hemtjänsten. I 819 tillsynsärenden fann Länsstyrelserna brister i 82 % av ärendena. En motsvarande granskning, under samma tidsperiod, gjordes också av genomförandeplaner. I 648 planer fann Länsstyrelserna brister i 70 % av planerna. Exempel på brister är att de äldre inte varit tillräckligt delaktiga i planeringen av insatserna och att genomförandeplanerna inte följts upp på ett tillfredsställande sätt.

För att en tillfredsställande dokumentation ska kunna föras krävs vissa förutsättningar för personalen. Länsstyrelserna har visat att dessa inte alltid finns. Det handlar bl.a. om att personalen ska ges tid till att dokumentera och att den har kännedom om vad som ska dokumenteras och varför (Socialstyrelsen, 2008c). Detta till trots har Länsstyrelserna ändå kunnat konstatera att det sker en positiv utveckling. Många kommuner arbetar aktivt med att förbättra dokumentationen (Socialstyrelsen, 2008c, 2009b).

Metod

I denna delstudie² undersöktes om utbildning som rör social dokumentation har någon betydelse för antalet tillsynsärenden där kritik riktats till kommunerna. Data samlades in genom att uppgifter om den sociala tillsynen erhöles från Natilos, ett nationellt informationssystem för tillsynen över socialtjänsten som förs av Socialstyrelsen. Uppgifterna rörde antalet genomförda tillsynsärenden samt antalet tillsynsärenden där bristfällig dokumentation påtalats av Länsstyrelserna. Uppgifter erhöles på kommunal nivå. Uppgifter redovisas dels från kommuner som beviljats medel för utbildning (n=90 kommuner), dels från övriga i landet (n=200 kommuner). Resultatet redovisas beskrivande.

Resultat

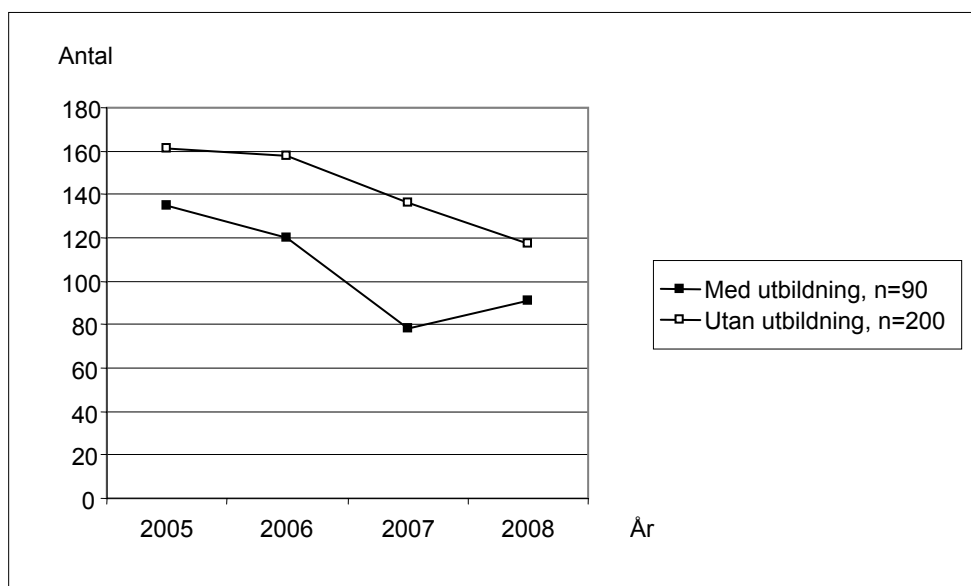
Länsstyrelsernas verksamhetstillsyn innebär bl.a. tillsynsärenden där den sociala dokumentationen granskas. Under åren 2005–2008 minskade antalet tillsynsärenden överlag (Tabell 1).

Tabell 1. Totalt antal tillsynsärenden som rört social dokumentation under åren 2005–2008. Uppgifterna är fördelade på kommuner med respektive utan utbildning i dokumentation, inom ramen för Kompetensstegen.

Kommuner	2005	2006	2007	2008
Med utb. n=90	203	162	106	123
Utan utb. n=200	250	220	208	173
Totalt	453	382	314	296

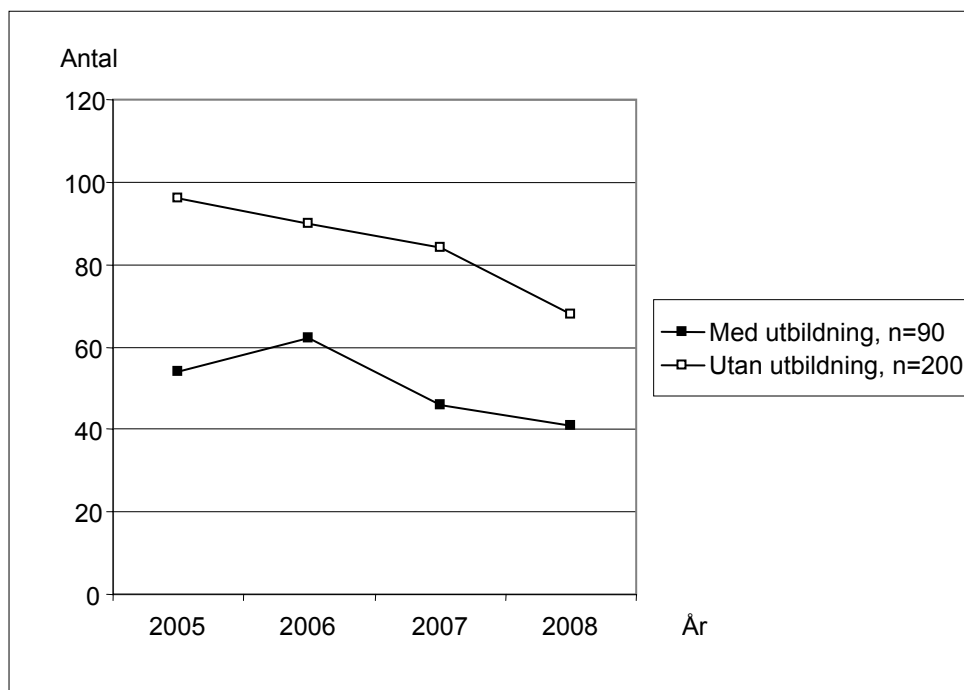
Av dessa tillsynsärenden minskade dessutom, totalt sett, antalet ärenden där brister påtalats (med eller utan kritik) över tid (Figur 3). För samtliga kommuner utgör dock andelen ärenden där brister påtalas cirka 70 % av tillsynsärendena.

² Underlaget har tagits fram av Katrin Östman.



Figur 3. Antal tillsynsärenden med påtalade brister (med eller utan kritik) som rör social dokumentation. Uppgifterna är fördelade på kommuner *med* respektive *utan* utbildning i dokumentation, inom ramen för Kompetensstegen.

Vid tillsyn kan Länsstyrelserna påtala brister, men varje brist föranleder inte någon uttalad kritik. Kritik riktas till kommunen i de fall som bristen bedöms vara allvarlig eller mycket allvarlig (Socialstyrelsen & Länsstyrelserna, 2007). Vid en granskning av andelen ärenden, där Länsstyrelserna även meddelat kritik till kommunerna, framkommer ett liknande mönster. Det vill säga att antalet ärenden, där kritik har meddelats, har minskat över tid. Det framkommer också att i ungefär hälften av de ärenden där någon brist har påtalats, har bristen bedömts så allvarlig att kritik riktats till kommunen (Figur 4).



Figur 4. Antal tillsynsärenden med påtalad kritik som rör social dokumentation. Uppgifterna är fördelade på kommuner *med* respektive *utan* utbildning i dokumentation, inom ramen för Kompetensstegen.

Kommentar

Dokumentation var ett av de stora områdena i Kompetensstegen, dvs. många kommuner ansökte om medel för att förbättra sin sociala dokumentation. Resultatet visar att en relativt hög andel brister påtalats i de tillsynsärenden som genomförts. Däremot har antalet tillsynsärenden totalt minskat över tid, liksom antalet ärenden där kritik riktats till kommunerna.

I dessa registeruppgifter finns en viss osäkerhet när det gäller i vilken mån Länsstyrelserna hunnit lämna alla uppgifter till Natilos. En viss eftersläpning är vanlig, vilket innebär att de mest aktuella uppgifterna också är de mest osäkra. Ytterligare en reservation för tolkningen av detta material är att Länsstyrelsernas tillsyn inte bedrivits systematiskt, vilket betyder att varje kommun inte har granskats varje år. Istället initieras tillsynsärenden antingen genom att en enskild person vänder sig till Länsstyrelsen med ett klagomål, att någon myndighet överlämnar ett ärende eller att Länsstyrelsen själv tar initiativ till ett ärende.

Sammanfattningsvis visar resultatet att både det totala antalet tillsynsärenden och antalet ärenden, där kritik riktats till kommunerna, minskade över tid. Det gällde såväl kommuner som utbildat sin personal inom ramen för Kompetensstegen som övriga kommuner. Denna minskning kan därför inte med säkerhet tillskrivas Kompetensstegen. Med tanke på eftersläpningen i registreringen till Natilos kan uppgifter från kommande år bekräfta eller vederlägga tillförlitligheten i de ovan redovisade uppgifterna. Med tanke på eftersläpningen i registreringen till Natilos är de redovisade uppgifterna något osäkra.

Läkemedel

Användningen av läkemedel hos äldre har ökat påtagligt under de senaste 20 åren, från i medeltal tre till nära sex preparat per person. Den genomsnittliga ökningen innefattar dock mycket stora individuella variationer (SBU, 2009). Orsaken till den ökade användningen är framför allt att många nya läkemedel och nya behandlingsprinciper introducerats under denna period. Detta innebär större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar och besvär, men det medför samtidigt en betydande risk för olika läkemedelsproblem såsom biverkningar och läkemedelsinteraktioner (att läkemedel påverkar varandra). Särskilt utsatta är de äldre, som på grund av både ålder och sjukdom är mest känsliga för läkemedel (Fastbom, 2001). Många av dem lever i särskilt boende, där läkemedelsanvändningen har ökat kraftigt. I dag används i genomsnitt tio preparat per person i särskilt boende (Kragh, 2004; Socialstyrelsen, 2009b). En annan växande grupp är multisjuka och multisviktande äldre i ordinärt boende, som i en rad undersökningar (t.ex. Gurner & Thorslund, 2003; Socialstyrelsen, 2004) har visat sig ha en lika omfattande läkemedelsanvändning som äldre i särskilt boende.

