

# Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi

– strategiskt viktiga problem  
och förslag till åtgärder

*Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.*

ISBN 978-91-86585-98-3  
Artikelnr 2011-3-34

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2011

# Förord

---

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting lämna förslag på hur ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan uppnås i olika verksamheter för äldre.

I denna rapport redovisar Socialstyrelsen förslag till åtgärder för att öka kompetensen i geriatrik och gerontologi. Rapporten är framtagen av projektledare *Frida Nobel* med stöd av äldresamordnare *Gert Alaby* och statistiker *Hans Schwarz*, Socialstyrelsen.

Underlag till rapporten är inhämtat bland annat från Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk Geriatrisk Förening, Kommunalarbetsförbundet, Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Svensk Kuratorsförening samt Sveriges Kommuner och Landsting.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör



# Innehåll

---

<b>Förord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammanfattning och förslag</b> .....	<b>7</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>10</b>
<b>Metod och genomförande</b> .....	<b>11</b>
<b>Utbildning</b> .....	<b>13</b>
<b>Utbildningsområdet för läkare</b> .....	<b>13</b>
Grundutbildning.....	13
Jämförelse med situationen inom specialiteten psykiatri.....	14
Allmäntjänstgöring .....	14
Fåtal AT-läkare inom geriatrisk verksamhet .....	14
Specialiseringstjänstgöring .....	15
Brist på ST-tjänster.....	15
Ansvarsfördelning .....	16
Fortbildning .....	17
<b>Forskning</b> .....	<b>19</b>
<b>Verksamhetens innehåll och förutsättningar</b> .....	<b>20</b>
<b>Verksamhetens innehåll</b> .....	<b>20</b>
Vad talar för en utveckling av geriatrisk i alla led i vårdkedjan?.....	20
Kunskapsspridning .....	21
<b>Verksamhetens förutsättningar</b> .....	<b>21</b>
Arbetsmiljö och arbetsvillkor .....	21
Ersättningssystem .....	22
Ersättningssystem som gynnar rekrytering.....	22
Samverkan .....	23
<b>Utbildning och verksamhetsfrågor inom övriga personalgrupper</b> .....	<b>25</b>
Socionom.....	25
Sjuksköterska.....	26
Sjukgymnast .....	26
Arbetsterapeut.....	26
Vårdbiträde och undersköterska .....	26
Sammanfattning.....	27
<b>Tillgång på specialistläkare</b> .....	<b>28</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>31</b>



# Sammanfattning och förslag

---

*Det är omöjligt att försumma roten och likväl vårda grenarna.*

*Konfucius, 555 - 479 f.Kr*

De senaste årens satsningar med prestationsbaserad ersättning inom äldreområdet, exempelvis genom ekonomisk stimulans för deltagande i kvalitetsregister, är ett steg på väg mot en god hälso- och sjukvård och omsorg för äldre. Att enbart mäta utfallet i kvalitet utan att samtidigt utbilda och bemanna för uppgiften, bedömer Socialstyrelsen dock långt ifrån tillräckligt. För att nå en god kvalitet inom äldres hälso- och sjukvård och omsorg behövs en samtidig satsning på geriatrisk kunskapsförstärkning i alla utbildningsled för alla personalkategorier.

Det nuvarande innehållet av geriatrisk utbildning i läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring medför att 9 av 10 legitimerade läkare i Sverige inte haft mer än totalt 1-2 veckors utbildning i geriatrisk utbildning under sammanlagt 7 år. Socialstyrelsens bedömning är att denna korta tid avsatt för geriatrisk utbildning medför både en allvarlig kunskapsbrist vad gäller kompetensområdet geriatrisk och en bristande kännedom om vad geriatrisk verksamhet innefattar. Detta är synnerligen oroväckande ställt mot den demografiska utvecklingen där framtidens sjukvård så uppenbart är i behov av denna kompetens.

Det finns ett flertal studier som visar på en mer kostnadseffektiv vård när geriatrisk kompetens tas tillvara inom relevanta områden. En avgörande förutsättning för både rekrytering till specialiteten och för att bedriva god geriatrisk vård, är att geriatrisk verksamhet hålls samlad. Det finns ett stort behov av att utöka antalet geriatriska verksamheter, till vilka hör såväl slutenvårdsplatser med akutsjukvård och rehabilitering som öppenvårdsmottagning och läkarinsatser i kommunal omsorg och särskilda boenden.

För att behålla samma nivå av antal geriatriker som finns idag fordras utöver nuvarande utbildningstakt att ytterligare drygt 200 utbildas fram till år 2025. Detta är dock långt ifrån en adekvat dimensionering då det redan idag finns stora brister inom hälso- och sjukvård för äldre. För en utveckling av geriatrisk kompetens och verksamhet behövs fram till år 2025 cirka 350 geriatriker utöver dem som redan prognostiseras med nuvarande utbildningstakt. Socialstyrelsen anser att det mot denna bakgrund är nödvändigt att inrätta fler ST-tjänster i geriatrisk och förordar en ökning med 20-25 ST-tjänster i geriatrisk per år.

Landstingen har en lagfäst självstyrande roll att planera för läkares ST i en omfattning som motsvarar det framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Socialstyrelsen anser att landstingens planering vad gäller specialiteterna allmänmedicin, geriatrisk och psykiatri med utgångspunkt från befolkningens behov har stora brister. Här finns all anledning för landstingen att se över prioritering vid inrättande av ST-tjänster.

Geriatrisk är en relativt ny specialitet, och har som sådan fortfarande svårigheter att hinna med vetenskaplig kunskapsinhämtning i samma takt som

många andra medicinskt mer etablerade specialiteter. Framtidens demografiska utveckling ställer nu dock ändrade krav på vilken ny kunskap samhället och sjukvården är i behov av jämfört med tidigare decennier. Socialstyrelsen bedömer därför att det är hög tid att beakta detta vid fördelning av medel för forskning.

En förutsättning för spridning av kunskap inom geriatrik och gerontologi är att det finns en kompetensplattform att verka utifrån. Redan idag finns möjligheter att för detta använda sig av befintliga FoU-enheter runt om i landet. Dessutom har relativt nyligen inrättats regionala kompetenscentra inom cancersjukvård. Även dessa skulle kunna utgöra en lämplig plattform, särskilt som en stor del av cancerpatienterna finns hos den äldre befolkningen. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att säkerställa kunskap inom geriatrik och gerontologi inom utvecklingen av både befintliga och planerade kompetenscentra

De finansiella ersättningssystem som idag dominerar inom landstingen inriktas på produktion av exempelvis operativa ingrepp, mottagningsbesök, korta vårdtider, många vårdtillfällen och hög tillgänglighet. Detta styr resurserna mot specifika punktinsatser och kan missgynna en god vård för de mest sjuka äldre, som för att uppnå bästa möjliga resultat istället är i större behov av kontinuitet, multiprofessionell bedömning, uppföljning och utvärdering. Socialstyrelsen anser att ersättningssystemens utformning är helt avgörande för att uppnå en god och säker vård för dem med flera samtidiga sjukdomar och komplexa vårdbehov. Socialstyrelsen anser därför att huvudmännen bör se över möjligheterna att premiera ersättningssystem som ger en utveckling mot god och säker vård även för de mest sjuka äldre.

Socialstyrelsen anser att både regeringen och huvudmännen behöver överväga riktade satsningar inom respektive ansvarsområden.

