



Covid-19 och äldrevård i Norden

Erfarenheter av åtta månader med Covid-19

Under hösten 2020 organiserade Karolinska Institutets resursgrupp för äldres hälsa under Covid-19 två webinarier med inbjudna föreläsare. I den följande texten summeras webinarier och vi lyfter några av de många viktiga slutsatser som framkom.

Bakgrund

Pandemin har slagit hårt mot den äldre delen av befolkningen med ett högt antal insjuknade och avlidna. Läget var som värst under våren. Jämfört med övriga nordiska länder har Sverige drabbats hårt då det gäller antalet avlidna i stort och antalet avlidna äldre personer boende på särskilt boende (SÄBO). KI:s resursgrupp tyckte därför att det var angeläget att försöka ta reda på om det finns skillnader mellan de nordiska länderna i hur pandemin hanterades inom hälso- och sjukvården, och framför allt då det gällde vård och omsorg av äldre personer.

Frågan vi ställde oss var om de stora skillnaderna i dödstal bland äldre personer generellt och mera specifikt på SÄBO kan förklaras med skillnader i hur äldreomsorgen är organiserad, om det förekom initiala åtgärder mot smittan och om det skilde sig i hur beredskapen inför en pandemi var utformad. Vad som också var av intresse var att försöka belysa och presentera en del av den forskning som genererats inom geriatriken under våren och sommaren.

Det första webinarier belyste hur Covid-19 påverkat och förändrat den geriatriska verksamheten i Region Stockholm. Dessutom redovisades erfarenheter från Finland som i denna text presenteras under webinarium 2.

I det andra webinarier presenterade och diskuterade forskare från Norge, Danmark och Sverige Covid-19 pandemin i relation till äldreomsorgens organisering i respektive land.

Webbinarium 1

Vård av äldre personer med Covid-19 i Region Stockholm

Den första presentationen var av *Martin Annetorp*. Region Stockholm har 11 geriatriska kliniker och cirka 700 geriatriska vårdplatser och är en av Europas geriatriktätaste regioner. I början av pandemin planerade de geriatriska klinikerna för att kunna öppna upp fler vårdplatser utifrån de prognoser som då gjordes. Under våren var upp till 50% av alla vårdplatser upptagna av patienter med Covid-19. Ett stort stöd för verksamheten var det rapporteringssystem som fanns tillgängligt där alla kliniker kan rapportera in grunddata kring de inskrivna patienterna. Regelbundet diskuterades 1–2 gånger per vecka hur situationen såg ut på de olika klinikerna och åtgärder vidtogs för att fördela resurser och avlasta. Sammanlagt vårdades 12 000 patienter inom geriatriken under våren och av dessa hade 2 000 patienter Covid-19. Det var stor skillnad i mortalitet mellan grupperna, bland patienterna bekräftade med Covid-19 var mortaliteten 14% med högst dödlighet bland personer över 90 år. I patientgruppen som inte hade Covid-19 var mortaliteten 1,4 %, alltså en 10-faldig skillnad. Noterbart är att mortaliteten sjönk konstant under våren i patientgruppen med Covid-19, sannolikt beroende på bättre kunskap om sjukdomen och bättre övervakning av olika symtom, bättre nutritionsbehandling samt farmakologisk behandling mot trombos och behandling med cortison. I en uppföljning fram till sista augusti av data från alla geriatriska kliniker i Regionen framgick följande;



Patienter med Covid-19 diagnos var något yngre och de var i högre utsträckning män. Ungefär dubbelt så många patienter med Covid-19 var ordinerade Fragmin och antibiotika vid ankomsten till kliniken. I patientgruppen med Covid-19 fanns också fler med astma, KOL och diabetes jämfört med patienter utan Covid-19. Från mars till juli ökade andelen med antikoagulantibehandling månad för månad liksom att andelen med antibiotika insatt vid ankomsten samtidigt minskade.