En önskad konsekvens av denna omfattande läkemedelsanvändning är ökad sjuklighet. Studier, såväl i Sverige som internationellt, har visat att en stor andel av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsproblem av olika slag (Socialstyrelsen, 2009b). Mellan 10 och 20 % har rapporterats bero på läkemedelsbiverkningar. Merparten av dessa biverkningar bedöms ha sin grund i faktorer som borde vara möjliga att påverka, t.ex. feldosering, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordination. Som en följd av dessa läkemedelsproblem har kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning föreslagits (Socialstyrelsen, 2003). Indikatorerna är bl.a. tänkta för att möjliggöra uppföljningar av kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning.

De föreslagna indikatorerna är (a) *Andel äldre med tio eller fler läkemedel*. Samtidig användning av många läkemedel är förknippat med en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner samt minskad följsamhet till ordination. (b) *Andel äldre med tre eller fler psykofarmaka*. Samtidig behandling med t.ex. ett neuroleptikum, ett lugnande medel och ett antidepressivt läkemedel innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Det kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. (c) *Andel äldre som använder antikolinerga läkemedel*. Den åldrande hjärnan är känslig för läkemedel som kan påverka nervbanorna, vilket i sin tur kan framkalla alltifrån lättare minnesstörningar till förvirring. (d) *Andel läkemedelsinteraktioner, klass D*. Här avses kliniskt relevanta läkemedelsinteraktioner, dvs. kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktioner kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller svårigheter med att ställa in individuell dosering (Socialstyrelsen, 2003).

Att ställa i ordning eller dela ut läkemedel är några av de uppgifter i sjukvården som kan delegeras. Det innebär att "någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och som är formellt kompetent för en medicinsk arbetsuppgift överlåter denna till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften" (SOSFS, 1997). Det ställs emellertid vissa krav för att en delegering ska kunna göras. Den som tar emot delegeringen ska vara "reellt kompetent" för uppgiften. Det betyder att personen ska ha tillräcklig yrkeserfarenhet, eller ha skaffat tillräcklig kompetens genom vidareutbildning, för att utföra den. Med kunskap om äldres läkemedel har den patientnära personalen större möjligheter att upptäcka och rapportera läkemedelsproblem av olika slag. För den personal som delegeras uppgiften att sköta läkemedelshanteringen i hemsjukvård eller i särskilda boenden, är kunskap om äldre och läkemedel en nödvändig del av den "reella kompetensen".

Metod

I denna delstudie³ undersöktes om utbildning som rör läkemedel har någon betydelse för omfattningen och kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Två typer av datainsamlingar genomfördes: (1) En webbenkät besvarades av Kompetensstegens kontaktpersoner i de 42 kommuner som ansökt om medel för utbildning om läkemedel. Av dessa besvarade 24 kommuner (57 %) enkäten som bestod av 29 frågor. Frågorna rörde i huvudsak vilken typ av utbildning som genomförts, omfattning, organisation, målgrupper och innehåll. (2) Uppgifter erhöles från Läkemedelsregistret, vilket förs vid Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen, för åren 2005 till 2008. Uppgifterna i Läkemedelsregistret erhöles från Apoteket. Registret innehåller uppgifter på individnivå om alla förskrivna och uthämtade läkemedel. Läkemedelsanvändning i sluten vård ingår inte i registret, inte heller läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd (på vissa äldreboenden) eller läkemedel köpta utan recept. Urvalet av data i denna studie avgränsades till individer som fått läkemedel via dosexpedition (ApoDos), vilket i huvudsak motsvarar äldre i kommunal äldreomsorg. ApoDos är ett system där flera läkemedel maskinellt fördelas i samma förpackning. Systemet är i första hand avsett för personer som inte själva kan sköta sin medicinering. Uppgifter redovisas dels från kommuner som bedrivit utbildning (n=24 kommuner), dels från övriga i landet (n=266 kommuner). Resultatet redovisas beskrivande.

Resultat

Typ av utbildning

Utbildningarna gavs i form av föreläsningsserier, handledning eller studiecirklar. Arrangör var i flertalet fall kommunen, men några utbildningar organiserades av andra aktörer, främst Apoteket AB. Hälften av utbildningarna omfattade hela kommunen och hälften en del av den. I en utbildning deltog flera kommuner.

De flesta utbildningarna vände sig till personal på äldreboenden, men det var också vanligt med utbildningar för hemtjänstens personal. Sjuksköters-

³ Underlaget har tagits fram av Johan Fastbom.

kor deltog mer sällan. Antalet deltagare varierade kraftigt, från 8 till 1800 personer. De som ledde utbildningen var oftast sjuksköterskor eller apotekare, men det förekom även att läkare och vårdlärare ledde den. Det är oklart hur långa utbildningarna var, dvs. hur omfattande i tid de var för respektive deltagare.

Vanliga ämnen i utbildningen var äldrefarmakologi, biverkningslära, läkemedelshantering samt läkemedelsgenomgångar. Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning berördes i de flesta av utbildningarna.

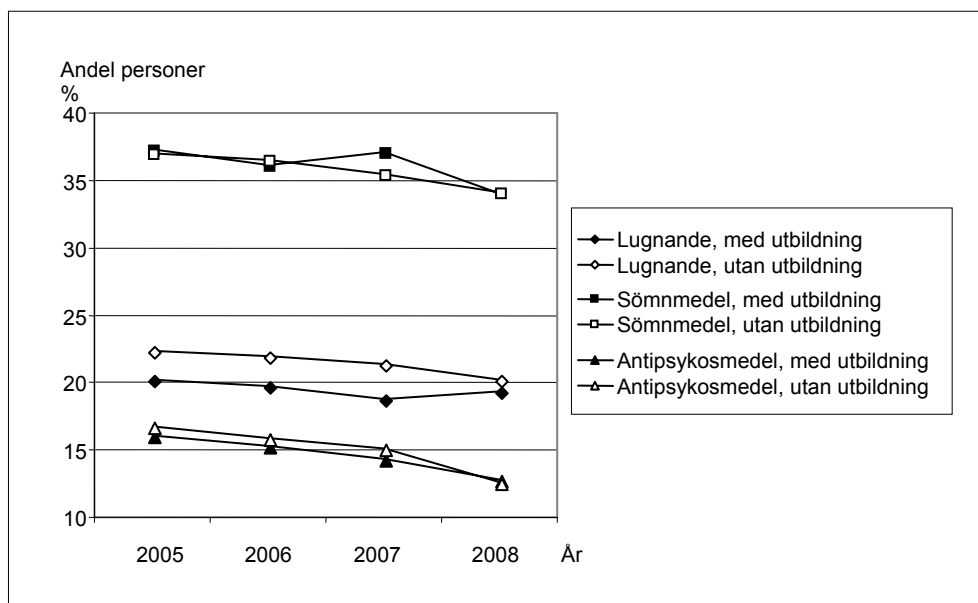
Antal läkemedel

De kommuner/stadsdelar där utbildningar genomfördes under åren 2005–2008 omfattade i genomsnitt 8 % av alla äldre 80+ med dosexpedition (18 139 personer år 2008). Totalt sett var medelantalet läkemedel detsamma under perioden 2005–2008 (7,6 preparat per person) i samtliga kommuner.

Kvalitet i läkemedelsanvändning

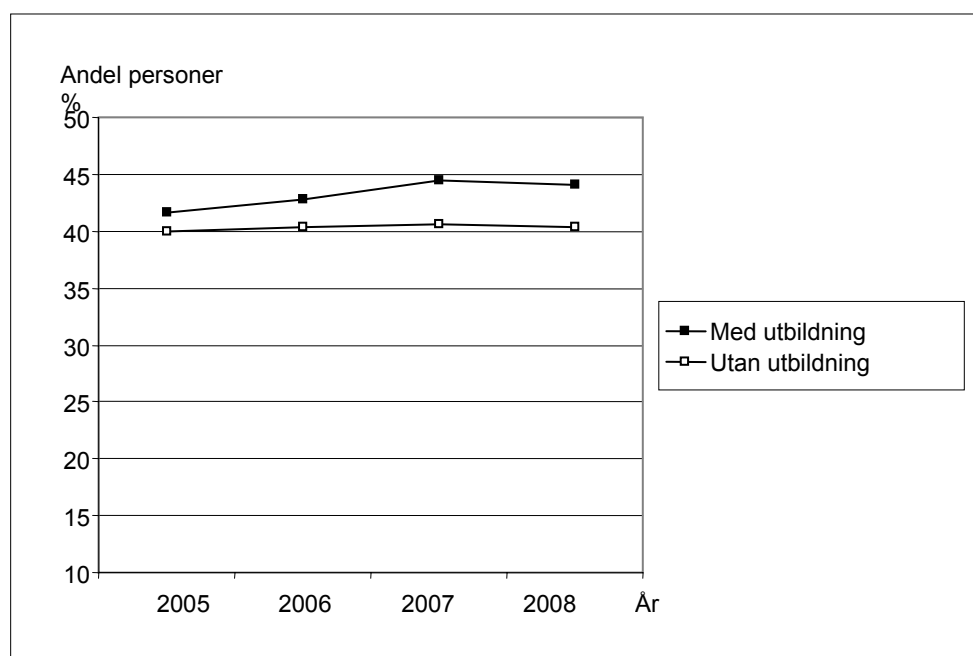
När det gäller de kvalitetsindikatorer som föreslagits för äldres läkemedelsanvändning visar resultatet på en generell förbättring över tid. Detta gäller både de kommuner som utbildat vård- och omsorgspersonalen inom ramen för Kompetensstegen och de som inte utbildat personalen på motsvarande sätt. Som exempel kan nämnas att konsumtionen av lugnande medel, sömnmedel och antipsykosmedel minskat från tiden före (2005) till det sista året då Kompetensstegen bedrevs (Figur 5). Resultatet visar också en viss minskning över tid i antalet personer med läkemedel som kan ge D-interaktioner (kombinationer av läkemedel som kan leda till svåra biverkningar, utebliven effekt eller svårigheter med att ställa in individuell dosering). Ingen tydlig skillnad kan dock skönjas mellan kommuner som utbildat, respektive inte utbildat, personal inom Kompetensstegen.