Socialstyrelsen föreslår:

- att regeringen överväger att tillskjuta särskilt anslag för utveckling av specialistkompetenskurser (SK-kurser) i geriatrik
- att regeringen överväger att tillskjuta riktade medel för att understödja verksamhetsnära forskning inom ämnesområdena geriatrik och gerontologi
- att huvudmännen ser över den utbildning som bedrivs inom landstingen för att säkerställa att den motsvarar patienternas och sjukvårdens behov
- att huvudmännen ser över tillsättningen av ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa den framtida tillgången till specialistläkare i geriatrik
- att huvudmännen säkerställer att behovet av fortbildning inom både allmänmedicin och geriatrik tillgodoses

Vid probleminventeringen har Socialstyrelsen identifierat motsvarande behov av kompetensförstärkning inom andra yrkesgrupper som inom yrkesgruppen läkare. Socialstyrelsen avser därför att utreda ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi inom övriga yrkesgrupper ytterligare. I nuläget har Socialstyrelsen flera pågående uppdrag som rör äldreområdet, exempelvis



kring värdegrundsarbete, palliativ vård och de mest sjuka äldre. Flera av dessa uppdrag har nära samöre med frågan om kompetensutveckling i geriatrik och gerontologi inom andra yrkesgrupper än läkare och Socialstyrelsen kommer därigenom att arbeta vidare med frågan.

# Inledning

---

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting lämna förslag på hur ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan uppnås i olika verksamheter för äldre.

En stor del av hälso- och sjukvårdens verksamhet och resurser riktas till äldre personer. Detta ställer särskilda krav på hälso- och sjukvårdens förmåga att tillhandahålla bland annat läkarinsatser till den hälso- och sjukvård för äldre som bedrivs i ordinärt och särskilt boende (hemsjukvård). Det förutsätter att dessa läkare, sjuksköterskor och övrig personal inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg har geriatrisk och gerontologisk kompetens.

Regeringen anger i propositionen Värddigt liv i äldreomsorgen (prop.2009/10:116) att en del av de problem som redovisas inom äldreomsorgsområdet, till exempel återkommande oplanerade akutinläggningar av äldre på sjukhus, har att göra med bland annat brist på läkarresurser och geriatrisk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården. Som förklaring till detta anförs ofta brister i organisation och samverkanssvårigheter mellan kommuner och landsting. Regeringen bedömer att det finns skäl att i detta sammanhang uppmärksamma bristen på specialistutbildade läkare inom geriatrik och allmänmedicin. Tillgången till läkare generellt fortsätter att öka men enligt prognoser från Socialstyrelsen kommer bristerna när det gäller dessa specialiteter att kvarstå och vara ojämnt fördelad över landets sjukvårdsregioner även framöver, trots att merparten av hälso- och sjukvårdens resurser riktas till äldre.

Uppdraget från regeringen har således utformats med betoning på bristen på specialistläkare inom området. Dock förutsätter en hälso- och sjukvård och omsorg med god geriatrisk och gerontologisk kompetens att läkaren ingår i ett fullständigt team med andra personalkategorier, såsom sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister, farmaceuter och socionomer. Därför har Socialstyrelsen valt att så långt möjligt även beröra dessa infallsvinklar. Vid probleminventeringen har Socialstyrelsen identifierat motsvarande behov av kompetensförstärkning inom andra yrkesgrupper som inom yrkesgruppen läkare. Socialstyrelsen avser därför att utreda ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi inom övriga yrkesgrupper ytterligare. I nuläget har Socialstyrelsen flera pågående uppdrag som rör äldreområdet, exempelvis kring värdegrundarbete, palliativ vård och de mest sjuka äldre. Flera av dessa uppdrag har nära samröre med frågan om kompetensutveckling i geriatrik och gerontologi inom andra yrkesgrupper än läkare och Socialstyrelsen kommer därigenom att arbeta vidare med frågan.

# Metod och genomförande

---

Metod för insamling av underlag har varit hearing vid två tillfällen (10 januari respektive 14 januari 2011), yttranden från Socialstyrelsens vetenskapliga råd samt forskningsresultat. Underlaget utgör inte en fullständig kartläggning av samtliga på området befintliga vetenskapliga studier, utan har avgränsats i antal för att belysa de viktigaste strategiska faktorerna för att öka kompetens i geriatrik och gerontologi.

Vid hearingarna deltog Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Förening för Allmänmedicin, Svensk Geriatrisk Förening, Kommunalarbetsareförbundet, Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund och Svensk Kuratorsförening. Sammanlagt deltog vid hearingarna 13 personer från dessa yrkesorganisationer.

Yttranden har inkommit från Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom allmänmedicin, geriatrik, gerontologi, palliativ vård, geriatrisk rehabilitering, psykogeriatrisk, omvårdnad med inriktning på äldre samt socialt arbete med inriktning äldreomsorg. Sammanlagt har 10 yttranden inkommit.

Den specifika frågeställningen till både deltagarna vid hearingarna samt till Socialstyrelsens vetenskapliga råd var följande: ”Vilka faktorer kan antas vara av stor betydelse för rekrytering till kunskapsområdet geriatrik och gerontologi?”

Via ett nätverk av verksamhetschefer inom geriatrik har en översiktlig kartläggning gjorts av antalet läkare under allmäntjänstgöring (AT-läkare) som tjänstgör vid geriatrisk klinik.

Dessutom utgörs underlaget av ett antal artiklar i Läkartidningen samt vetenskapliga artiklar med fokus på geriatrisk kompetens och kvalitetseffekter både från svenska och utländska studier. Urval av artiklar har gjorts med vägledning av Socialstyrelsens vetenskapliga råd och med tanke på aktualitet.

Samtliga yttranden och minnesanteckningar har därefter analyserats och sammanställts. Slutsatser har sedan dragits, varefter förslag till åtgärder formulerats utifrån de strategiskt viktigaste frågorna.

Infallsvinkeln har avgränsats till att företrädesvis beröra kompetens inom geriatrik och gerontologi hos läkare, då uppdraget från regeringen har utformats med en tydlig betoning på bristen på specialistläkare inom området. Dock förutsätter en hälso- och sjukvård och omsorg med god geriatrisk och gerontologisk kompetens att läkaren ingår i ett fullständigt team med andra personalkategorier, såsom sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister, farmaceuter och socionomer. Därför har Socialstyrelsen valt att så långt möjligt beröra även dessa infallsvinklar. Vid probleminventeringen har Socialstyrelsen identifierat motsvarande behov av kompetensförstärkning inom andra yrkesgrupper som inom yrkesgruppen läkare. Socialstyrelsen avser därför att utreda ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi inom övriga yrkesgrupper ytterligare.

En grundläggande kunskap om det normala åldrandet, gerontologi, ingår i läkares specialistkompetens i geriatrik. Med tanke på att tonvikten i detta uppdrag gäller kompetens hos läkare har inte ämnesområdet gerontologi belysts särskilt.

# Utbildning

---

Både vid hearingarna och ur yttranden från Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom området framkom en överväldigande samstämmighet om att utbildningssituationen inom området geriatrik och gerontologi är av avgörande betydelse för rekrytering till området. Detta gäller samtliga personalkategorier inom området.

De senaste årens satsningar med prestationsbaserad ersättning inom äldreområdet, exempelvis genom ekonomisk stimulans för deltagande i kvalitetsregister, är ett steg på väg mot ökad kvalitet. Att enbart mäta utfallet i kvalitet utan att samtidigt utbilda och bemanna för uppgiften, bedömer Socialstyrelsen dock inte vara tillräckligt. För att nå en god kvalitet inom äldres hälso- och sjukvård och omsorg behövs en samtidig satsning på geriatrisk och gerontologisk kunskapsförstärkning i alla utbildningsled för alla personalkategorier.