Dorota Religa presenterade en studie som genomfördes under mars till juni på patienter inlagda på Tema Åldrande vid Karolinska Universitetssjukhuset i Region Stockholm. Syftet med studien var att analysera om skörhet och multisjuklighet hade samband med dödlighet och utskrivning till hemmet för patienter vårdade med Covid-19. Tvåhundrafemtio patienter hade Covid-19 och 717 vårdades för andra sjukdomar. I denna studie sågs liknande skillnad i mortalitet mellan grupperna som vid övriga geriatriska kliniker i Stockholm, 24% hos Covid-19 patienter respektive 4% hos övriga. Hög ålder var en tydlig riskfaktor, men geriatrisk skörhet skattat med Clinical Frailty Scale (CFS) var en starkare riskfaktor än ålder. Multisjuklighet definierad utifrån Charlson Comorbidity Index var ytterligare en stark riskfaktor för att dö i Covid-19.

Under webinariet presenterade Christian *Molnar* en rapport om erfarenheter kring Covid-19 vård på SÄBO. Familjeläkarna är ett företag som ansvarar för läkarinsatserna på ett 70-tal SÄBO över hela Storstockholm. I en undersökning ingick drygt 8 000 personer som bott eller vistats på SÄBO från 1 mars till 12 juni, resultaten visade att av de 1 464 personer som vårdats för Covid-19, tillfrisknade 932 (64%). Medianåldern för de som insjuknade i Covid-19 var 86 år. De som avled hade ett relativt lugnt förlopp med tilltagande trötthet, avtagande kroppsfunktioner och svårt att inta föda/vätska. De hade också varierande grad av feber, luftvägs- och gastrointestinala symptom, sällan förekom dock andningsproblem. Ett problem var att det i början av pandemin fattades skyddsutrustning inom den kommunala äldreomsorgen (såväl SÄBO som hemtjänst) samtidigt som många i personalen insjuknade med Covid-19 symptom och/eller bekräftades ha Covid-19, vilket påverkade bemanningen negativt. Detta har med stor sannolikhet bidragit till den ökande smittspridningen.

Sammanfattning

- En snabb omställning av den geriatriska vården till pandemin var möjlig bl. a tack vare ett befintligt patientrapporteringsystem och regelbundna avstämningsmöten som de geriatriska klinikerna genomförde
- Det var tidigt i pandemin upp till 10 ggr högre mortalitet hos inlagda geriatriska patienter med covid-19 infektion jämfört med de utan infektion.
- Sjukvården lärde sig snabbt hantera några av de allvarigaste komplikationerna och mortaliteten sjunk gradvis under våren.
- Framför allt geriatrisk skörhet men även multisjuklighet var större riskfaktorer än ålder hos de som vårdades på geriatrisk klinik.
- De som avled på SÄBO uppvisade varierande sjukdomsbilder där andningsproblem inte dominerade. Ett problem var den initiala bristen på skyddsutrustning samt att bemanningen påverkades av ett stort antal insjuknade i covid-19.

De som presenterade:

Martin Annetorp, professor, Temachef för Tema Åldrande, Karolinska Universitetssjukhuset

Dorota Religa, professor vid Karolinska Institutet och överläkare på Tema Åldrande



**Karolinska
Institutet**

Karolinska sjukhuset

Christian Molnár, *specialist i allmänmedicin, SÄBO-läkare, äldrevårdschef,
Familjeläkarna i Saltsjöbaden*

Webbinarium 2

Erfarenheter från övriga nordiska länder från Särskilda boenden eller motsvarande

Vid det andra webbinariet presenterade och diskuterade forskare från Norge (*Mia Vabø*), Danmark (*Tine Rostgaard*) och Sverige (*Marta Szebehely*) Covid-19 pandemin i relation till äldreomsorgens organisering i respektive land. Här redovisas också de finska erfarenheterna som presenterades i webbinarium 1 av *Kaisu Pitkälä*

Nordens, befolkning blir allt äldre. Den åldrande befolkningen innebär betydande samhälleliga förändringar och utmaningar i Sverige liksom övriga länder i Norden. Gruppen äldre personer som i Covid-tider har blivit synonymt med 70 år och äldre är en stor och mycket heterogen grupp. De allra flesta är friska och bor i eget boende, men i och med stigande ålder ökar hälsoproblemen och funktionsnedsättningarna och i åldrarna över 80 år bor ca 12 procent på SÄBO och 22 procent har hemtjänst. Siffrorna är förhållandevis jämförbara i hela Norden, även om andelen som har hemtjänst är något högre i Danmark.

