

Förkämpe för en bättre äldrevård

Gunnar Akner har inte bara synpunkter på äldrevårdens organisation och forskningsmetodik. Han har förslag till lösningar också.

TEXT JONAS NILSSON

Gunnar Akner är tidigare ordförande för Svensk geriatrisk förening och nuvarande chefredaktör för tidskriften Svensk geriatrisk. Efter några år som professor i geriatrisk vid Linnéuniversitetet och före det verksam i samma funktion vid universitetet i Örebro i sju år har han sedan i våras återetablerat sig i hemstaden Stockholm, som adjungerad professor vid Sophiahemmets högskola och med klinisk tjänst vid äldremottagningen där. Ända sedan sin grundutbildning till läkare i Uppsala på 1970-talet har han haft ett intresse för komplicerade hälsoproblem. Att arbeta med geriatrisk kom därför naturligt och under hela karriären har han blandat klinisk verksamhet och forskning kring äldre personers hälsa. Dock har han på senare tid begränsat sitt skrivande av forskningsartiklar.

– Det finns inga tydliga tecken till att vetenskapligt arbete påverkar utvecklingen i svensk äldrevård.

skapligt arbete påverkar utvecklingen i svensk äldrevård. Vården tuggar på som vanligt, under ledning av politiker, administratörer och ekonomer, med olämpligt utformade journalsystem, ständiga nedskärningar, omorganisationer och allt kortare vårdtider där många patienter skrivs ut i alltför instabilt skede.

– Det är en tilltagande frikoppling mellan det vetenskapliga, akademiska perspektivet på äldrevården – att man ställer upp hypoteser, testar dem, drar lärdom av resultaten och successivt implementerar dem – och det praktiska, kliniska.

Landstingens förmåga att ta till sig vetenskap är mycket liten och intresset minimalt.

– Det är en enorm skillnad mellan den praktiska vårdens utveckling och hur noggrant vi arbetar för att få en vetenskaplig artikel publicerad. Det sker på helt olika premisser.

Gunnar Akner anser att ju smalare ett vetenskapligt

"Det finns inga tydliga tecken till att vetenskapligt arbete påverkar utvecklingen i svensk äldrevård."

Foto: Privat

Fakta

GUNNA
Adjunge
Sophiahe
la. Han fyller

AVHANDLING

Localization of gl
receptor (GR) and
protein Mr 90,00
cells. Karolinska i

SENASTE PUBLI

Personalized med
adults. Kapitel I O
of geriatric medic
upplagan.

HUVUDLINJER I

• Översiktlig sam
och beskrivning a
ationen för enskil

Foto: Privat

**Fakta****GUNNAR AKNER**

Adjungerad professor vid Sophiahemmets högskola. Han fyller 65 i år.

AVHANDLING

Localization of glucocorticoid receptor (GR) and heat shock protein Mr 90,000 in mammalian cells. Karolinska institutet 1993.

SENASTE PUBLICERING

Personalized medicine for older adults. Kapitel i Oxford textbook of geriatric medicine 2018; 3:e upplagan.

HUVUDLINJER I FORSKNINGEN

- Översiktlig sammanställning och beskrivning av hälsosituationen för enskilda personer

med multipla hälsoproblem och behandlingar, hur hälsoproblem utvecklas över tid, relation mellan symptom diagnoser och hälsoutveckling över tid.

- Analys av enskilda personers näringstillstånd och analys/beskrivning av undernäringstillstånd, bland annat mat-/näringintag, energiomsättning, kroppssammansättning, fysisk aktivitet/funktion, vid olika kombinationer av kroniska sjukdomar.

- Hälsa-/sjukvårdens organisation och dess betydelse för vårdkvaliteten för äldre personer med kroniska sjukdomar. Här ingår även sjukvårdens styrning.

skapsområde är, desto mer lik vetenskapligheten blir den praktiska verksamheten. Det är lätt att föra över ett kapitel i en lärobok till en kardiologisk klinik, men kopplingen blir sämre ju bredare verksamheten är, som i internmedicin, geriatrik, allmänmedicin.

– Det är dystert, för där finns de flesta patienterna, säger Gunnar Akner.

Vården ska ju bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

– Vi har en rigorös reglering för hur man får ta fram vetenskapliga studier. Men när det gäller hur man organiserar sjukvård – och omsorg för den delen – så är det en helt annan noggrannhet. Vi gör ju om misstagen hela tiden.

Vad är det som krävs?

– Jag insåg tidigt att vården av äldre människor med flera kroniska sjukdomar inte sköts bra, trots att de utgör vårdens vanligaste patienter. De hanteras i avgränsade stuprör, det har mängder av utredningar fastslagit och det är verkligen så. Och hur får man till stånd en horisontell integrering? Man borde organisera vården på ett helt annat sätt. Inte ha kommun och landsting, öppenvård och slutenvård, utan i stället organisera vården så att man slipper flytta patienter mellan system. Ta bort idén om att sjukhusvården är navet. Och då har vi en intressant sak: geriatriken i Sverige som klinisk verksamhet finns nästan bara på sjukhus. Dessutom har sjukhusen en akutgeriatrisk funktion, medan rehabiliteringsgeriatriken har gått över i kommunal korttidsrehabilitering.