## Utbildningsområdet för läkare

Utbildningsområdet för läkare inom det geriatriska området kan delas upp i fyra huvudsakliga delar: grundutbildning – allmäntjänstgöring (AT) – specialiseringstjänstgöring (ST) – fortbildning.

### Grundutbildning

I nuvarande grundutbildning av läkare utgör ämnet geriatrik 1-2 veckor av totalt 5,5 år. En kartläggning år 2004 visade en genomsnittlig tid för ämnesområdet geriatrik om 59 timmar (variation 19-106) [1]. En förnyad kartläggning via Svensk Geriatrisk Förening år 2009 visad att genomsnittstiden ökat till 76,7 timmar (variation 14-120). Variationen är således stor och grundkompetensen blir därför olika över landet [2-4].

Vid både hearingarna och i samtliga yttranden från Socialstyrelsens vetenskapliga råd påtalades att den korta tid man under grundutbildningen kommer i kontakt med geriatrisk verksamhet är en viktig anledning till att rekryteringen till ämnesområdet geriatrik försvåras. Dessutom uteblir en tillräcklig grundkompetens om både åldrandet (gerontologi), åldrandets sjukdomar och flera samtidiga sjukdomar hos en åldrande individ (geriatrik).

När läkarstudenter får prestigerangordna de medicinska specialiteterna hamnar geriatrik långt ned [5,6]. Att den faktiska erfarenheten från geriatrisk klinik för de allra flesta av Sveriges legitimerade läkare är 1-2 veckor ger heller inte någon större möjlighet att förändra bilden av ämnesområdet geriatrik. Läkarstudenters och AT-läkares bild av geriatrisk verksamhet förmedlas i de allra flesta fall av andra specialister; den internmedicinare, ortoped eller kirurg man har som handledare i den aktuella situationen. Den uppfattning som förmedlas riskerar därför att bli onyanserad och inte sällan missvisande när den ses utifrån en annan verksamhets perspektiv.

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

Socialstyrelsen anser att åtgärder behöver vidtas för att påverka att lärosätena säkerställer att den utbildning som bedrivs motsvarar patienternas och sjukvårdens behov.

### Jämförelse med situationen inom specialiteten psykiatri

Ur Riksrevisionens granskning av den statliga satsningen på psykiatri [10] framkom bland annat:

- Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga att förstärka läkarutbildningen i psykiatri. Särskilt vill Riksrevisionen peka på vikten av läkarnas grundutbildning får ett större innehåll av psykiatri. Utökad forskning kan också öka psykiatrins attraktionskraft för blivande läkare. Riksrevisionen rekommenderar att regeringen tar initiativ till åtgärder på detta område.
- Riksrevisionen anser att man bör se över läkarutbildningens organisation och finansiering för att skapa ökad tydlighet i ansvarsförhållanden, dimensionering, styrning och uppföljning. Landstingens åligganden i samband med läkarnas specialistutbildning bör förtydligas, liksom Socialstyrelsens roll när det gäller det Nationella planeringsstödet. Riksrevisionen rekommenderar att regeringen tar initiativ till en översyn av dessa frågor.

Enligt Socialstyrelsens bedömning finns det skäl att beakta Riksrevisionens ovanstående slutsatser även när det gäller utbildning inom och rekrytering till ämnesområdet geriatrik.

### Allmäntjänstgöring

För godkänd läkarlegitimation krävs att föreskrift med målbeskrivningen för AT är uppfylld [7,8]. I målbeskrivningen ställs bland annat krav på att läkaren ”ska ha god kännedom om de särskilda problem och krav som finns i vården av äldre och vid vården i livets slutskede”. Under år 2009 utfärdades totalt 1942 läkarlegitimationer, varav 870 med grundutbildning/AT i Sverige [9].

### Fåtal AT-läkare inom geriatrisk verksamhet

En kartläggning via Svensk Geriatrisk Förenings nätverk av verksamhetschefer i geriatrik, visar att placering inom geriatrisk verksamhet under AT är

sällsynt. Antalet AT-läkare som tjänstgör årligen vid geriatrisk verksamhet är totalt 123. Av dessa tjänstgör 31 vid klinik som tillhör internmedicinsk klinik, men då med ansvar för enstaka geriatriska vårdplatser eller specifika sjukdomsområden såsom exempelvis strokesjukvård. Vid kartläggningen ses även att inte vid något av landets universitetssjukhus tjänstgör AT-läkare vid geriatrisk klinik. Tidigare har ett antal AT-läkare vid Norrlands Universitetssjukhus respektive Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge varit placerade vid geriatrisk klinik, men från år 2011 är så inte längre fallet.

Sammantaget innebär således det nuvarande innehållet av geriatrik i grundutbildning samt AT att 9 av 10 legitimerade läkare i Sverige endast haft 1-2 veckors kunskapsinhämtning inom området geriatrik.

Socialstyrelsens bedömning är att behovet av geriatrisk kompetens inom ramen för AT synes självklart mot bakgrund av den demografiska utvecklingen. Trots detta har vårdgivare som har ansvar för AT-tjänstgöring inte annat än på lokala enheter drivit mot en utveckling som kan säkerställa grundkompetens inom geriatrik. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att huvudmännen beaktar 4 kap 1 § SOSFS 1999:5, [7] som bland annat lyder: ”tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper och praktisk utbildning i diagnostik och handläggning av medicinska sjukdomar med stark betoning på akuta tillstånd och sjukdomstillstånd hos äldre patienter”.

Förslag Huvudmännen bör se över den utbildning som bedrivs inom landstingen för att säkerställa att den motsvarar patienternas och sjukvårdens behov.

### Specialiseringstjänstgöring

Enligt 8 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska landstingen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Av 15 § samma lag följer att det i landstingen ska finnas möjligheter till anställning för läkares ST i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Detta innebär att landstingen har ansvar för och en skyldighet att se till att utbildning av specialister sker oavsett om det sker i landstingens egen regi eller genom uppdrag åt annan vårdgivare.

### Brist på ST-tjänster

Både vid hearingarna och från samtliga vetenskapliga råds yttranden, framkom att tillsättningen av ST-tjänster inte motsvarar vare sig efterfrågan på specialistläkare i geriatrik eller efterfrågan från legitimerade läkare som står inför val av specialitet. I de landsting där geriatrik har en tydligare position med pågående geriatrisk forskning, finns idag fler sökande till ST-tjänster än vad som erbjuds. Det är en sedan tidigare utbredd missuppfattning att rekryteringssvårigheterna till specialiteten geriatrik endast är en fråga om bristande intresse för specialiteten. Så är inte fallet på de orter/landsting där det finns utvecklad geriatrisk verksamhet, här finns istället för få ST-tjänster. Huvudproblemet anses här snarare vara en felprioritering vid fördelning av ST-tjänster inom landstinget. I flera landsting ersätts inte ST-

tjänsterna likvärdigt inom bristspecialiteter, vilket innebär att förutsättningarna för verksamheterna att bedriva ST varierar.

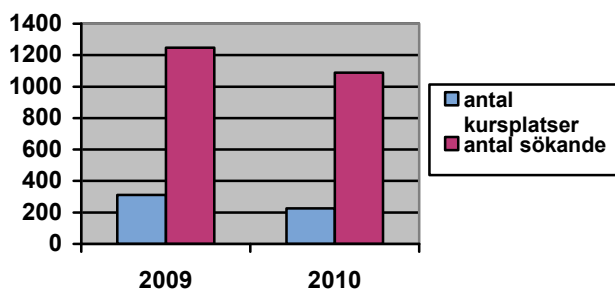
### Ansvarsfördelning

Som beskrivs ovan är det landstingens ansvar att ta fram ST-tjänster så att det motsvarar befolkningens framtida behov av specialister. När det gäller teoretisk utbildning inom ST har dock staten till en del ansvar via särskild finansiering för kurser under specialiseringstjänstgöring, specialistkompetenskurser (SK-kurser).