Oavsett var i Norden vi befinner oss, så är personer som bor på SÄBO, multisjuka och sköra, många har dessutom en demensdiagnos (80%). Presentatörerna tydliggjorde att de äldre personer som bor på SÄBO har behov av omfattande kroppsnära omsorg av stort antal anställda med varierande utbildning. De bor tätt tillsammans och umgås i vardagen och de bor i byggnader som är byggda för att möjliggöra ett normalt liv snarare än hindra smittspridning. Ett äldreboende är utformat för att i så stor utsträckning som möjligt likna ett "vanligt" hem och inte utformat utifrån kriterier för sjukhus. I samtliga nordiska länder är tröskeln hög för en plats på SÄBO och boendetiderna är korta.

Hälso- och sjukvården och socialtjänstens äldreomsorg är delar av den nordiska välfärden. En stor del av välfärdsstatens resurser riktas mot den äldre delen av befolkningen. Det finns både likheter och skillnader i hur äldreomsorgen organiseras i de nordiska länderna.

I **Norge** är det olika lagstiftning som reglerar sjukhem och omsorgsboenden. På omsorgsboende, bor äldre personer med omsorgsbehov men med mindre hälso- och sjukvårdsbehov. På sjukhemmen bor de mest sjuka personerna och som har de största vårdbehoven. Karaktären på sjukhemmen i Norge är mera sjukhusliknande och måste bemannas med både sjuksköterskor och läkare. Norge har en större andel sjuksköterskor i personalgruppen och närmare koppling till läkare och sjukvården. Norsk



äldreomsorg har en mer omfattande möjlighet att tillgodose hälso- och sjukvårdsbehov än den danska- och svenska äldreomsorgen. Genomsnittsåldern vid flytt till omsorgsboende är 83 år och till sjukhem 87,5 år. Inom äldreomsorgen i Norge är personalomsättningen stor, många arbetar deltid och rörligheten mellan olika arbeten inom omsorgen är hög då anställda måste kombinera flera skift. Det finns många personer från andra länder som arbetar inom den norska äldreomsorgen för kortare perioder. Sjukfrånvaron är förhållandevis hög ca 12% men även hög sjuknärvaro. Även i Norge är många utbildade, ca 25% av de som arbetar på sjukhem.

Redan i november, 2019 presenterades i Norge en handlingsplan att användas vid eventuella utbrott av pandemier. Därmed hade Norge en hög beredskap och handlingsplanen kunde implementeras i olika verksamheter redan i januari, 2020 då Covid-19 pandemin tog fart i Europa. Norge var således väl förberedda när det första fallet av Covid-19 registrerades. Den 12 mars stängde regeringen ner landet och införde karantän för inresande, dessutom infördes förbud mot fritidsresor inom landet för att skydda småkommunerna. Samtidigt som detta beslutades om en samordnad upphandling av skyddsutrustning. Norge var också tidigt ute med en plan för hur smittkontrollen på sikt skulle organiseras. När Norge efter den omfattande nedstängningen öppnades succesivt hade landet en tydlig kontrollstrategi samt att de införde en omfattande smittspårning. Kontrollstrategin beskrevs som TISK, testa, isolera smittspåra och karantän. En effekt av dessa åtgärder var till exempel att antalet respiratorvårdade Covid-19 patienter sjönk succesivt mellan 1 april och 20 juni från 99 patienter till 4.