Utöver denna generella trend framgår inga tecken på att utbildning inom ramen för Kompetensstegen medfört en förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre med dosexpedition.



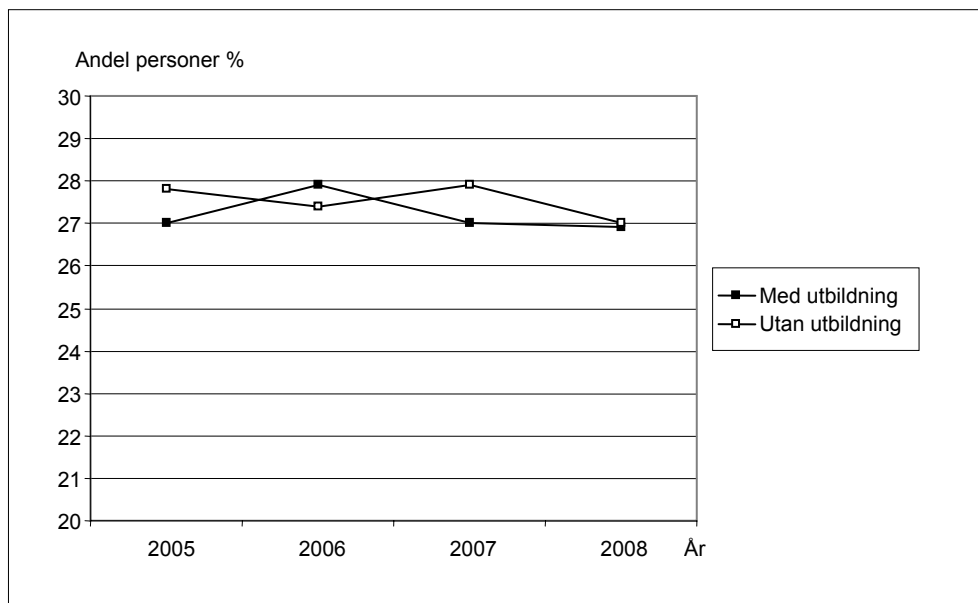
Figur 5. Förändring i andel äldre (80 år eller äldre) med ApoDos, som använde lugnande medel, sömnmedel och antipsykosmedel under åren 2005–2008, i kommuner som utbildat respektive inte utbildat vård och omsorgspersonal inom ramen för Kompetensstegen.

För ett av måtten på kvalitet i läkemedelsanvändning, antidepressiva medel, märktes tvärtom en ökning om man jämför med tiden före Kompetensstegen, särskilt i de kommuner som utbildat sin personal (Figur 6). Detta mönster gäller till viss del även för de personer som använt tre eller fler psyko-farmaka.



Figur 6. Förändring i andel äldre (80 år eller äldre) med ApoDos, som använde antidepressiva läkemedel under åren 2005–2008 i kommuner som utbildat respektive inte utbildat vård- och omsorgspersonal inom ramen för Kompetensstegen.

Dessutom kunde ingen nämnvärd förändring skönjas när det gäller andelen personer som haft tio eller fler läkemedel under samma tidsperiod (Figur 7).



Figur 7. Förändring i andel äldre (80 eller äldre) med ApoDos, som använde tio eller fler läkemedel under åren 2005–2008 i kommuner som utbildad respektive inte utbildad vård- och omsorgspersonal inom ramen för Kompetensstegen.

Kommentar

Eftersom huvudsyftet med denna utvärdering var att undersöka utbildnings-satsningars konkreta betydelse för äldres vård och hälsa, lades fokus på själva läkemedelsanvändningen. Det är numera möjligt att få fram uppgifter om den genom läkemedelsregistret. I analysen kunde utvecklingen följas under 2005–2008, dvs. från en tidpunkt före utbildningarnas start och tre år framåt, tills flertalet utbildningar hade avslutats. Genom att specifikt studera läkemedel som distribueras genom ApoDos, vilket är vanligt både för äldre i särskilt boende och äldre med hemsjukvård i ordinärt boende, kunde analysen tämligen väl avgränsas till dem som vårdas av de personalkategorier som genomgått utbildningarna.

Med utgångspunkt från kvalitetsindikatorerna kan en förbättrad kvalitet i läkemedelsanvändningen skönjas. Det gäller andelen äldre med tre eller fler psykofarmaka, antikolinerga läkemedel och läkemedel som kan ha betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan (D-interaktioner). Dessutom visar resultatet på en sjunkande trend för användningen av de flesta psykofarmaka, inklusive antipsykosmedel. Däremot visade resultaten inte att kommuner med Kompetensstegeutbildning hade förbättrats i snabbare takt än övriga kommuner. En förklaring till detta kan vara att utbildning av enbart vård- och omsorgspersonal inte kan förväntas ge effekter på läkemedelsförskrivning inom en så kort tidsperiod. En annan förklaring kan vara att det såväl före som parallellt med Kompetensstegen bedrivits andra satsningar på läkemedelsområdet inom både landsting och kommuner. Dessa kan ha bidragit till den generella trenden av förbättrad läkemedelsanvändning bland de allra äldsta och sköraste personerna som ingått i denna studie. Eventuella

effekter av Kompetensstegen kan också vara svårare att se om utbildningarna inte täckt in all berörd personal i kommunerna. Ytterligare en osäkerhetsfaktor är att precisionen i mätningarna kanske inte varit tillräckligt hög. Det har inte varit möjligt att studera läkemedelsanvändningen på exakt de vårdinrättningar och hemsjukvårdsdistrikt som omfattades av utbildningarna.

Ett överraskande resultat var den mer uttalade ökningen av antidepressiva medel i de kommuner som genomfört utbildningar. En tänkbar förklaring är att kommuner som ansökt om medel för utbildningar kan ha haft ett sämre utgångsläge än övriga och därför har varit mer angelägna om att utbilda sin personal inom läkemedelsområdet. En annan möjlig förklaring är att det sannolikt fordras utbildning till både vårdpersonal och läkare, samt att multidisciplinär samverkan måste till om förskrivning av olämpliga läkemedel ska minskas (SBU, 2009). Den viktigaste gruppen när det gäller äldres läkemedelsanvändning är läkarna, som förskriver läkemedel, men dessa har inte omfattats av Kompetensstegen. Ingen omedelbar effekt kan därför förväntas av Kompetensstegen när det gäller förskrivning av läkemedel. Däremot utgör all vård- och omsorgspersonal länkar i den kedja som finns mellan den äldre och läkaren. När det gäller distribution och den äldres konsumtion av läkemedel, samt uppmärksamhet på deras verkan och biverkan, är vård- och omsorgspersonalens roll central.

Sammanfattningsvis kan en generellt förbättrad kvalitet i läkemedelsanvändningen skönjas för sköra personer över 80 år, med utgångspunkt från vissa kvalitetsindikatorer. Detta inkluderar en sjunkande trend för användningen av flertalet psykofarmaka. Däremot visade resultaten inte att kommuner där utbildningarna genomförts hade förbättrats i snabbare takt än övriga kommuner. I vissa fall sågs t.o.m. en tydlig ökning av antidepressiva medel i kommuner där utbildningar genomförts.

Munhälsa

Under de senaste decennierna har andelen äldre som har egna tänder ökat och andelen personer med avtagbara proteser minskat. Fler äldre har också allt fler naturliga tänder kvar, vilket kan ses som ett mått på bättre munhälsa. I H-70-studierna har man visat att tandlösheten minskade från 52 % perioden 1971/72 till 8 % perioden 2001/2002. Dessutom ökade antalet egna tänder från i genomsnitt 13 till 21 tänder per individ. Under perioden skedde också en ökning av antalet restaurerade tänder och brokonstruktioner (Österberg & Steen, 2003). Samma utveckling ses på 70-åringar i en longitudinell studie från Jönköping åren 1973–2003 (Hugoson et al., 2005).

Den allmänna tandvårdsförsäkringen som infördes 1973 ökade möjligheten att laga och därmed bevara tänderna istället för att ersätta dem med avtagbara proteser. Det speciella högkostnadsskyddet som gällde för personer över 65 år under perioden 2002–2008 har också bidragit till att tandförluster i större utsträckning ersatts med fasta brokonstruktioner och implantat. Försäkringskassan uppskattar att cirka 150 000 personer över 65 år under denna tid fått tandimplantat av varierande omfattning.

Bättre tandhälsa bland de äldre med flera egna tänder, ofta i kombination med avancerade tandrekonstruktioner, skapar dessvärre också förutsättningar för mer omfattande orala infektioner och inflammationer. Om man som omsorgsberoende äldre då inte får hjälp med den dagliga munhygien kan den goda munhälsan snabbt försämrats och leda till karies, inflammerat och blödande tandkött, lossnande tänder och fyllningar, tandvärk och tuggproblem. Med hel tandprotes, som tidigare var vanligt bland de äldre, uppstod inte dessa problem.

Multisjuka äldre får vanligen många olika läkemedel, varav många med muntorrhet som biverkan. I en torr mun som inte hålls ren går kariesutvecklingen snabbt och sväljningsproblem kan uppstå (Lingström, 2008). Munnens status påverkar också allmänhälsan. Idag vet man att infektioner och inflammationer i munnen kan ha en systemisk påverkan och utgöra en bidragande orsak till exempelvis lunginflammation (Klinge, 2008; Sjögren et al., 2008). En dålig munhälsa är därför av flera skäl extra belastande för en gammal individ med dålig allmänhälsa. Det har tidigare visats att hemmaboende multisjuka hade dålig tandstatus och svårt att efterfråga tandvård på egen hand. Varken de äldre själva eller deras anhöriga, hade nåtts av information om rättigheten till uppsökande och nödvändig tandvård (Juslin & Nordenram, 2007). Tidigare forskning (Hagman-Gustafsson et al., 2008) har visat att även biståndshandläggarna har begränsad kunskap om regelverket kring tandvårdsstödet, liksom att det brister i rutinerna för att säkra att munhälsobedömningar verkligen görs på omvårdnadsberoende äldre.