Via arbetet i Socialstyrelsens nationella råd för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet) ses ett tydligt behov av ett utvecklat och enhetligt kursinnehåll inom samtliga specialiteter. Mot bakgrund av ökade kvalitetskrav i författningen om läkares specialiseringstjänstgöring [11] finns redan idag ett ökat behov av både specialitetsövergripande SK-kurser och SK-kurser inom varje specialitet.

Behovet av kurser för såväl ST-läkare i geriatrik som ST-läkare i annan specialitet som är i behov av geriatrisk kunskap inom respektive specialitetsområde (t ex internmedicin, allmänmedicin, ortopedi, kardiologi, neurologi, psykiatri) överstiger idag vida tillgången på kurser.

#### Sk-kurser geriatrik



Källa: Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige, IPULS

Eftersom staten har ansvar för läkares SK-kurser, finns här en konkret möjlighet att styra tillgången på kurser så att geriatrisk kompetens ökar. Socialstyrelsen bedömer att tillskott av särskilda medel för att utveckla SK-kurser i geriatrik på ett effektivt sätt kan stimulera utvecklingen mot ökad geriatrisk kompetens. Kurserna bör avse ST-läkare inom flera specialitetsområden; förutom geriatrik exempelvis allmänmedicin, ortopedi, internmedicin, kardiologi, neurologi och psykiatri. Det kan både stimulera till rekrytering av läkare till geriatrikspecialiteten och samtidigt ge ökad kompetens hos ST-läkare inom geriatrik. Det ger dessutom möjlighet till ökad kunskap om geriatrik inom andra specialiteter med en stor del patienter med flera samtidiga sjukdomar och komplexa vårdbehov.

Ett exempel på ett liknande initiativ är den statliga satsning för utveckling av SK-kurser inom psykiatri som inleddes år 2007, METIS-projektet. Detta projekt pågår till 2012 och har hittills resulterat i både en utveckling av pedagogik och innehåll i kurserna samt en ökning av antalet kurser.



Landstingen har en lagfäst självstyrande roll i planeringen för läkares ST i en omfattning som motsvarar det framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Socialstyrelsen anser att landstingens planering vad gäller specialiteterna allmänmedicin, geriatrik och psykiatri med utgångspunkt från befolkningens behov har stora brister. Här finns all anledning för landstingen att se över prioriteringen vid inrättande av ST-tjänster.

För samma nivå av antal geriatriker per invånare över 80 år som finns idag över landet, fordras utöver nuvarande utbildningstakt att ytterligare drygt 200 utbildas fram till år 2025. För en rimlig miniminivå krävs cirka 350 geriatriker utöver dem som redan prognostiseras (se även avsnitt Tillgång på specialistläkare).

Förslag Regeringen bör överväga att tillskjuta särskilt anslag för utveckling av SK-kurser i geriatrik.

Huvudmännen bör se över tillsättningen av ST-tjänster i geriatrik för att säkerställa den framtida tillgången till specialistläkare i geriatrik.

## Fortbildning

Enligt 3 kap 3 § socialtjänstlagen (2001:453) ska socialtjänstens insatser vara av god kvalitet. Enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska landstingen ansvara för att säkerställa en god vård. Patientsäkerhetslagen (2010:659) [12] syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. En kontinuerlig fortbildning av alla personalgrupper är en förutsättning för den fortsatta kvalitetsutvecklingen till en god och säker vård inom både hälso- och sjukvård och omsorg.

Både vid hearingarna och i flera yttranden från Socialstyrelsens vetenskapliga råd framkom att fortsatt utbildning efter uppnådd specialistläkar-kompetens på många håll är otillräcklig.

Sveriges Läkarförbund har sedan sju år tillbaka genomfört enkätundersökningar om fortbildning bland läkare [13-17]. Undersökningarna är indelade i bland annat extern och intern fortbildning. Vid den första undersökningen 2004 låg det genomsnittliga antalet dagar per år för extern fortbildning på 8,4, för att öka till 9,1 år 2005. Därefter har antalet fortbildningsdagar per år sjunkit till 8,1 år 2009. Vad gäller intern fortbildning uppgav år 2005 16 procent att de inte deltagit alls i internutbildning. 2009 hade andelen som inte alls deltog i intern fortbildning ökat till 36 procent.

Redan vid undersökningarnas början låg allmänmedicin och geriatrik lågt i antal fortbildningsdagar, och har därefter sjunkit ytterligare. I undersökningen 2009 har distriktsläkare 5,3 dagar, geriatriker 5,1 dagar, alltså båda mindre än genomsnittet. Dessutom har skillnaderna mellan olika grupper av läkare ökat.

En kontinuerlig kompetensutveckling inom yrkesområdet värdesätts högt bland de faktorer som gynnar rekrytering. Detta är visat bland annat i en nyligen genomförd enkätundersökning bland allmänläkare, där resultatet

visar att egen kompetensutveckling är ett av de fem viktigaste områdena som avgör val av arbetsplats, viktigare än exempelvis lönenivå. [18]

Socialstyrelsen anser att en löpande utbildning av all personal måste vara en självklar del av den fortsatta kvalitetsutvecklingen inom både hälso- och sjukvård och omsorg. Dessutom är kompetensutveckling en viktig faktor för en ökad rekrytering. Trots detta finns tydliga brister vad gäller hur läkares utbildning fungerar i den praktiska verksamheten.

Vidare anser Socialstyrelsen att det är nödvändigt att särskilt stimulera till utbildning i geriatrik och gerontologi inom primärvården. Det är oftast inom primärvården som den initiala bedömningen görs och det är därför avgörande att läkare som verkar inom primärvården har nära tillgång till geriatrisk kunskap både för kontinuerlig kompetensutveckling och akuta frågeställningar.

Kontinuerlig utbildning om läkemedelsanvändning är ett viktigt sakområde, inte minst med tanke på den snabba medicinska utvecklingen med löpande tillkomst av nya sorters läkemedel. En huvudsaklig del av kompetens inom geriatrik och gerontologi rör just den åldrande patientens särskilda fysiologiska förutsättningar för individuellt anpassad läkemedelsbehandling. Denna kunskap måste både fortsätta att utvecklas och vara tillgänglig för kunskapspridning för alla som arbetar med de mest sjuka äldre.

Förslag Huvudmännen bör säkerställa att behovet av utbildning inom både allmänmedicin och geriatrik tillgodoses.

# Forskning

---

”Utan forskning ingen god sjukvård – utan närhet till sjukvård ingen god klinisk forskning” [19].

Både vid hearingarna och i yttranden från Socialstyrelsens vetenskapliga råd framkom tydligt att en betydande satsning på klinisk forskning och vetenskaplig utveckling inom geriatrik är en förutsättning för såväl rekrytering som kunskapsutveckling. Detta gäller såväl medicinsk forskning, rehabiliteringsforskning, omvårdnadsforskning, beteendevetenskaplig forskning som samhällsvetenskaplig forskning inom äldreområdet. Att olika berörda personalkategorier deltar i klinisk forskning bedöms ha stora synergieffekter, varför det är angeläget att stimulera till både medicinsk och tvärprofessionell forskning. Det finns även tydliga samband mellan en intressant och stark forskning och möjligheten att rekrytera intresserade läkare till specialiteten. Förekomsten av akademiska tjänster såsom lektorat och professurer gör arbetsplatsen mer attraktiv bland nylegitimerade läkare.