I **Danmark** har kommunerna ansvar för organiseringen, finansieringen och utförandet av hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen både för äldre personer boende i SÄBO och för de äldre personer som bor i "vanligt" boende. I Danmark har man konsekvent ett starkt politiskt stöd för att äldre personer ska skyddas och redan tidigt i pandemins utveckling infördes restriktioner inom äldreomsorgen. Emellertid saknades vid pandemins utbrott skyddsutrustning inom SÄBO och liksom i Sverige prioriterades sjukvården. Under våren avled 738 personer som bodde på SÄBO vilket innebar 127 personer per en miljon invånare jämfört med 177 personer per en miljon i Sverige.

Under hösten har Danmark ökat virustestningen och hittills har 51% av hela befolkningen testats, av dessa har 1,7% testats positivt. I Danmark har det framförts en del kritik kring oklara riktlinjer med lokala tolkningar av nedstängningen och kritik mot den isolering som personer på SÄBO utsattes för. De anställda var pressade och ibland måste de agera "grindvakter" gentemot anhöriga som ville besöka de äldre personerna. Professor Rostgaard summerade med att det finns begränsad evidens om vilka restriktioner som fungerar, vad betyder det att inte få träffa anhöriga och om hur äldre personer med hemtjänst har påverkats indirekt eller direkt av pandemin. Det finns således inte hittills någon utvärdering av effektiviteten och konsekvenserna av de restriktioner som infördes inom äldreomsorgen.

Finland. *Kaisu Pitkälä*, Helsingfors Universitet presenterade statistik från Finland. I början av oktober, 2020 hade 346 personer i Finland avlidit i sviterna av Covid-19. Detta kan jämföras med att antal avlidna i Danmark var 700, i Norge 300 och i Sverige knappt 6 000 personer. Andelen av avlidna på SÄBO är relativt lika i de nordiska länderna, mellan 40 och 55 %. Jämförs mortaliteten mellan Finland och Sverige inom gruppen äldre personer boende på SÄBO var siffrorna 0,3% i Finland och 2,8% i Sverige, alltså en tiofaldig skillnad.

Finland drabbades av pandemin ca 2 veckor senare än övriga nordiska länder. Tidigt fanns detaljerade instruktioner och utbildning i smittskydd och planeringen för hur arbetet på SÄBO skulle



utföras på ett säkert sätt för att förhindra smittspridningen. Rörligheten bland personalen minskades och besöksförbud infördes förutom i samband med vård i livets slut. När besöksförbudet hävdes infördes smittskyddsregler för besökande. Personer som skulle flytta in på SÄBO screenades för Covid-19 och fick sitta i 14 dagars karantän. Samtidigt påpekades att nedstängningen fick följder i form av ensamhet och nedsatt kognitiv funktion samt brist på fysisk aktivitet med ökad skörhet. Det fanns också ett stort behov av att stötta personalen som också drabbats hårt med ökad arbetsbelastning och stress. Dygnet runt online stöd byggdes upp i detta syfte.

I **Sverige** har kommunerna ansvaret för organisering, finansiering och utförandet av äldreomsorgen på SÄBO och inom ramen för hemtjänsten utifrån Socialtjänstlagen. Kommunerna har även ett ansvar för hälso- och sjukvården på SÄBO enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Regionerna ansvarar för läkarinsatserna. I samtliga regioner i Sverige med undantag från Region Stockholm har en överenskommelse skett mellan kommuner och regioner, att kommunerna har ansvaret för hälso- och sjukvårdsansvaret för äldre personer som bor i eget boende vad gäller hemsjukvården.

Äldreomsorgen i Sverige är underfinansierad. Det finns brister i utbildning och kompetens bland personal och det är stor personalrörlighet samt otillräckligt fokus på hälso- och sjukvård framförallt på SÄBO. Enhetschefer har ansvar för fler anställda än i andra yrken och glesare kontakt med sina överordnade än i resten av Norden. Det är också betydligt färre sjuksköterskor anställda på särskilda boenden än till exempel i Norge. På svenska boenden finns i regel en sjuksköterska på 25 boende (vardag, dagtid), på helgen en på 150 boende. Med tanke på hur svårt sjuka och sköra personerna är så är det ju ingen underdrift att säga att det är en ekvation som inte går att lösa, poängterar Marta Szebehely.