Den tandvårdsreform som genomfördes 1999 (SFS,1998:1338) om uppsökande och nödvändig tandvård innebär att äldre i särskilt boende har rätt till kostnadsfri munhälsobedömning. Även hemmaboende äldre med omfattande biståndsbehov har denna rätt och varje berättigad person ska ha ett

tandvårdsstödsintyg som utfärdas av landstingen. Underlaget till tandvårdsstödsintyg för hemmaboende utfärdas av kommunens personal som kan vara en biståndshandläggare eller distriktssjuksköterska. Rutinerna och behörighet att utfärda underlaget varierar mellan landstingen. Enligt Socialtjänstlagen ingår munvård i personalens ansvar för dem som behöver hjälp med sin personliga hygien och har kommunal vård och omsorg. För att sköta denna uppgift krävs såväl teoretisk kunskap som praktiskt kunnande.

Metod

I denna studie⁴ undersöktes om utbildning i munhälsa har någon betydelse för personalens attityder till munvård samt för personalens rutiner i arbetet. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer och enkäter i samtliga fyra kommuner och stadsdelar som ansökt om medel för utbildning i munhälsa (n=95 anställda). Intervjuerna genomfördes efter avslutad utbildning, spelades in på band och skrevs ut. Frågorna i både intervjuer och enkäter (4–9 frågor) rörde främst rutiner på arbetsplatsen, personalens uppfattningar om de egna och kollegors kunskaper i munhälsa samt de äldres munhälsa. Resultatet redovisas beskrivande.

Resultat

Typ av utbildning

Fyra skilda utbildningar studerades. En utbildning rörde enbart munhälsa för äldre på ett särskilt boende, där en tandhygienist fanns på arbetsplatsen. Utbildningen pågick under ett år och tandhygienisten gav regelbunden handledning till vård- och omsorgspersonalen. De tre övriga utbildningarna hade munhälsa som en del i en omvårdnadsutbildning och var riktad till personal både vid särskilda boenden och i hemtjänst. Här är det oklart i vilken omfattning utbildning gavs just i munhälsa, men uppskattningsvis rörde det sig om minst en halv dag. Vanliga ämnen i utbildningarna var munhälsa, munvård, information om tandvårdsförordningen om uppsökande och nödvändig tandvård (SFS, 1998:1338) som reglerar omvårdnadsberoende äldres rätt till tandvård samt kost.

Attityder

Resultatet visade att personalen (95 personer) överlag ansåg att de fått större förståelse för hur viktigt det är med en god munhälsa. De efterlyste kontinuerlig handledning om munhälsa i vardagsarbetet, utbildning även till arbetsledare samt betonade värdet av lokala munvårdsombud. I det fall en tandhygienist deltagit i vårdteamet upplevde personalen också att munhälsan blivit bättre bland de äldre.

Som särskilt viktig framhölls den kännedom om den äldres rätt till nödvändig tandvård (SFS, 1998:1338) som hemtjänstpersonalen i två kommuner hade fått. Det innebar att personalen efter utbildningen kommit att uppmärksamma tandvårdsfrågor mer än tidigare. Flera av de intervjuade påpekade också att de först genom utbildningen hade förstått att äldre vård- och om-

⁴ Underlaget har tagits fram av Gunilla Nordenram.

sorgsberoende personer även har laglig rätt till uppsökande och nödvändig tandvård. Ett exempel på detta är följande citat från ett vårdbiträde: *"Först nu har man förstått att de allra flesta som har hemtjänst har rätt till nödvändig tandvård..."*

Rutiner i arbetet

Personalen uppgav vidare att vissa rutiner förändrats till följd av utbildningen. De ansåg sig allmänt mer uppmärksamma på munhälsa, t.ex. genom att observera de äldres tuggfunktion eller fråga om det gör ont i munnen när de inte vill äta. Personalen uppgav även att den ökade uppmärksamheten samt tillgången till tandhygienist (på ett särskilt boende) medfört att det var lättare att fånga upp nyanlända äldre med dålig munhälsa.

Andra följder av utbildningen var (a) att det i en kommun numera ingår ett avsnitt om munhälsa i den gymnasiala omvårdnadsutbildningen, (b) att det i en kommun från och med år 2008 arbetar fler distriktssjuksköterskor i kommunens hemsjukvård. Hemsjukvården har en naturlig kontakt med äldre i det ordinära boendet och sjuksköterskorna kan därmed lättare identifiera dem som är berättigade till tandvårdsstöd. Till och med år 2007 utfärdades tandvårdsstödsintyg enbart efter påstötning från hemtjänstpersonalen, vilket inte bedömdes fungera tillfredsställande.

Kommentar

Utbildningarna i munhälsa hade redan startat när denna utvärdering påbörjades. Tillgång till jämförbara ingångsdata, exempelvis avseende omsorgstagarnas munstatus, saknades. Utvärderingen har därför baserats på intervjuer och enkäter bland personalen.

I samtliga projekt har undervisningen i munvård bedrivits i nära anslutning till vård och omsorg av äldre. Kopplingen till övrig vård och omsorg understryker sambandet mellan allmänhälsa och munhälsa, från både ett medicinskt och ett socialt perspektiv.

Vårdpersonalen ansåg allmänt att de blivit mer uppmärksamma på förändringar i patienternas mun och att man var snabbare att tillgripa förebyggande åtgärder vid exempelvis blödning från tandköttet vid tandborstning. Personalen hade också blivit medveten om att det behövs förändrade tandvårdsrutiner för äldre som blivit behandlade med nya metoder som tandimplantat, och här efterlyste man mer kunskap och handledning. Modellen, där en tandhygienist var anställd vid det särskilda boendet och regelbundet gav undervisning i små grupper, bedömdes av personalen som särskilt effektiv. Liknande resultat har redovisats från annan forskning (Jonsson & Wård, 2007; Paulsson et al., 2002). För att genomföra och bibehålla bra munvårdsrutiner ansåg man också att arbetsledare och chefer bör få samma undervisning som den övriga vårdpersonalen.

För hemtjänstpersonalen har munvårdsutbildningen, som gett kunskap om vårdtagarnas rätt till uppsökande och nödvändig tandvård, inneburit en tydlig förändring. Många kände inte till reformen och vilken personkrets som var berättigade till dessa tandvårdsförmåner. Att det föreligger ett oklart ansvar när det gäller äldres tandvårdsförmåner har visats tidigare (Hagman-Gustafsson et al., 2008). Det är också visat att munvård för demenssjuka kan

vara svårt att genomföra och att personalen därför behöver stöd och handledning kontinuerligt (Pearson & Chalmers, 2004).

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att personalen i allmänhet fått mer kunskap om munhälsa och dess betydelse för de äldre. Där det fanns en anställd tandhygienist bidrog denna till att personalen fick praktisk handledning i anslutning till aktuella problem med munhygien, liksom särskild undervisning i smågrupper. I de tre övriga kommunerna förekom enbart utbildning, men ämnet munhälsa ingick där i utbildning om annan omvårdnad. Att betrakta munhälsa som en del av omvårdnaden kan bidra till den helhetssyn som är nödvändig inom äldreomsorgen. Att dessutom öka antalet distriktssjuksköterskor i hemsjukvården, som en kommun beslutat att göra, kan sannolikt bidra till att fler äldre i det ordinära boendet får nödvändig tandvård.

Fallskadeprevention

Enligt Patientregistret på Socialstyrelsen är fallolyckor den vanligaste yttre orsaken till vård på sjukhus (cirka 47 %), oavsett ålder. Det totala antalet drabbade har under det senaste decenniet varit relativt konstant i Sverige (Socialstyrelsen, 2008b). Flertalet drabbade var kvinnor och enligt skadestatistiken (medelvärden över åren 2004–2006) för riket och de allra äldsta (80 år eller äldre), drabbades knappt 20 000 kvinnor och drygt 7 000 män årligen av en fallskada som ledde till vård inom slutenvården (EpC, 2008). Även om det totala antalet drabbade personer inte förändrats, så har *antalet* äldre (65 år eller äldre) som blivit inlagda på sjukhus för vård efter en fallolycka ökat från drygt 41 000 (1998) till knappt 43 000 (2007). Att antalet fallskador ökar har beskrivits som ett stort folkhälsoproblem (Folkhälsoinstitutet, 2009). Men under samma tidsperiod har även det totala antalet äldre personer ökat. Om dessa båda uppgifter relateras till varandra, framkommer att *andelen* äldre som skadat sig så allvarligt att de blivit inlagda på sjukhus för vård, har varit relativt konstant under det senaste decenniet.

En fallolycka med en skada som följd innebär i allmänhet både ett personligt lidande för den drabbade individen och en ökad belastning för anhöriga. En relativt vanlig skada är höftledsfraktur, vilket är en av de allvarligaste följderna av ett fall. En fallskada kan dessutom vara direkt livshotande. Enligt uppgifter från år 2001 avled cirka 1 100 äldre personer inom 30 dagar efter en fallolycka (Räddningsverket, 2004).

Utöver detta medför en fallskada även ekonomiska konsekvenser för efterföljande vård och rehabilitering. De direkta kostnaderna, dvs. allt utom produktionsbortfall och humanvärdesförlust, varierar givetvis med skadans allvar. De totala direkta samhällskostnaderna för äldres fallskador år 2000 har beräknats till knappt 4,8 miljarder kr. Den största kostnaden bars av kommuner och landsting, 49 % vardera. De resterande två procenten betalades av de drabbade individerna i form av patientavgifter och transportkostnader. Som jämförelse kan nämnas att samhällets direkta kostnader för fallskador bland äldre var nästan lika höga som motsvarande kostnader för samtliga personer som skadades eller omkom i trafikolyckor under år 2000 (5,3 miljarder, Räddningsverket, 2003). De direkta kostnaderna för de äldres fallskador uppskattas bli cirka 8 miljarder kr år 2050 (Folkhälsoinstitutet, 2009).