Geriatrisk forskning är en relativt ny specialitet, och har som sådan fortfarande svårigheter att hinna med vetenskaplig kunskapsinhämtning i samma takt som många andra medicinskt mer etablerade specialiteter. Framtidens demografiska utveckling ställer nu dock ändrade krav på vilken ny kunskap samhället och sjukvården är i behov av jämfört med tidigare decennier. Socialstyrelsen bedömer därför att det är hög tid att beakta detta vid fördelning av medel för forskning. För att kunna vidareutveckla forskning inom geriatrik och gerontologi krävs ökade finansiella anslag under de närmaste åren, för att åtminstone uppnå en miniminivå som kan utgöra plattform för fortsatt vetenskaplig utveckling inom området.

Socialstyrelsen gör också bedömningen att en förutsättning för att bedriva verksamhetsnära forskning inom området geriatrik och gerontologi är att den geriatriska kompetensen finns samlad inom samma verksamhet. Utspredda enstaka geriatriska vårdplatser eller enstaka geriatriktjänster inom annan verksamhet utgör inte tillräckligt underlag för en adekvat kunskapsutveckling. Det bör dock betonas att med en samlad verksamhet menas här såväl slutenvård, hemsjukvård som öppenvårdsmottagning. Verksamhetens vårdformer kan mycket väl innefatta hela vårdkedjan från akut inläggning i slutenvård till kontinuerlig hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende. Det väsentliga i sammanhanget är att en samlad verksamhet utgör en god bas för både forskning, utbildning och kompetensutveckling.

**Förslag** Regeringen bör överväga att tillskjuta riktade medel för att understödja verksamhetsnära forskning inom ämnesområdena geriatrik och gerontologi.

# Verksamhetens innehåll och förutsättningar

---

## Verksamhetens innehåll

Vid både hearingarna och i de flesta av yttrandena från vetenskapliga råd framkom tydligt att en avgörande förutsättning för både rekrytering till specialiteten och för att bedriva kvalitativ geriatrisk vård, är att geriatrisk verksamhet hålls samlad. Man ser ett stort behov av att utöka antalet geriatriska verksamheter, till vilka hör såväl slutenvårdsplatser med akutsjukvård och rehabilitering, som öppenvårdsmottagning och läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård. På så sätt skulle både en vård med tillgång till geriatrisk kompetens och en fortlöpande professionell kompetensutveckling kunna säkras.

Från ett av de tillfrågade vetenskapliga råden framfördes dock att eftersom den hittillsvarande utvecklingen under flera decennier lett till minskat antal sjukhusplatser, är det osannolikt att man kan se fram emot en drastisk ökning av antalet geriatrikplatser. Denna synpunkt delas dock inte av de flesta övriga vetenskapliga råden, ej heller av deltagarna vid hearingarna.

## Vad talar för en utveckling av geriatrik i alla led i vårdkedjan?

Det finns ett flertal studier som visar på en mer kostnadseffektiv vård när geriatrisk kompetens tas tillvara inom relevanta områden. Några exempel är följande:

I en metaanalys 1993 [20] undersöktes 28 kontrollerade studier med avseende på effekter av geriatrisk utredning, behandling och rehabilitering. Analysen visade att bland de patienter som genomgått geriatrisk utredning, behandling och rehabilitering, var andelen som hade avlidit ett år senare 23 procent lägre än bland dem som vårdats inom vanlig sjukhusvård. Vidare visades att andelen patienter som fortfarande bodde kvar hemma ett år efter utskrivning från sjukhus, var 68 procent högre bland de geriatriskt utredda, behandlade och rehabiliterade patienterna än bland dem som fick vanlig sjukhusvård.

I en jämförande studie från Umeå där akuta invärtesmedicinska patienter över 70 år lottades till vård på akut internmedicinsk respektive akut geriatrisk avdelning, blev vårdtiden färre på geriatrisk avdelning (5,9 vårddygn) än på internmedicinsk avdelning (7,3 vårddygn) [21].

I en jämförande studie 2002 mellan akut geriatrisk och akut internmedicinsk enhet vid Trondheims universitetssjukhus [22] visades att andelen som hade avlidit efter tre månader var 12 procent från den geriatriska enheten och 27 procent från den medicinska enheten. I ytterligare en studie 2004 [23] visades att tre månader efter utskrivning från sjukhus bodde 80 procent från den geriatriska enheten fortfarande hemma, medan det från den medicinska enheten var 64 procent som fortfarande bodde hemma.

En metaanalys publicerad i British Medical Journal så sent som 2009 [24] bekräftar ytterligare effektiviteten av geriatrisk kompetens. Av patienter med akuta internmedicinska sjukdomar som vårdades på geriatrisk enhet eller internmedicinsk enhet kunde 30 procent fler återvända till det egna hemmet efter vård på geriatrisk enhet.

Det finns således vetenskapligt underlag som bekräftar de synpunkter som lämnats vid hearingarna och av de vetenskapliga råden, nämligen vikten av att geriatriska verksamheter utvecklas för att möta framtidens demografiska utveckling.

Kunskap i geriatrik behöver öka inom andra specialiteter. Även detta förutsätter en utvecklad geriatrisk verksamhet runt om i landet, för att kunna tillgodose utbildningsbehovet. Här finns åter (liksom i avsnittet Utbildning) möjligheten att genom särskild satsning på SK-kurser i geriatrik även för andra specialiteter styra så att den geriatriska kompetensen kan spridas.

## Kunskapsspridning

För att kunna sprida kunskap i geriatrik och gerontologi behöver kompetensen vara mer tillgänglig över hela landet. Som verksamheten ser ut idag när geriatriska kliniker endast finns på större sjukhus, försvåras en spridning av kunskapen till andra specialitetsområden med stor andel patienter med flera samtidiga sjukdomar och komplexa vårdbehov, såsom internmedicin, allmänmedicin, ortopedi, kardiologi, neurologi och psykiatri.

De senaste årens omfördelning av statsbidrag till en mer prestationsbaserad ersättning, exempelvis genom ekonomisk stimulans för deltagande i kvalitetsregister, är ett sätt att stimulera kompetensutveckling både lokalt och regionalt. Socialstyrelsen anser dock att en sådan satsning måste kompletteras med en säkrad kunskapsspridning för att nå avsedd effekt. En förutsättning för spridning av kunskap inom geriatrik och gerontologi är att det finns en kompetensplattform att verka utifrån. Redan idag finns möjligheter att för detta använda sig av befintliga FoU-enheter runt om i landet. Dessutom har relativt nyligen inrättats regionala kompetenscentra inom cancersjukvård. Även dessa skulle kunna utgöra en lämplig plattform, särskilt som en stor del av cancerpatienterna finns hos den äldre befolkningen.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att säkerställa kunskap inom geriatrik och gerontologi inom utvecklingen av både befintliga och planerade kompetenscentra.

## Verksamhetens förutsättningar

### Arbetsmiljö och arbetsvillkor

Vid undersökningar gjorda av Sveriges Läkarförbund [18] beträffande läkares arbetsmiljö, framkommer att man allra högst värdesätter en god arbetsmiljö med möjlighet att påverka verksamheten och en kontinuerlig egen professionell kompetensutveckling. Därefter kommer löneläge. I yttranden från de vetenskapliga råden och vid hearingarna kom kompetensutveckling på en framträdande plats, men även ämnesrådets status. När läkarstuden-

ter får prestigerangordna de medicinska specialiteterna hamnar geriatrik långt ned [5,6].