– Så här sitter alltså geriatrikerna och skriver in-ut in-ut, med små, ofta nischade mottagningar på sjukhusen. Men de stora patientgrupperna går ju direkt till primärvården. Det går inte att kvalitetssäkra det systemet utifrån sjukhusperspektivet.

Alltså bör äldre vården enligt Gunnar Akner organiseras från ett öppenvårdsperspektiv, där patienten knyts till en läkare med ett team

andra yrkeskategorier omkring sig, som är ansvariga oavsett om det är i bostadsmiljö, på vårdcentralen eller i akutfas på sjukhus.

– Gjorde man så slapp man dessa ständiga journalbyten, personalbyten och kanske allra värst policybyten, som stökar till enormt i vården. Långvarigt planerade behandlingar i primärvården kan helt gå om intet om de plötsligt ändras på sjukhuset.

Är det här något som skulle kosta mer?

– Det är den vanliga frågan. Jag hävdar lite försiktigt undrande: Kan det vara så att vår sjukvård är överfinansierad? Jag har inga vetenskapliga belägg för det, men däremot finns det ganska mycket belägg för att vi har enorma spill i vården. Bland de mest uppenbara är alla läkemedelsbiverkningar. Sen har vi allt dubbelarbete och dubbeldokumentation samt ineffektivitet vid växlingar mellan kommun och landsting respektive inom landstinget. Det finns goda skäl att tro att det är väldigt stora tomgångsförluster.

GUNNAR AKNER VILL disponera kostnaden för vården 65+ i en mera sammanhållen grundstruktur.

– Jag tror att det skulle gå att hitta en finansieringsform som omfattar både primärvård, sjukhusvård, hem-sjukvård, kommunal omsorg och rehabilitering. Den idén skulle jag gärna vilja testa. För det är finansieringen som förhindrar reformering av sjukvården. Den är så låst till huvudmännen, och inom huvudmännen finns alla dessa enheter med egna budgetar. Hur mycket man än sparar någonstans på effektivisering så syns inte det för patienterna.

För man redovisar inte de samlade kostnaderna över tid för de enskilda patienterna.

– Jag tror att det på sikt skulle kunna bli högre vårdkvalitet till lägre kostnader om vården av äldre baserades på det geriatriska kunskapsområdet med primär inriktning på överblick, integrering och koordinering. Det finns goda förutsättningar att detta skulle leda till färre sjukhusinläggningar förorsakade av läkemedelsbiverkningar, försena-

”Jag insåg tidigt att vården av äldre människor med flera kroniska sjukdomar inte sköts bra.”

de utredningar, kommun är ett experiment, det måste ses runt och undersökas. att säga: det blev fel. Att tänkande på vårdens organisation, det tror jag vore värt.

Hur hantera klyftan mellan

– Det senaste jag skrev forskning var ett lärobokslittererad vård – hur gör man utredning av en äldre persons hälsoproblem. Denna till självklara fråga, som varen svensk läkare på olika sätt ställs inför, har vi ingen vetenskaplig grund för, ingen bra utbildning eller träning och ingen struktur för. Tro att vårdens vanligaste patienter är äldre. En intressant möjlighet är att komplettera dagens kliniska forskningsmetodik med följande jämförelse mellan olika grupper: 'single subject experiment' design. Det vill säga ha en och en och i efterhand se

I EN VETENSKAPLIG studie de malt sett deltagarna i en intressant kontrollgrupp, vilka randomiserades så att man kan visa att gruppen vid studiens start. Sen följer tid, ser olika effekter och råkar skillnader. Dessa randomiserade behandlingsstudier har varit dilemmat är enligt Gunnar Akner patienter inte lämpar sig för. – Att hävda att två grupper man göra på några utvalda vård blir svårare ju mer komplicerat. Och att blanda stroke och cancer och sociala problem – det blir svårare och till och med omöjligt stället göra tvärt om. Man bör som vanligt, på kliniska prent är mycket noga med att definiera läkemedel, mat/näring, fysisk

nkning sig, som är
är i bostadsmiljö, på
tfas på sjukhus.
man dessa ständi-
byten och kanske
om stökar till enormt i
erade behandlingar i pri-
ntet om de plötsligt

le kosta mer?

rågan. Jag hävdar lite
det vara så att vår
ad? Jag har inga veten-
nen däremot finns det
r att vi har enorma spill
ppenbara är alla läke-
i har vi allt dubbelarbete
on samt ineffektivitet vid
n och landsting respek-
et finns goda skäl att tro
mgångsförluster.