En fallskada orsakas ofta av en kombination av faktorer som bidrar till att personen faller. Exempel på viktiga *individuella riskfaktorer* är försämringar i: kognitiv förmåga, balans- och gångförmåga, reaktionsförmåga, muskelstyrka och syn. Exempel på *yttre faktorer* är om den äldre tar många olika läkemedel. Risker i *hemmiljön* är också en vanlig bidragande orsak till ett fall (Lundebjerg, 2001) och flertalet fallolyckor bland äldre inträffar i den egna bostaden eller bostadsmiljön (Matsson, 2000). En av de viktigaste faktorer som bidrar till att det uppstår en skada vid ett fall är benskörhet, vilket också är ett utbrett folkhälsoproblem i Skandinavien (Socialstyrelsen,

2007c). När det gäller yttre faktorer, inklusive risker i hemmiljö, kan vård- och omsorgspersonalen spela en viktig preventiv roll. Detta förutsätter en grundläggande kännedom om förebyggande arbete.

Metod

Denna delstudie⁵ undersökte om utbildning i fallskadeprevention har någon betydelse för dels personalens kunskapsnivå, dels antalet fallskador bland äldre. Två typer av datainsamlingar genomfördes: (1) Ett frågeformulär besvarades av personal (n=83 personer) *före* utbildningens start respektive *ett år efter* påbörjad utbildning. Det centrala i formuläret var ett kunskapsprov, vilket bestod av 20 påståenden som rörde (a) balans- och styrketräning, (b) läkemedel, (c) kost, (d) hjälpmedel och (e) bostadsanpassning. Några allmänna frågor om fallskador ställdes också. Dessutom ställdes ett tiotal frågor som rörde uppfattningar om fallskadeprevention och i vilken mån utbildningen lett till ändrade arbetssätt. Personalen deltog i en av två skilda utbildningar. De som ombads delta i denna studie var personal i sex kommuner som ännu inte hade påbörjat den aktuella utbildningen. (2) Fallskadestatistik om antalet äldre som lagts in på sjukhus för vård efter en fallolycka erhöles från Patientregistret på Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen. Statistiken gällde uppgifter på kommunal nivå. Uppgifter från sex kommuner som utbildat sin personal och från fyra utvalda jämförbara kommuner redovisas. Resultatet redovisas i huvudsak beskrivande. Resultatet på kunskapsprovet analyserades med variansanalys, för att studera om skillnader mellan grupper kunde påvisas statistiskt.

Resultat

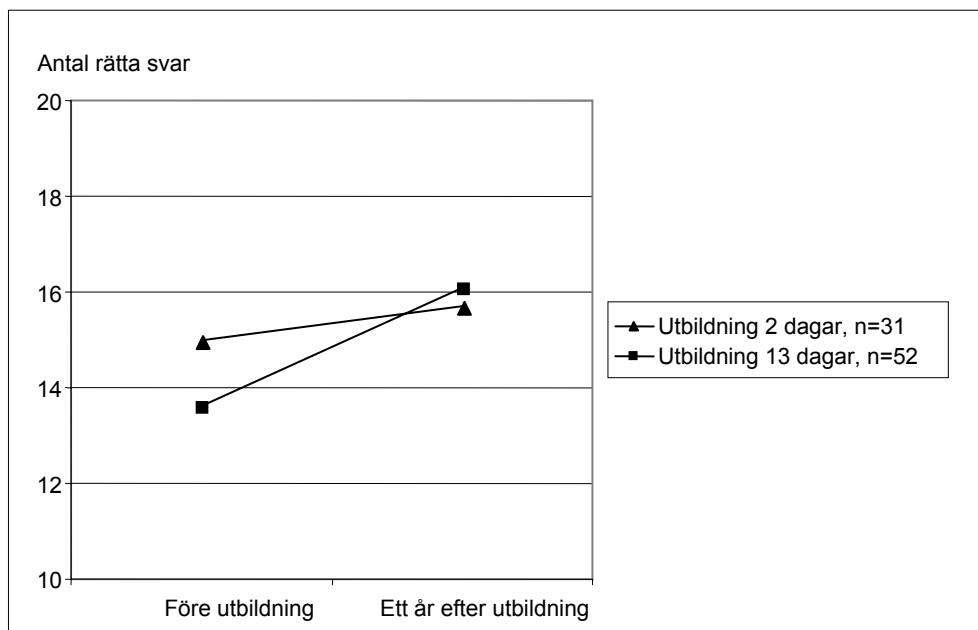
Typ av utbildning

Två utbildningar studerades. Den ena utbildningen omfattade två dagar med föreläsningar och grupparbeten. Utbildningen innehöll ämnena systematiskt säkerhetsarbete, etik, åtgärder samt erfarenhetsutbyte. Den andra utbildningen pågick under fem månader och omfattade 13 dagar, med föreläsningar, studiecirkel och frivillig examinationsuppgift för gymnasiepoäng. Utbildningen innehöll ämnena åldersförändringar, miljö och fallolyckor; sjukdomar och fallolyckor samt läkemedel, kost och aktivitet.

Kunskapsprov

Resultatet visade, totalt sett, att personalen i medeltal hade 70 % rätt på de 20 frågor som utgjorde kunskapsprovet, innan utbildningen startade. Ett år senare hade antalet rätta svar på samma prov ökat med 10 %, en ökning som kunde styrkas statistiskt. Ingen skillnad i kunskapsnivå kunde däremot påvisas mellan de båda pedagogiska ansatserna, varken före eller efter utbildningen (Figur 8). Inget statistiskt samband mellan personalens resultat på provet och arbetslivserfarenhet respektive typ av arbetsplats (hemtjänst eller särskilt boende) kunde påvisas.

⁵ Underlaget har tagits fram av Elizabeth Åhsberg.

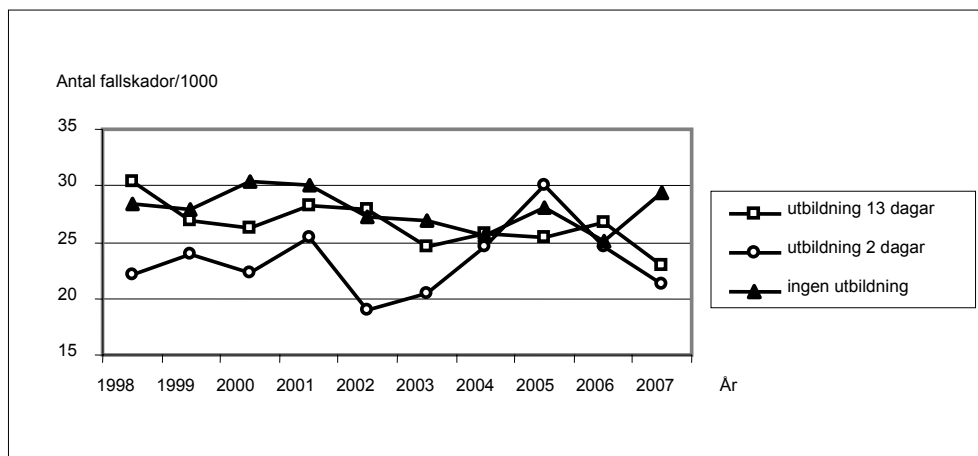


Figur 8. Antal rätta svar (medelvärde) på kunskapsprov (max 20 rätt) om fallskador och preventivt arbete vid mätning *före* respektive *efter* de två skilda utbildningarna..

Av frågeformuläret framgick också att cirka en tredjedel av personalen uppgett att de efter utbildningen kunnat bidra till att färre äldre hade fallit. Några av de konkreta bidragen hade varit att föreslå olika åtgärder i hemmet, rekommendera eller se över hjälpmedel, delta i fallriskbedömning och att föreslå en läkemedelsöversyn.

Fallskador

Vidare visade den nationella fallskadestatistiken från Patientregistret att 20–30 allvarliga fallskador (per 1000 äldre) skett per år under det senaste decenniet i samtliga tio studerade kommuner. Med allvarliga fallskador menas här skador som lett till att personen i fråga lagts in på sjukhus och alltså inte enbart vårdats på en akutmottagning. En minskning i antalet fallskador indikerades mellan år 2006 och 2007 i de sex kommuner som utbildat sin personal, men inte i de fyra jämförelsekommunerna (Figur 9).



Figur 9. Antalet per 1000 äldre (65 år eller mer) som vårdats på sjukhus efter en fallolycka. I figuren redovisas sammanslagna värden för de kommuner där personalen under 2006–2008 utbildats i fallskadeprevention under 13 dagar (fyra kommuner), två dagar (två kommuner) eller inte getts någon motsvarande utbildning (fyra kommuner).

Kommentar

Resultatet tyder på att personalen redan hade en hel del kunskap om fallskadeprevention. Här kan sannolikt både grundutbildningen (majoriteten var undersköterskor) och arbetslivserfarenheten skönjas. Fallskadeprevention är inte något nytt område utan kan tidigare ha uppmärksammats lokalt. Trots detta visade resultaten på kunskapsprovet ett år senare att personalen hade fått nya kunskaper efter utbildningen. Detta kunde också styrkas statistiskt. Att kunskaperna ökat efter en utbildning är givetvis både bra och förväntat. Däremot finns här inget objektiva mått på om dessa ökade kunskaper också lett till att något skett i *praktiken*, även om personalen själva uppgett att de i högre grad än tidigare arbetar fallpreventivt på den egna arbetsplatsen. Det har tidigare visats att en ökad kunskap (om munhälsa) hos personalen inte självklart lett till ett förbättrat arbetssätt (Reed et al., 2006).

När det gäller de två skilda utbildningsmetoderna var de olika både till innehåll och till omfattning, framförallt genom att de tog två dagar respektive tretton dagar (under fem månader) i anspråk. Trots att figur 9 ger ett intryck av att den mer omfattande utbildningen gav mer kunskaper kunde ingen statistisk skillnad i förbättrade kunskaper påvisas mellan grupperna. Detta kan antingen förklaras av att det var för få deltagare i studien för att kunna visa på en statistiskt signifikant skillnad i provresultatet, eller av att grupperna inte var helt jämförbara. Exempelvis var antalet år i yrket något högre (medelvärde) bland dem som gick den kortare utbildningen.