### Ersättningssystem

De finansiella ersättningssystem som idag dominerar inom landstingen inriktas på produktion av exempelvis operativa ingrepp, mottagningsbesök, korta vårdtider, många vårdtillfällen och hög tillgänglighet. Detta styr resurserna mot specifika punktinsatser och kan missgynna en god vård för de mest sjuka äldre, som för att uppnå bästa möjliga resultat istället är i större behov av kontinuitet, multiprofessionell bedömning, uppföljning och utvärdering. De mest sjuka äldre är en heterogen grupp eftersom ett långt livs påverkan av kropp och själ ger olika åldrande av organsystem och kroppsliga funktioner. Det gör att standardiserade vårdprogram inte är helt möjliga att tillämpa och att det istället krävs individ- och situationsanpassad vård. Nationella riktlinjer som baseras på sjukdomar i ett organ, kan därför snarare leda till att resurser styrs från de mest sjuka äldre, helt enkelt därför att indikatorer för dem inte finns framtagna.

En vård för de mest sjuka äldre behöver istället ha tid avsatt för bedömning som inkluderar såväl medicinsk som psykisk, social, och funktionell bedömning. Planeringen måste göras individ- och situationsanpassat, och kräver många professioners deltagande. En sådan arbetsform tar längre tid och gynnas därmed inte av dagens ersättningssystem utan uppfattas med längre besöks- och vårdtider per patient som ineffektiv och kostsam. Ett flertal undersökningar visar att ett arbetssätt enligt ovanstående sparar inläggningar, akutmottagningsbesök och höjer livskvaliteten.

Socialstyrelsen har sedan tidigare uppdrag att ta fram indikatorer för vården och omsorgen för äldre. Socialstyrelsen avser att vidareutveckla indikatorerna till att även omfatta det bredare perspektivet inkluderande hälso- och sjukvård för de mest sjuka äldre. Även Socialstyrelsens nationella riktlinjer för olika sjukdomstillstånd bör inriktas mera mot de äldres behov.

En förutsättning för att ta fram indikatorer och riktlinjer är dock att det finns vetenskapligt underlag för de mest sjuka äldre. Socialstyrelsen ser även här en viktig anledning till att regeringen överväger att tillskjuta rikta- de medel för att stimulera till verksamhetsnära forskning inom geriatrik och gerontologi (se även under avsnitt Forskning).

Socialstyrelsen har förståelse för att frågan om ersättningssystem är mycket komplex och att vissa mått för ersättningsmål är svårfångade. Dock anser Socialstyrelsen att ersättningssystemens utformning är helt avgörande för att uppnå en god och säker vård för dem med flera samtidiga sjukdomar och komplexa vårdbehov.

Socialstyrelsen anser därför att huvudmännen bör se över möjligheterna att premiera ersättningssystem som ger en utveckling mot god och säker vård även för de mest sjuka äldre.

### Ersättningssystem som gynnar rekrytering

Enligt 8 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska landstingen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Av 15 § samma lag följer att det i

landstingen ska finnas möjligheter till anställning för läkares ST i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Det innebär att landstingen har ansvar för och en skyldighet att se till att utbildning av specialister sker oavsett om det sker i landstingens egen regi eller genom uppdrag åt annan vårdgivare. Här finns stora möjligheter att, via ekonomisk styrning och med tydligare definierade krav i avtal med vårdgivare som bedriver ST, underlätta för rekrytering till det geriatriska kompetensområdet.

Idag arbetar 40 procent av specialistläkare i geriatrik inom andra specialiteter (se även under avsnittet Tillgång på specialistläkare). Det är alltså viktigt inte bara att attrahera läkare att specialisera sig inom geriatrik, utan även att sedan behålla läkarkompetensen inom geriatriska verksamheter. Här finns anledning att ta fasta på resultat från exempelvis Sveriges Läkarförbunds undersökning [18] som visar att man i val av arbetsplats allra högst skattar en god arbetsmiljö med möjlighet att påverka verksamheten och en kontinuerlig egen professionell kompetensutveckling. En viktig strategi för att behålla fler geriatriker är därför att skapa förutsättningar för fortsatt egen kompetensutveckling.

## Samverkan

I diskussionen kring geriatrisk kompetens framförs ofta att en försvårande faktor att få till en bra vårdkedja för den geriatriska patienten, är att ansvaret innehas av två skilda huvudmän (landsting och kommun) och den samtidiga lagstiftningen med hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Det kan konstateras att detta under varken hearingarna eller i yttranden från de vetenskapliga råden bedöms vara den strategiskt viktigaste frågan.

Från Sveriges Läkarförbund har ett förslag om inrättande av kommunöverläkare framkommit. Som förslaget är framlagt i nuläget är uppgiften för kommunöverläkare i första hand att ha tillsynsansvar för medicinska frågor inom kommunal verksamhet, en funktion som kan komplettera den befintliga funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Frågan diskuterades vid hearingarna och samtliga deltagare ansåg att detta var ett förslag som kunde förstärka den medicinska tillsynen inom kommunen, men inte ett förslag som på något sätt förändrar rekrytering av läkare till äldreomsorg inom kommunal verksamhet. Vilken huvudman som har huvudansvar för anställningen är inte avgörande för en lyckad rekrytering till kompetensområdet. Faktorer som påverkar rekrytering är istället kompetensutveckling, möjlighet att påverka sin arbetssituation och lönenivå.

Vad som istället lyftes inom samverkansområdet var möjligheter till interprofessionellt samarbete och ökad medvetenhet om de olika berörda personalkategoriernas ansvarsområden. En aktiv samverkan häremellan ansåg man skulle tydliggöra för var och en som arbetar kring den äldre patienten/klienten vilka resurser som finns och ge en förståelse för varandras yrkesroller. Exempel på detta är gemensamma fortbildningsmöjligheter. Redan idag finns på flera lärosäten gemensamma undervisningsavdelningar, där studenter från sjukgymnast-, sjuksköterske-, läkar-, arbetsterapeut- och socionomutbildningarna samverkar. Gemensamma kurser/seminarier eller motsvarande, skulle på många sätt vara ett effektivt sätt att skapa synergieff-

fekter beträffande samverkan även inom fortbildning och den löpande kompetensutvecklingen.

Specialitetsföreningarna inom geriatrik, allmänmedicin och internmedicin, Svensk Geriatrisk Förening (SGF), Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) och Svensk Internmedicinsk Förening (SIM) har tillsammans tagit fram ett policydokument om bästa möjliga vård för den multisjuka äldre patienten. Här har företrädare för de tre läkarspecialiteterna enats om gemensamma inriktningsmål för att förbättra vårdkedjan [25]. Dokumentet lyfter särskilt behovet av god geriatrisk kompetens, anpassade ersättningsystem, förbättrad informationsöverföring och en anpassad fortbildning. Det är ett gott exempel på samverkan för att både identifiera förbättringsområden och ta fram konstruktiva förslag.

Socialstyrelsen bedömer att samverkansområdet både bör bevakas kontinuerligt och även belysas ytterligare, i första hand beträffande interprofessionella samverkansformer och inte med betoning på det delade huvudmannskapet.



# Utbildning och verksamhetsfrågor inom övriga personalgrupper

---

Vid hearingarna framkom flera utvecklingsområden beträffande utbildning, forskning och verksamhet inom övriga yrkeskategorier. Dessa belyses endast översiktligt här. Socialstyrelsen bedömer dock att det är nödvändigt att ytterligare utreda ökad kompetens i geriatrik och gerontologi inom samtliga yrkesgrupper. En förutsättning för att bedriva både sjukvård och omsorg med god geriatrisk och gerontologisk kompetens är att läkaren ingår i ett fullständigt team med andra yrkeskategorier, såsom sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och socionomer.