onera kostnaden för vår-
anhållen grundstruktur.
t skulle gå att hitta en
form som omfattar både
d, sjukhusvård, hem-
d, kommunal omsorg och
ilitering. Den idén skulle
ärna vilja testa. För det är
nsieringen som förhindrar
mering av sjukvården.
är så läst till huvudmän-
och inom huvudmännen
alla dessa enheter med
idgetar. Hur mycket man
någonstans på effektiv-
s inte det för patienterna.
inte de samlade kostna-
skilda patienterna.
ikt skulle kunna bli högre
ostnader om vården av äld-
atriska kunskapsområdet
på överblick, integrering
finns goda förutsättningar
färre sjukhusinläggningar
felsbiverkningar, försena-

de utredningar, kommunikationsmissar. Men det är ett experiment, det måste man ställa hypoteser runt och undersöka. Utan att vara rädd för att säga: det blev fel. Att anlägga en sådan typ av tänkande på vårdens organisation och utformning, det tror jag vore väldigt hälsosamt.

Hur hantera klyftan mellan klinik och forskning?

– Det senaste jag skrev som man kan kalla forskning var ett lärobokskapitel om personcentrerad vård – hur gör man en integrerad utredning av en äldre persons hälsoproblem. Denna till synes självklara fråga, som varenda svensk läkare på olika sätt ställs inför, har vi ingen vetenskaplig grund för, ingen bra utbildning eller träning i och ingen struktur för. Trots att vårdens vanligaste patient är äldre. En intressant möjlighet är att komplettera dagens kliniska forskningsmetodik med fokus på jämförelse mellan olika grupper med metoden 'single subject experimental design', eller n=1-design. Det vill säga handlägga patienterna en och en och i efterhand söka samband.

I EN VETENSKAPLIG studie delar forskarna normalt sett deltagarna i en interventions- och en kontrollgrupp, vilka randomiseras och stratifieras så att man kan visa att grupperna inte skiljer sig vid studiens start. Sen följer forskarna dem över tid, ser olika effekter och räknar på signifikanta skillnader. Dessa randomiserade kontrollerade behandlingsstudier har varit epokgörande, men dilemmat är enligt Gunnar Akner att multisjuka patienter inte lämpar sig för den typen av teknik.

– Att hävda att två grupper är likvärdiga kan man göra på några utvalda variabler. Men det blir svårare ju mer komplicerade patienterna är. Och att blanda stroke och cancer och hjärtsvikt och sociala problem – det blir helt självklart svårare och till och med omöjligt. Då kan man i stället göra tvärt om. Man behandlar patienterna som vanligt, på kliniska premisser, men man är mycket noga med att definiera vad man gör: läkemedel, mat/näring, fysisk aktivitet/träning,

tekniska hjälpmedel, instrumentell- och personlig ADL. Och så klassificerar man utfallet i form av utveckling av symtom, funktion, vårdkonsumtion etc och analyserar vad det beror på.

– Mycket talar för att en sådan uppläggning passar bättre för multisjuka äldre patienter, i alla fall som ett komplement. Och då blir det lättare att entusiasmera kliniker för man gör som vanligt, bara lite noggrannare enligt DBU-modellen:

diagnostik-behandling/vård-uppföljning. Detta kräver utvecklingsarbete, men jag tror att det skulle vara ett sätt att göra området mer forskningsintressant och rekryteringsbefrämjande, eftersom det kopplar ihop klinisk forskning och praxis.


– Den specialiserade kunskapen är nödvändig, men det krävs en generalistnivå som komplement, även inom forskningen. Det är helt nödvändigt att betrakta komplexiteten som ett eget

problemområde. När det gäller behandlingsforskning, interventionsforskning för personer 75 år och äldre, så har vi väldigt lite att vila på.

Vad är din drivkraft?

– Den enskilda patientens hälsoutveckling över tid. Jag vet att det här går att lösa på bättre och enklare sätt än i dag. Det är otroligt angeläget. Kroniska, långsamt fortskridande tillstånd med komplikationer på vägen måste hanteras på ett integrerat sätt. Det som driver mig är verkligen omtanke om den enskilde personen under livets sluttande plan och med ett rimligt slut.

Vad har du för tankar om ditt eget åldrande?

– Jag ser åldrandet som i mycket hög grad knutet till sjukdomar och skador. Gerontologi, läran om det friska åldrandet, och geriatrik, läran om det sjuka åldrandet, är nästan omöjliga att skilja åt i praktiken. Efter 75 har många personer olika sjukdomar, med mycket växlande grad av autonomi. För egen del hoppas jag på att så länge jag mäktar med kunna få arbeta, skriva och tänka. Jag känner mig högmotiverad för att hjälpa till och jag önskar att fler såg sådant som för mig är fullständiga självklarheter. 

"Kroniska, långsamt fortskridande tillstånd med komplikationer på vägen måste hanteras på ett integrerat sätt."