Som nämnts ovan har andelen allvarliga fallskador på nationell nivå varit relativt konstant under det senaste decenniet. Resultaten från denna studie, om antalet fallskador per 1000 äldre, visar ett liknande mönster. Eftersom fallskadeprevention inte är något nytt som introducerats i och med Kompetensstegen, ger dessa uppgifter på både nationell och kommunal nivå ett intryck av att kommunernas och landstingens arbete inte lett till en minskning av andelen fallskador mellan 1998 och 2007. Däremot indikerar resultatet att kommuner som utbildat sin personal inom Kompetensstegen minskat antalet fallskador under år 2007, vilket var det senaste år som det för

närvarande finns tillgängliga uppgifter från. För att veta om denna indikation inte är en del i den naturliga statistiska variationen är det nödvändigt att följa utvecklingen av antalet fallskador under de närmast kommande åren.

De statistiska uppgifter som erhållits från Epidemiologiskt centrum har vissa begränsningar. De utgör ett grovt mått då uppgifterna är på gruppnivå och då inga uppgifter gavs om vilka äldre som fallit. Det är därför oklart i vilken mån de äldre som döljer sig bakom siffrorna har träffat kommunal vård- och omsorgspersonal före fallolyckan.

Sammanfattningsvis gavs det i denna delstudie möjlighet till datainsamling bland personal både före och efter utbildning, eftersom vissa utbildningar inte hade initierats före 2007. Resultatet visade att utbildning i fallskadeprevention ökade kursdeltagarnas kunskaper inom området, trots en relativt hög initial kunskapsnivå. De två skilda utbildningar som studerats här hade olika innehåll och omfattning, men det kunde inte påvisas någon statistiskt säkerställd skillnad i kunskapsnivå mellan de olika pedagogiska ansatserna.

Uppgifterna från Patientregistret indikerar en trend där antalet allvarliga fallskador minskade under år 2007 i de kommuner som utbildat sin personal inom ramen för Kompetensstegen. För att veta om resultatet inte är en del i den naturliga statistiska variationen är det nödvändigt att följa utvecklingen av antalet fallskador under de närmast kommande åren.

Demens

Under ålderdomen är det vanligt med minnesproblem. Dessa kan vara övergående, men det kan också vara de första tecknen på en demenssjukdom. Enbart minnesproblem innebär dock inte att en demensdiagnos kan fastställas. En demenssjukdom innebär att den drabbade även får en nedsättning av andra kognitiva funktioner. Med andra kognitiva funktioner menas här främst förmågan att tänka, läsa, planera och skapa överblick, att kunna orientera sig i sin omgivning, att tala och förstå andras tal, att ta egna initiativ, att uppleva känslor som förut och att kunna kontrollera sina känslor (Demensförbundet, 2009). För att en demensdiagnos ska bli aktuell ska nedsättningarna vara så uttalade att de ger sociala eller yrkesmässiga konsekvenser. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom, men en rad olika hjärnskador kan också ge upphov till demenstillstånd (Eriksson & Wahlund, 2003).

I Sverige fanns uppskattningsvis 142 200 personer med en diagnostiserad demenssjukdom år 2005 (Socialstyrelsen, 2007a). Av dessa har två tredjedelar Alzheimers sjukdom, cirka 10 % har vaskulär demens, cirka 5 % har frontallobsdemens medan resterande del har olika blandformer av demens (SBU, 2006). De allra flesta drabbade är mycket gamla eftersom risken att insjukna i demens ökar med stigande ålder. Sjukdomen är inte möjlig att bota, men vissa symptom kan lindras med hjälp av bromsmediciner. Med olika vård- och omsorgsinsatser är det också möjligt att underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten, både för personer med demenssjukdom och för deras närstående.

Kostnaderna för vården och omsorgen om personer med demenssjukdom är betydande, särskilt för kommunerna. De totala samhällskostnaderna har uppskattats till cirka 50 miljarder kronor per år (Socialstyrelsen, 2007a).

Idag kan vården och omsorgen om personer med demenssjukdom se mycket olika ut, beroende på var man bor. Nationella riktlinjer utarbetas för närvarande på Socialstyrelsen och dessa ska bidra till en likvärdig vård och omsorg av hög kvalitet över hela landet. Riktlinjerna beräknas vara klara under våren 2010 och kommer att innehålla rekommendationer om utredning av demenssjukdom i samband med diagnos, läkemedelsbehandling och omsorg/omvårdnad. De flesta rekommendationer handlar om kommunernas omsorg och omvårdnad. Riktlinjerna kommer också att ge rekommendationer om hur anhöriga kan stödjas.

Metod

Denna delstudie⁶ undersökte vilken omfattning och vilken pedagogisk ansats som valts på de aktiviteter som bedrivits inom demensområdet. Data samlades in genom en webbenkät till Kompetensstegens kontaktpersoner i

⁶ Underlaget har tagits fram av Lars Sonde.

de kommuner som ansökt om medel för utbildning om demenssjukdomar och demensvård (n=172 kommuner/stadsdelar). Av dessa besvarade 111 kommuner (65 %) enkäten. En bortfallsundersökning visade att de som inte svarat på enkäten förklarade detta med bl.a. tidsbrist och tekniska problem. Enkäten bestod av 37 frågor som i huvudsak rörde form och omfattning i aktiviteterna, antal deltagare, yrkeskategorier samt typ av arbetsplats. Resultatet redovisas beskrivande.

Resultat

Aktiviteterna har i huvudsak riktats till den egna personalen på särskilda boenden och inom hemtjänsten i flertalet kommuner och stadsdelar. I viss mån deltog även personal från äldreomsorg som drevs i privat regi. Cirka 40 % (32 067 anställda) av äldreomsorgspersonalen i de 111 kommunerna/stadsdelarna deltog i aktiviteter inom demensområdet. Av dessa kommuner valde de flesta (96 %) att satsa på utbildningsaktiviteter i någon form. Även satsningar på handledning (39 % av kommunerna) och demensteam (22 %) rapporterades. Kombinationer av dessa tre aktiviteter förekom i varierande grad (Tabell 2).

Tabell 2. Huvudsaklig inriktning på aktiviteterna med stöd från Kompetensstegen (n=111 kommuner/sdf (stadsdelar)).

	Andel kommuner/sdf %
utbildning	54
handledning	1
demensteam	2
utbildning + handledning	23
utbildning + demensteam	5
utbildning + handledning + team	14
handledning + demensteam	1

Den utbildning respektive handledning som erbjöds riktades framför allt till undersköterskor och vårdbiträden (Tabell 3). 89 % av dem som utbildades tillhörde denna grupp. Utbildningarna genomfördes med hjälp av storföreläsningar, grundkurser i omvårdnad samt påbyggnadsutbildningar. Den rapporterade utbildningstiden per anställd var fem dagar på heltid (median) men en femtedel av kommunerna rapporterade en utbildningstid på fyra veckor eller mer.

Tabell 3. Rapporterat antal anställda som utbildats, fått handledning respektive ingått i demensteam inom ramen för Kompetensstegens aktiviteter (n=111 kommuner/stadsdelar).

	Antal	Andel %
Totalt antal anställda	83 267	
Antal anställda som utbildats	32 067	39
Varav Undersköterskor/vårdbiträden	28 643	89
Sjusköterskor	1 343	4
Sjukgymnaster/arbetsterapeuter	400	1
Chefer	763	2
Anställda som fått handledning	8 149	10
Anställda som deltagit i demensteam	186	0.2

Typ av utbildning

Den vanligaste utbildningsaktiviteten var olika påbyggnadsutbildningar, vilket rapporterades från 82 % av kommunerna. Dessa utbildningar förutsatte ofta, men inte alltid, tidigare utbildning på grundnivå. Kurser för personal i specifika roller (handledarutbildning, kontaktpersoner) genomfördes i 34 % av kommunerna. Även demenscirklar och olika påbyggnadskurser för all personal, eller stora delar av personalen, genomfördes i 46 % av kommunerna. Nio procent valde att låta utvald personal gå specifika utbildningar på Silviahemmet eller på högskola/universitet. Genombrottsmetoden uppgavs vara en metod för utbildning i 12 % av kommunerna, men om metoden följs bör detta snarare beskrivas som verksamhetsutveckling än utbildning. Grundkurser syftade till att ge en basal kompetens i omsorgsarbetet vid demenssjukdom. En grundkurs kunde utgöras av delar av gymnasiets omvårdnadsprogram eller vara en skraddarsydd utbildning efter personalens önskemål.

Drygt hälften (55 %) av utbildningarna uppgavs vara föreläsningar för en större publik. Vanliga ämnen i utbildningarna var etik och bemötande, validation, reminiscens, läkemedelsbehandling samt kost och nutrition.

Tio procent av äldreomsorgspersonalen fick handledning som en del av aktiviteterna inom Kompetensstegen. Även här var det i första hand undersköterskor och vårdbiträden (81 %) som var målgrupp. Den totala tiden för handledning per anställd var vanligtvis cirka 16 timmar.

Demensteamens uppdrag och sammansättning varierade mellan kommunerna. Den vanligaste beskrivningen gällde ett team bestående av sjuksköterskor och undersköterskor, som riktade sin verksamhet både till demenssjuka och anhöriga i ordinärt boende samt till personalen inom hemtjänsten och särskilt boende (Tabell 4). Det innebär att teamen dels kunde fungera

som en resurs vid akuta situationer för den demenssjuke och som stöd till den anhörige, dels ge stöd och utbildning till personalen i äldreomsorgen.