Tidigare avsnitt om forskning avser alla yrkeskategorier varför detta ej belyses närmare här.

En studie från Sundsvall om kostnadseffektivitet av utbildning i geriatrik till all personal visar också på stora både kostnads- och kvalitetsvinster av utbildningsinsatser [26]. I studien utbildades personalen på en av sjukhusets internmedicinska avdelningar i geriatrik med inriktning på förvirringstillstånd och vid denna avdelning började man även delvis att arbeta teambaserat. 400 patienter som inkom med förvirringstillstånd lottades till vardera en vanlig internmedicinsk avdelning och den avdelning där personalen fått geriatrisk utbildning. På den geriatrikutbildade avdelningen var vårdtiderna 9,4 dagar jämfört med 13,4 dagar på den vanliga internmedicinska avdelningen, alltså 30 % kortare vårdtid.

Nedan följer en översiktlig sammanställning av både verksamhets- och utbildningsfrågor som belystes vid hearingarna, sorterade inom respektive yrkesgrupp.

## Socionom

Svensk Kuratorsförening ser en ökad efterfrågan på sociala och psykosociala insatser hos äldre jämfört med tidigare. Äldre patienter önskar idag mer samtalskontakt jämfört med tidigare. Här finns även ett ökat behov av kuratorskontakt inom vård i livets slutskede.

Kuratorer hanterar idag fler ärenden där en ohållbar hemsituation utvecklas på grund av att infrastrukturen i närområdet förändrats. Man ser vidare en ökning av antalet patienter som ej längre är i behov av inneliggande vård, men som inte kan utskrivas till hemmet på grund av hemsituationen. Som exempel kan bostaden behöva saneras innan vederbörande kan utskrivas till hemmet. Behovet av socionomer inom vården av äldre tros öka, framför allt inom äldreomsorgen och verksamheter med särskilt boende.

## Sjuksköterska

Det är en stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom såväl geriatrik som palliativ vård och primärvård. En stor del av samordnaransvaret faller på sjuksköterskan, och för detta är vederbörande inte tillräckligt rustad genom enbart grundutbildning till sjuksköterska. Det finns tydliga kompetensbrister inom området äldreomsorg. Det finns heller inga tydliga incitament för vidareutbildning när inte arbetsgivare efterfrågar detta. Ett annat hinder för att locka sjuksköterskor till vidareutbildning är bristen på finansiering av utbildningstiden.

## Sjukgymnast

Inom många kommuner finns en mycket stor brist på rehabilitering inom äldreomsorg, vilket försvårar rekrytering till arbete som sjukgymnast inom äldreområdet. Vårdtider inom slutenvård har förkortats och rehabilitering behöver därmed ske delvis i hemmet, vilket man på de flesta håll helt har slutat med. Här behövs både en kompetens- och resursförstärkning, framför allt inom hemsjukvård och primärvård.

Bristen på rehabiliteringsmöjligheter inom äldreomsorg sänker statusen för rehabilitering inom äldreomsorg och det är svårt att väcka intresse för området när man som sjukgymnast vet att man inte får arbeta med rehabilitering i den utsträckning man är utbildad för.

Utöver en resursförstärkning i primärvården är en kunskapsutveckling inom rehabilitering för äldre nödvändig.

Från yrkesorganisationen Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund anser man att en officiellt reglerad specialistkompetens i geriatrik för sjukgymnast, som tydligare specificerar krav på geriatrisk kompetens, kan stimulera till rekrytering till området.

## Arbetsterapeut

Inom arbetsterapeutkåren finns det ett stort intresse för den geriatriska kunskapen; här är snarare en brist på tjänster inom området huvudproblemet. Man ser också ett stort kompetensutvecklingsområde med den nya teknologi som finns, samtidigt som detta ofta är ett hinder för de mest sjuka äldre. Inom arbetsterapiområdet finns stort intresse för förebyggande hälsovård, men man ser ett behov av att ekonomiskt styra mot denna verksamhet; idag premieras inte preventiva insatser.

## Vårdbiträde och undersköterska

Ett hinder för rekrytering är de förutfattade meningarna att äldreomsorgen inte är en framtidsbransch. Media förmedlar en bild av äldreomsorgen som är vinklad och oftast dyster. Det finns stora svårigheter att nå ut med det positiva med arbetet, nämligen drivkraften med ett meningsfullt arbete som gör skillnad. Här finns också ibland en diskrepans mellan den bild som förmedlas av arbetsgivare respektive arbetstagare, vilket kan leda till felaktiga förväntningar på arbetsuppgiften och arbetsmiljön. När förväntningarna inte infrias uppstår en negativ bild som fortsätter leva vidare.

## Sammanfattning

Utöver ovanstående diskuterades även i detta sammanhang de senaste statliga satsningarna med prestationsbaserad ersättning för bland annat deltagande i kvalitetsregister. Hearingdeltagarna ansåg att denna styrning visserligen är ett steg på väg mot en bättre äldreomsorg, men att detta behöver kompletteras med en samtidig satsning på både grund- och vidareutbildning inom de olika vårddyrkena.

Vidare diskuterades interprofessionellt samarbete och ökad medvetenhet om de olika berörda yrkeskategoriernas ansvarsområden. Genom en aktiv samverkan häremellan ansåg man att det skulle tydliggöra för var och en som arbetar kring den äldre patienten/klienten om vilka resurser som finns och ge en förståelse för varandras yrkesroller. Ett ypperligt exempel på forum för detta är gemensamma fortbildningsmöjligheter. Redan idag finns på flera lärosäten gemensamma undervisningsavdelningar, där studenter från sjukgymnast-, sjuksköterske-, läkar-, arbetsterapeut och socionomutbildningarna samverkar. Gemensamma kurser (seminarier eller motsvarande) inom ramen för kompetensutveckling skulle även fortsättningsvis på många sätt vara ett effektivt sätt att skapa synergieffekter beträffande samverkan.

Vid probleminventeringen har Socialstyrelsen identifierat motsvarande behov av kompetensförstärkning inom andra yrkesgrupper som inom yrkesgruppen läkare. Dessa behov och eventuella åtgärder anser Socialstyrelsen behöver utredas ytterligare och avser därför att fortsätta följa upp detta. Socialstyrelsen har flertalet pågående uppdrag som rör äldreområdet, vars resultat sannolikt kan komma att ha bäring på kompetensfrågan inom övriga yrkesgrupper. Med anledning av detta avser Socialstyrelsen att invänta utfall av dessa uppdrags resultat för att bättre ge en samlad probleminventering och relevanta förslag till åtgärder för att uppnå kompetens i geriatrik och gerontologi.

# Tillgång på specialistläkare

---

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fortlöpande ta fram underlag för att på kort och lång sikt bedöma tillgång och efterfrågan på bland annat läkare. Socialstyrelsen utför uppdraget inom ramen för det Nationella planeringsstödet (NPS).