Inom äldreomsorgen är undersköterska den största yrkesgruppen. De har varierande utbildning och förnärvarande är yrkestiteln inte skyddad (men ska bli!). Ett annat stort problem är att 28% av alla undersköterskor och vårdbiträden på SÄBO är timanställda, andelen är högre i Stockholmsregionen. Idag saknar var femte tillsvidareanställd adekvat utbildning, en siffra som är betydligt högre bland timavlönade. Äldreomsorgspersonal har även sämre arbetsvillkor och anställningsförhållanden än arbetsmarknaden i stort, med mer oönskad deltid, obekväma arbetstider och delade turer. Arbetsmiljön är både fysiskt och psykiskt belastande, tidspressen blir allt mer intensiv och fler känner sig otillräckliga. Denna situation bidrar till att SÄBO har högst sjuktal av alla branscher. Ett annat problemområde är att en stor andel har bristande kunskaper i svenska språket vilket har betydelse dels i kommunikationen med de äldre personerna, men har även identifierats som ett problem i kommunikation av rutiner och riktlinjer såsom basala hygienrutiner.

Vad som också framkom då arbetsförhållanden inom äldreomsorgen jämfördes mellan de nordiska länderna var att arbetsmiljön på SÄBO i Sverige har under en tioårsperiod försämrats, vilket inte på samma sätt skett i övriga nordiska länder.

I Sverige under pandemins första månader låg all fokus och all prioritering på Regionernas hälso- och sjukvård. Det fanns i stort sett inget fokus eller stöd till äldreomsorgen från VILKA. Det tog dessutom lång tid innan riktlinjer kring förebyggande, hantering och skyddande av äldre personer inom äldreomsorgen skulle utformas. Bland annat prioriterades inte äldreomsorgen i frågan om skyddsutrustning och testning. Det dröjde dessutom till slutet av juni innan Folkhälsomyndigheten rekommenderade visir och munskydd för all personal vid omsorg och vård av äldre personer med mistänkt Covid-19. Fram till dess hade det varit upp till respektive kommun eller de enskilda



utövarna att bestämma. Här skiljer sig Sverige från övriga nordiska länder där farorna för smitta på bland annat SÄBO uppmärksammades tidigt i pandemin.

Pandemin har således slagit hårt mot SÄBO och de regionala skillnaderna är stora. Marta Szebehely poängterar dock att vi inte glömma bort att de flesta SÄBO har inte haft någon smitta alls eller liten omfattning av smitta och många har klarat att förhindra smittspridningen. I Sverige finns ingen offentlig statistik hur många SÄBO som har eller har haft smittan, hur många äldre personer på varje enskilt SÄBO som har smittats, tillfrisknat eller avlidit. Det är sekretessbelagda uppgifter, vi vet från andra länder att ett fåtal SÄBO står för en stor andel av dödsfallen. Ett tydligt budskap under webinariet var att utan faktabaserad kunskap om smittans omfattning och dess konsekvenser på olika SÄBO kan vi inte förstå vad som har hänt och vi kan inte heller lära oss för framtiden.

Under webinariet framkom att det finns kombinationer av skyddande och försvårande faktorer i de olika nordiska ländernas äldreomsorg som bidragit till pandemins spridning.

Danmark: återfinns påtagliga försämringar av arbetsvillkoren men störst handlingsutrymme, få timanställda, få utan utbildning och bäst scheman – och mest testning.

Norge: många på kort deltid och utan utbildning men minst försämringar av arbetsvillkoren, minst tidspress och fler anställda sjuksköterskor.

Finland: lägst bemanning och mest oro för hjälptagarna men högst utbildningsnivå, mest kontakt med chef och flest heltidsanställda.