Tabell 4. Huvudsaklig inriktning på demensteamens arbete (n=24 kommuner/sdf)

Inriktning	Antal kommuner/sdf	Andel
Stöd till äldre och anhöriga	4	17
personal	8	33
äldre, anhöriga och personal	10	42
Inte svarat hur	2	8

Kommentar

Resultaten av kartläggningen visar att många kommuner/stadsdelar valt att satsa på specifika aktiviteter inom demensområdet och att det fanns en stor spännvidd på aktiviteterna. Olika former av utbildningsaktiviteter var dominerande inslag. Detta överensstämmer med intentionerna från kommittén för Kompetensstegen, som såg arbetsplatsförlagd utbildning som ett exempel på metoder för att utveckla kvalitetsarbetet och kompetensutveckla personalen inom kommunernas äldreomsorg. Kommittén uppmuntrade även kommunerna att bedriva handledning, vilket var tionde kommun (av de 111 kommunerna/stadsdelarna som deltagit i denna kartläggning) uppgav att de gjort. En dryg tredjedel av kommunerna har följt upp den teoretiska utbildningen med praktiska uppföljningar och handledning.

Det är rimligt att anta att kunskaper om demens hos personalen i förlängningen är till nytta för de äldre. Personal med goda kunskaper bör rimligen ha större förutsättningar att ge vård och omsorg med god kvalitet än anställda som har sämre kunskaper om demens. Detta antagande är dock ännu inte belagt (SBU, 2008).

Av denna kartläggning framgår att i de 111 kommuner/stadsdelar som deltagit i denna studie har cirka 40 % av de anställda (dvs. drygt 32 000 personer) fått ta del av aktiviteterna som rör demensområdet inom Kompetensstegen. Utöver detta har många kommuner parallellt valt att prioritera demensområdet med hjälp av andra statliga satsningar.

Av de 172 kommuner som sökt medel för utbildning inom demensområdet besvarade endast 111 den enkät som skickats ut. Detta gör att de resultat som presenteras ovan inte ger en fullständig beskrivning av kommunernas satsningar på demensområdet.

Sammanfattningsvis har Kompetensstegens upplägg gjort det möjligt för kommunerna att till stor del själva välja inriktning på sina aktiviteter, liksom på själva utförandet av dessa. Detta visar sig också i denna kartläggning, där en stor spännvidd av aktiviteter kan konstateras. Olika former av utbildningar och handledning var dominerande inslag, vilket överensstämmer med intentionerna från kommittén för Kompetensstegen. Dessutom har ett flertal demensteam startats. Detta har inneburit en organisatorisk förändring, där stöd kunnat ges till både äldre, anhöriga och personal.

Summering

De sex skilda studierna genomfördes med olika metoder och olika utfallsmått. Tabell 5 sammanfattar hur de olika studierna genomförts och vad resultaten visat.

Tabell 5. Sammanfattning av de sex delstudierna. För varje studie beskrivs ämne, antal deltagare, utfallsmått samt betydelse för personal respektive för den äldre som en följd av Kompetensstegen.

Ämne	Deltagare	Antal	Utfallsmått	Betydelse för personal	Betydelse för den äldre
Handläggning	Anställda	124	Beslut i fiktiva biståndsärenden	Ingen indikation på ökad samstämmighet	-
Dokumentation	Kommuner	90	Antal tillsynsärenden	Ingen indikation på minskad kritik	-
Läkemedel	Kommuner	24	Antal + kombinationer av läkemedel	-	Ingen indikation på bättre läkemedelsanv.
Munhälsa	Anställda	95	Rapporterade attityder + rutiner	Rapporterat ändrade rutiner	Rapporterad bättre munhälsa, enl. personal
Fallprevention antal fallskador	Anställda	83	Kunskapsprov + antal fallskador		Ökad kunskap Indikerat minskat
Demens	Kommuner	111	Beskrivning av utbildning	Förmodat ökad kunskap	-

Diskussion

Kompetensstegen var en treårig nationell satsning (2006–2008) för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Genom olika aktiviteter skulle personalens kompetens öka och därmed skulle också den äldre gynnas. Kompetensstegen har präglats av en bred uppslutning och ett stort engagemang i flertalet av landets kommuner. Ett stort antal aktiviteter har genomförts inom en mängd områden och med ett flertal olika pedagogiska metoder. Utvärderingen har trots detta avgränsats till sex kunskapsområden: handläggning, dokumentation, läkemedel, munhälsa, fallskadeprevention och demens. För samtliga områden har empiriska studier bedrivits.

Sammanfattning av resultaten

Resultaten talar för att Kompetensstegen haft betydelse för personalens kunskaper och färdigheter i tre av sex studerade områden: Personal som utbildats i fallskadeprevention fick ökade kunskaper i ämnet. Personal som utbildats i munhälsa rapporterade att nya rutiner introducerats på arbetet samt att deras uppmärksamhet på munhälsa var större efter utbildningen. Dessutom, visades i en vinjettstudie att biståndshandläggare tenderade att oftare bevilja ansökningar om äldreomsorg efter utbildning. Här fanns dock samtidigt en bristande samstämmighet i vilka beslut handläggarna fattade, oavsett om de deltagit i utbildning eller ej.

Däremot gick det inte att avläsa någon effekt av utbildning för antalet tillsynsändanden där Länsstyrelserna riktat kritik mot den sociala dokumentationen. Under hela den tid som Kompetensstegen pågick minskade kritiken både till de kommuner som utbildat sin personal inom Kompetensstegen och till dem som inte gjort det. Ett liknande resultat gäller läkemedelsområdet. Enligt vissa kvalitetsindikatorer (Socialstyrelsen, 2003) förbättrades läkemedelsanvändningen bland sköra äldre (80 år eller äldre) i landets kommuner, oavsett om utbildning bedrivits inom Kompetensstegen eller ej.

Utöver detta visar resultatet att aktiviteterna inom demensområdet varit omfattande, men inga effekter är studerade.

Inte för något av de studerade områdena har utvärderingen kunnat belägga att Kompetensstegen haft någon omedelbar betydelse för de äldre. Det är möjligt att resultatet skulle vara annorlunda med en längre uppföljningstid. Det finns till exempel indikationer på att antalet allvarliga fallskador minskade under Kompetensstegens sista år i de kommuner där personalen utbildats i fallskadeprevention.

Resultatens tillförlitlighet

Utvärderingen har styrts av två viktiga omständigheter. Den första är att uppdraget gavs först efter det att Kompetensstegen pågått i ett år. Detta har

påverkat möjligheten att få förmättningsdata, vilket i sin tur försvårar tolkningen av utbildningens effekter. Eventuella skillnader mellan grupper kan ha funnits redan innan satsningen genomfördes. Den andra omständigheten är att uppföljningstiden varit begränsad, vilket gör att några av resultaten är preliminära. Vissa mätbara effekter av satsningen kan inte fångas förrän efter ett par år, då registerdata finns tillgängliga. Därför, och med tanke på de relativt små urvalen i flera av delstudierna, bör resultaten tolkas med försiktighet.

I Kompetensstegen ingick ett mycket stort antal projekt med olika form och innehåll. I samråd med Kompetensstegens kansli har utvärderingen därför avgränsats till att belysa sex kunskapsområden. Det betyder att denna utvärdering endast avser delar av det arbete som genomförts inom ramen för Kompetensstegen. Urvalet av områden gjordes stegvis. Hänsyn togs både till att områdena skulle vara stora (dvs. att många kommuner hade sökt medel för detta område), att tydliga utfallsmått kunde identifieras inom områdena samt att utvärderingen skulle vara praktiskt genomförbar med de resurser som stod till förfogande. För ett av dessa områden, läkemedel, finns nationella kvalitetsindikatorer (Socialstyrelsen, 2003). Två andra områden, läkemedel och fallskador, har valts ut för vidare arbete med nationella kvalitetsindikatorer inom vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2009a).

Kompetensutveckling är inte bara undervisning

Det finns flera förklaringar till att det inte går att avläsa tydligare effekter av Kompetensstegen. En första är att forskning har visat att det inte finns någon automatisk koppling mellan undervisning, förbättrade kunskaper och ändrat arbetssätt (t.ex. Fixsen m.fl., 2005). Även om utbildning av personal ger effekt på kunskaper och färdigheter, leder den inte automatiskt till att arbetssättet förändras. Flera forskare har framhållit vikten av att personalutbildning inte enbart begränsas till kunskapsförmedling genom föreläsningar och lektioner. Den undervisning som ökar sannolikheten för att nya kunskaper också ska börja användas i praktiken, inkluderar även praktiska övningar samt tillgång till handledare som över tid ger stöd i den ordinarie verksamheten (Aylward et al., 2003; Kaasalainen, 2002; Kuske et al., 2007; McCabe, Davison, & George, 2007; Pearson & Chalmers, 2004).

En annan förklaring är att ett lyckat förändringsarbete förutsätter mer än utbildning (Fixsen m.fl., 2005; Roselius & Sundell, 2008). Framgångsfaktorer vid implementering är framförallt att de berörda har undersökt vilka behov som finns och anpassat förändringsarbetet efter dessa. Planering och ett tydligt ledarskap förefaller vara andra viktiga faktorer, liksom förankring. Till sist är ett genomgående tema i såväl internationell forskning som i svenska exempel att förändringsarbete tar lång tid och förutsätter uthållighet. En grov uppskattning är att det tar två till och fyra år från beslutet att förändra en verksamhet tills den nya metoden har integrerats och används generellt. Det har här inte gått att undersöka i vilken mån personalen, i de kommuner som ingår i utvärderingen, har fått möjlighet att tillämpa sina nya färdigheter.

En tredje möjlig förklaring till att Kompetensstegen inte haft tydligare effekter är att det som implementerats inte är evidensbaserat. När det gäller

sociala interventioner inom äldreområdet, finns det få metoder med starkt vetenskapligt stöd (Sundell m.fl., 2008). Utan metoder som är effektiva ska man inte förvänta sig att utbildningsinsatser – oavsett hur väl de har implementerats och tillämpas i praktiken – ska ge avläsbara effekter hos de äldre.

Att utvärdera statliga satsningar

Förutsättningarna för att utvärdera Kompetensstegen var inte optimala. När det handlar om utvärderingar av en satsnings (dvs. intervention) effekter, underlättas tolkningen av resultaten om det finns en beskrivning av situationen såväl före (förmätning) som efter interventionen (eftermätning). Det ger en möjlighet att avläsa hur stor förändring som skett. Har man möjlighet att göra en förmätning kan man också samla in information som inte finns tillgänglig i registerdata men som kan spela roll för hur framgångsrik en intervention är. Exempel på sådan information är personalens kompetens och motivation till förändringsarbete och andra parallella förändringsarbeten som pågår i en kommun eller på en arbetsplats.