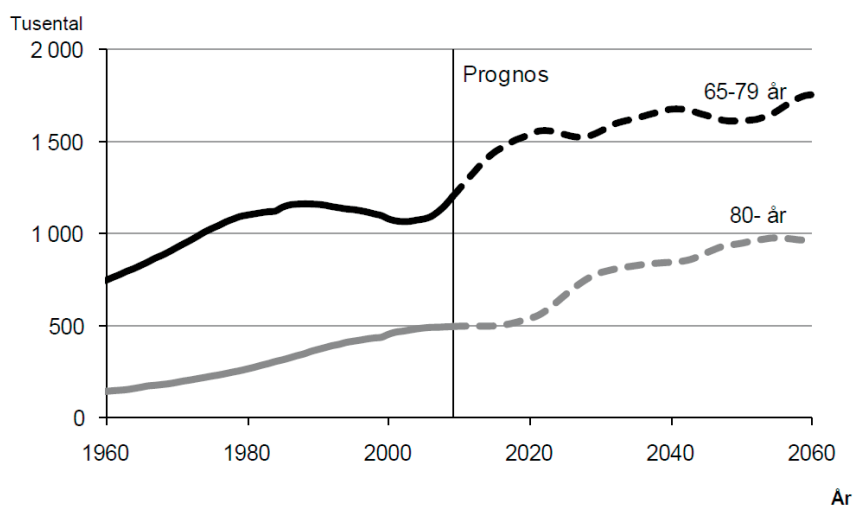
Efter en statistisk analys av prognosdata härifrån gällande antal specialistläkare i allmänmedicin, framkommer att det år 2025 kommer att finnas 6017 inom hälso- och sjukvården sysselsatta allmänläkare, att jämföra med senaste mätning 2008 då antalet var 5707.

Antalet legitimerade läkare med utfärdat bevis om specialistkompetens i geriatrik är enligt senaste mätning år 2008 totalt 1075, varav 718 är kvar inom specialiteten geriatrik och efter avräknande av pensionerade och övriga finns 542 specialistläkare i geriatrik. Dessa 542 ska jämföras med totalt antal specialister i geriatrik som fortfarande är yrkesverksamma som är sammanlagt 898, varav alltså 356 har ytterligare minst en annan specialitet som man istället är yrkesverksam inom. Det innebär att 60 procent av de yrkesverksamma läkarna med specialistkompetens i geriatrik arbetar inom geriatrisk verksamhet.

Med ett underlag under 1000 individer är någon statistiskt välgrundad analys av prognos för antal geriatriker ej möjligt att göra med samma metod som för specialiteten allmänmedicin. Dock har en prognos på basen av antal utfärdade specialistbevis i genomsnitt för åren 2005-2009 beräknats även för åren 2009-2025. Ställt mot förväntade pensionsavgångar under dessa år ger det en möjlig tillväxt med sammanlagt 109 geriatriker fram till år 2025.

I bästa möjliga scenario om samtliga dessa geriatriker både är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård och kvar inom specialiteten innebär det  $542 + 109 = 651$  specialistläkare i geriatrik år 2025. Med samma fördelning av yrkesverksamma geriatriker kvar inom specialiteten som i dag vid 2008 års mätning, 60 procent, skulle 44 av dessa ytterligare 109 specialister arbeta inom annan specialitet. Detta innebär att 65 geriatriker är kvar inom specialiteten geriatrik. Detta scenario ger  $542+65= 607$  specialistläkare i geriatrik som är sysselsatta inom geriatrisk verksamhet år 2025.

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



Källa Statistiska centralbyrån

Den demografiska utvecklingen beräknar antalet invånare över 80 år till nära 800 000 år 2030, jämfört med dagens 494 000 [27].

Idag finns alltså 542 geriatriker vid en befolkning >80 år på ca 494 000 personer. År 2025-2030 finns i bästa fall ca 651 geriatriker med en befolkning >80 år på nära 800 000. Även den utveckling av geriatriker som stipuleras i bästa möjliga scenario medför alltså en betydande minskning av antal geriatriker/1000 invånare över 80 års ålder fram till år 2025-2030. Kalkylerar man med den idag rådande fördelningen av geriatriker kvar inom geriatrisk verksamhet, blir antalet geriatriker ytterligare färre, 607 på nära 800 000 personer över 80 års ålder.

För samma nivå av antal geriatriker som finns idag över landet fordras således utöver nuvarande utbildningstakt att ytterligare drygt 200 utbildas fram till år 2025. Detta är dock långt ifrån en adekvat dimensionering då det redan idag finns stora brister inom hälso- och sjukvård för äldre. I Stockholm finns idag 231 geriatriker, vilket ger en läkartäthet på cirka 1,5/1000 invånare över 75 år. Detta kan möjligen ses som ett riktmärke för miniminivå för dimensionering av antal geriatriker. För en utveckling till denna nivå nationellt krävs ytterligare cirka 100 geriatriker tills år 2025, alltså cirka 350 geriatriker utöver de som redan prognostiseras. En enkel överslagsberäkning innebär att 350 geriatriker under 15 års tid blir 23 nyinrättade ST-tjänster/år, utöver de som redan är planerade.

Socialstyrelsen anser att det mot denna bakgrund är nödvändigt att inrätta fler ST-tjänster i geriatrik och förordar en ökning med 20-25 ST-tjänster i geriatrik per år.



# Referenser

---

1. Axelsson J, Elmståhl S, Akner G. Geriatrik är ett försummat ämne i svensk läkarutbildning. *Läkartidningen* 2006;103:3361-5.
2. Ekdahl A. Geriatrikundervisningen klarar inte framtidens behov. *Läkartidningen* 2009;106:2260.
3. Håkansson A, Haffling A-C, Stjernqvist M. Om svårigheterna att jämföra äpplen med päron. *Läkartidningen* 2009;106:2551-2.
4. Ekdahl A, Sjöberg A, Nordström P, Salaj D. Geriatrikundervisningens omfattning avgörande för framtidens sjukvård. *Läkartidningen* 2009;106:2252.
5. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med* 2008 Jan; 66(1):182-8.
6. Aasland O G, Rovik J O, Wiers Jenssen J. Legers motive for valg av spesialitet under og etter studiet. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2008 Aug 28;128(16):1833-7.
7. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 1999:5, Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare.
8. Svensk författningssamling 2010:1369, Patientsäkerhetsförordning.
9. Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – officiell statistik om antal legitimerade 2009 och arbetsmarknadsstatus 2008. Socialstyrelsen.
10. Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet. *Riksrevisionen* 2009:10.
11. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2008:17, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring.
12. Svensk författningssamling 2010:659, Patientsäkerhetslag.
13. Läkares fortbildning minskar. *Läkartidningen* 2007;107:3176.
14. Många geriatriker får ingen internutbildning. *Läkartidningen.se* 2008-09-19.
15. Privatanställd sjukhusläkare har färre fortbildningsdagar. *Läkartidningen* 2008;105:2654-5.
16. Färre deltar i fortbildning. *Läkartidningen* 2009;106:2427.
17. Fler läkare helt utan extern fortbildning. *Läkartidningen* 2010;107:2534-5.
18. Den goda arbetsplatsen i primärvården. *Läkartidningen* 2011;108:128-9.
19. Steen, B. Guldår för svensk geriatrik under 1900-talet. *Läkartidningen* 2004;101:2252-5.
20. Stuck, AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993 Oct 23;342(8878):1032-6.

21. Asplund, K, Gustafson, Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin, A, Peterson J, Blom JO, Angqvist KA. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Nov;48(11):1381-8.
22. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2002 May;50(5):792-8.
23. Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Ageing Clin Exp Res.* 2004 Aug;16(4):300-6.
24. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009 Jan 22;338:b50.
25. Eklund-Grönberg A, Köhler M, Ekdahl A, Modin S, Sjöberg A. Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen* 2009;106:2512-3.
26. Lundström M, Edlund A, Karlsson S, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):622-8.
27. Sveriges framtida befolkning 2010-2060. Statistiska Centralbyrån.