Sverige: påtagliga försämringar, flest timanställda, blandad utbildningsnivå, få sjuksköterskor, minst kontakt med chef och arbetscheman som inte ger utrymme till återhämtning. Arbetsvillkoren problematiska i alla länderna men är äldreomsorgen i Sverige mer utsatt genom en kombination av olika negativa förhållanden?

Covid-19 pandemin har drabbat äldreomsorgen hårt och dödstalet har på SÄBO varit höga. Detta är inte unikt för Sverige. I många länder har mellan 35 och 75 procent av alla Covid-19 relaterade dödsfall drabbat äldre personer boende på SÄBO. Även om det kan vara svårt att jämföra mortalitetsciffror så uppgår siffran till 46% i Sverige, 35% Danmark, 42% i Finland och i Norge 53% (1).

Sammanfattning

Pandemin som drabbade Sverige, drabbade äldre personer hårt. Närmare 7 000 personer har fram till nu avlidit och en stor del av dessa har bött på SÄBO. I kontrast till detta kan vi konstatera att i våra grannländer har det varit en helt annan utveckling med avsevärt färre antal döda inom äldreomsorgen

Slutsatser från presentatörerna "Varför färre döda i danska, norska, finska äldreboenden?"

- Skillnader i samhällspridning och dödlighet i hela befolkningen förklarar troligen mycket av skillnader i dödlighet i äldreboenden
- Skillnader i pandemiberedskap – Sverige otydligare och långsammare med skyddsutrustning, test, riktlinjer inom äldreomsorgen såväl inom SÄBO som hemtjänst. Skyddsutrustningen prioriterades i första hand till regionens hälso- och sjukvård. Norge, Finland och Danmark var betydligt bättre förberedda när pandemin slog till. Smittspridningen samhället har hållits på en betydligt lägre nivå än i



Sverige. I Norge fanns en pandemiplan som sattes i verket redan innan smittan kommit till Norge. I Danmark stängde myndigheterna snabbt ner samhället och äldreboendena, likadant i Finland .

- Det finns strukturella skillnader i arbetsorganisation och kompetens hos personalen mellan de nordiska länderna, speciellt för SÄBO. I Norge har SÄBO en tydligare hälso- och sjukvårdsinriktning (sjukhem) där andelen hälso- och sjukvårdspersonal är högre och de äldre med mer omfattande vårdbehov kan få adekvat vård på SÄBO. I Sverige har kommunerna ett ansvar för hälso- och sjukvård på SÄBO men andelen högskoleutbildad personal är låg och förutsättningarna för att bedriva en god hälso- och sjukvård som tillgång till medicinsk-teknisk utrustning är obetydlig/minimal.
- Arbetsvillkoren problematiska i alla länderna men äldreomsorgen i Sverige är mer utsatt genom en kombination av olika negativa förhållanden? I vilken utsträckning prioriterade de svenska myndigheterna äldreomsorgen i det första skedet jämfört med de nordiska länderna.

Resursgruppen vill dock understryka och därmed hålla med föreläsarna om att de nordiska länderna har bra särskilda boenden/äldreboenden sett både i ett historiskt och internationellt perspektiv. De nordiska särskilda boendena har hög boendestandard, det finns mer självbestämmande, mer utrymme för socialt liv samt närhet till anhöriga eftersom bostaden ofta ligger där övriga invånare bor.

De som presenterade:

Mia Vabø professor, Oslo Storstadsuniversitet (Oslomet), Norge

Tine Rostgaard, professor, Stockholms universitet samt Roskilde universitet, Danmark

Kaisu Pitkälä, professor, Helsingfors universitet

Marta Szebehely, professor emeritus, Stockholms universitet, Sverige

KI:s resursgrupp för äldres hälsa under Covid-19

Lars-Olof Wahlund, senior professor

Anne-Marie Boström, lektor

Carin Lennartsson, lektor

Laura Fratiglioni, senior professor

Kristina Johnell, professor

Kristina Kallin, med dr

Miia Kivipelto, professor

Dorota Religa, professor

Elisabeth Rydwick, lektor

Maria Eriksdotter, professor, (ordförande)