En rimlig uppföljningstid är också viktig för att kunna avläsa effekter av interventioner. Förändringsarbete är inte en engångsaktivitet utan utgör en process som vanligtvis sträcker sig över flera år. Med en kort uppföljningstid finns det en risk för att förhastade slutsatser dras och att en i grunden effektiv intervention förkastas.

Till sist är det viktigt att det finns någon form av jämförelsegrupp som interventionen kan speglas mot. Utan en sådan är det svårt (omöjligt) att avgöra hur stor del av den förändring som sker som faktiskt beror på interventionen och inte på andra faktorer. Det är därför en fördel om en planerad satsning inte genomförs samtidigt för alla berörda. Förslagsvis kan först en grupp få del av interventionen och vid ett senare tillfälle en annan. Den senare gruppen kan då fungera som jämförelsegrupp vid den första delen av satsningen.

Sammanfattningsvis är det önskvärt att forskare tidigt involveras i en planerad satsning, att datainsamlingen kan påbörjas innan satsningen startar, att det finns jämförelsegrupper samt att det ges rimlig tid för uppföljning.

Mot en evidensbaserad äldreomsorg

Äldreomsorgen har fått allt större politisk uppmärksamhet och kännetecknas av flera stora satsningar, varav Kompetensstegen varit en. Även om ingen omedelbar betydelse har kunnat påvisas av Kompetensstegen för den äldre, så har ändå Kompetensstegen i viss mån haft betydelse för personalens kunskaper. Dessutom, som nämnts ovan, är betydelsen av praktiska övningar, handledning och ledarskap väsentlig när det gäller ett lyckat förändringsarbete. En möjlig konsekvens av detta är att kommunerna fortsättningsvis satsar på handledd praktik och aktiv arbetsledning.

Äldreomsorgen präglas av att både medicinska och sociala behov ska tillgodoses. Även om brister ofta påtalats när det gäller den medicinska vården av äldre, har en hel del forskning bedrivits (SBU, 2003). När det gäller social omsorg är kunskapsunderlaget mindre. Det är till exempel ganska lite känt vad som är bäst för vem när det gäller boendeformer och anhängigstöd.

För det fortsatta utvecklingsarbetet finns flera önskemål. Ett är att forskning i större utsträckning ska prioritera utveckling av standardiserade bedömningsmetoder för att värdera äldres behov. Ett annat önskemål är att utbilda personal inom äldreområdet i att använda bedömningsinstrument för att värdera insatsers effekter för enskilda äldre. Eftersom evidensbaserade interventioner bygger på genomsnittliga skillnader mellan minst två olika alternativ, betyder det att det både finns de som gynnas mer och de som gynnas mindre av interventionen. I det enskilda fallet är det svårt att avgöra vilken grupp en enskild person tillhör. För att kunna avgöra det behövs adekvata bedömningsmetoder. Ett tredje önskemål är att forskning i större utsträckning än idag ska prioritera effektutvärderingar, dvs. studera vilka konsekvenser som ett ändrat arbetssätt, eller ändrade villkor, får för den äldre eller dennes anhöriga. Ett fjärde önskemål är att fortsätta utvecklingen av kriterier för lokal verksamhetsutvärdering för både kommuner och enskilda arbetsplatser. Ett led i detta är de nationella kvalitetsindikatorer och riktlinjer som för närvarande tas fram på Socialstyrelsen.

Referenser

- Aylward, S., Stolee, P., Keat, N. & Johncox, V. (2003). Effectiveness of Continuing Education in Long-Term Care: A Literature Review. *Gerontologist*, 43(2), 259-271.
- Bråne, G., Karlsson, I., Kihlgren, M. & Norberg, A. (1989). Integrity-promoting care of demented nursing home patients: Psychological and biochemical changes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(3), 165-172.
- Carlsson, T. & Nilsson, A. (2008). *Social dokumentation – ett steg till*. Stockholm: Gohia.
- Demensförbundet. (2009). www.demensforbundet.se
- Eriksson, S. & Wahlund, L. (2003). Kognitiva sjukdomar inkl. konfusionella tillstånd. I: SBU (Ed.). *Evidensbaserad äldreomsorg. En inventering av det vetenskapliga underlaget* (s. 51-85). Göteborg: Elanders Graphic Systems.
- Fastbom, J. (2001). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of Florida.
- Folkhälsoinstitutet. (2009). *Falloolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder* (Nr: 2009:1): Statens Folkhälsoinstitut.
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hagman-Gustafsson, M., Holmén, A., Strömberg, E., Gabre, P. & Wårdh, I. (2008). Who cares for the oral health of dependent elderly and disabled persons living at home? A qualitative study of care managers' knowledge, attitudes and initiatives. *Swedish Dental Journal*, 32, 95-104.
- Hugoson, A., Koch, G., Göthberg, C., Nydell Helkimo, A., Lundin, S., Norderyd, O., Sjödin, B. & Sondell, K. (2005). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden, during 30 years. *Swedish Dental Journal*, 29, 125-138.
- Jonsson, M. & Wård, I. (2007). *Vårdpersonalens inställning till och kunskap om munvård vid särskilda boenden i Jönköpings län – fem år efter införandet av tandvårdsreformen 1999. Rapport från folktandvården*. Landstinget i Jönköpings län.
- Joyce, B. & Showers, B. (1995). *Student achievement through staff development*. New York: Longman Publishers USA.

- Joyce, B. & Showers, B. (2002). *Student achievement through staff development* (Vol. 3). Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Juslin, M. & Nordenram, G. (2007). *Uppsökande tandvård. Många berättigade är okända* (Nr. 2007:9). Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Kaasalainen, S. (2002). Staff development and long term care of patients with dementia *Journal of Gerontological Nursing*, 27(7), 39-46.
- Klinge, B. (2008). Tänderna – en hjärtefråga. *Nordisk Geriatrik*, 2, 10-15.
- Kragh, A. (2004). Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. *Läkartidningen*, 11, 994-998.
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M., Behrens, J. & Riedel-Heller, S. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818-841.
- Lingström, P. (2008). Saliven – viktig genom hela livet. *Nordisk Geriatrik*, 2, 16-21.
- Lundebjerg, N. (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 664-672.
- Matsson, S. (2000). *Fallolyckor bland äldre – en rapport om produkters inverkan på äldres fallolyckor* (Nr. 2000:4). Stockholm: Konsumentverket.
- McCabe, M., Davison, T. & George, K. (2007). Effectiveness of staff training programs for behavioral problems among older people with dementia. *Aging and Mental Health*, 11(5), 505-519.
- O'Brien, M., Freemantle, N., Oxman, A., Wolf, F., Davies, D. & Herin, J. (2001). Continuing education meetings and workshops: effects of professional practice and health care outcomes. *Cochrane Databases of Systematic Reviews*.
- Olsson, T. & Sundell, K. (2008). Implementering steg för steg – vad säger forskningen? I: M. Roselius & K. Sundell (Red.) *Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering* (s. 30-58). Stockholm: Gothia.
- Paulsson, G., Söderfeldt, B., Nederfors, T. & Fridlund, B. (2002). Nursing personnel's views on oral health from a health promotion perspective: a grounded theory analysis. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60, 42-49.
- Pearson, A., & Chalmers, J. (2004). Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JBH reports*, 2, 65-113.
- Reed, R., Broder, H., Jenkins, G., Spivack, E. & Janal, M. (2006). Oral health promotion among elderly persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology*, 23, 73-78.
- Regeringskansliet. (2007). Kompetensstegen, www.kompetenstegen.se
- Roselius, M. & Sundell, K. (red.) (2008). *Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: IMS och Gothia.

- Räddningsverket. (2003). *Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader*. Karlstad: SRV.
- Räddningsverket. (2004). *Olyckor i siffror. En rapport om olycksutvecklingen i Sverige*. Karlskoga.
- Salonen, T. (1998). Klient. I: V. Denvall & T. Jacobson (Eds.) *Vardagsbegrepp i socialt arbete: ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts juridik.
- SBU (2003). *Evidensbaserad äldreomsorg – En inventering av det vetenskapliga underlaget*. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering.
- SBU (2006). *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för Medicinsk Utvärdering.
- SBU (2008). *Dementia – Caring, ethics, ethnical and economical aspects* (Nr. 172E/3): Statens Beredning för medicinsk Utvärdering.
- SBU (2009). *Äldres läkemedelsanvändning – Hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk utvärdering.
- SFS (1998). *Tandvårdsförordning* (No. 1998:1338): Svensk författningssamling.
- Sjögren, P., Nilsson, E., Forsell, M., Johansson, O. & Hoogstraate, J. (2008). A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *Journal of American Geriatric Society*, 56, 2124-2130.
- Socialstyrelsen (2001). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003). *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004). *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Vård och omsorgsassistenters kvalifikationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007a). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007b). *Kostnadsskillnader i äldreomsorgen. Vad beror de på?* (Nr. 2007-131-3). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007c). *Systematiskt arbete för äldres säkerhet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008a). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008b). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008c). *Social tillsyn. Länsstyrelsernas iakttagelser under 2006 och 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2009a). *Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009b). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009c). *Äldre – vård och omsorg den 30 juni 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & Länsstyrelserna (2007). *Förstärkt tillsyn av vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS (1997). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård (Vol. 1997:14). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2006). *Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor* (Nr. 2006:65). Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- SOU (2007). *Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- SOU (2008). *I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- Sundell, K., Brännström, L., Larsson, U. & Marklund, K. (2008). *På väg mot en evidensbaserad praktik. 834 kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden*. Stockholm: Socialstyrelsen, IMS. (www.socialstyrelsen.se/ims)
- Wårdh, I. (2002). *Oral health care in nursing. Attitudes, priorities and education*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, Avdelningen för endodonti med oral diagnostik.
- Österberg, T. & Steen, B. (2003). Oral hälsa. I: B. Steen (Ed.) *Att bli äldre. De gerontologiska och geriatriska populationsstudierna i Göteborg 1971-2002* (s. 43-51). Göteborg: Göteborgs Universitet, Avdelningen för geriatrik.