

Skillnad på akuta och kroniska sjukdomar

– Sjukvården är inte anpassad för personer med kroniska sjukdomar

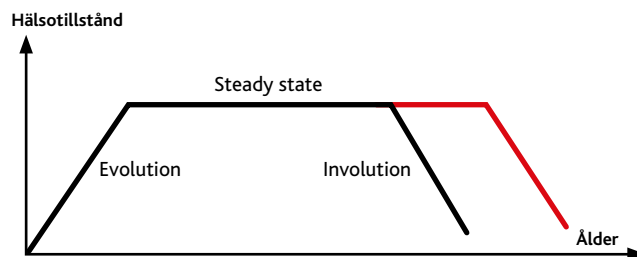
JAG HÅLLER IBLAND ÖVERSIKTSFÖRELÄSNINGAR OM multijuklighet och diskuterar då den omfattade sjukligheten bland äldre personer och att åldrandet är den i särklass viktigaste riskfaktorn för sjukdomar/skador. Regeringen har beräknat att handläggning av kroniska sjukdomar motsvarar 80-85 procent av de totala sjukvårdskostnaderna¹. Inte sällan får jag dock kommentarer som att ”äldre personer är gamla och skröpliga, men de är ju inte sjuka!”. Dessa invändningar, främst från lekmän, men ibland även från personer med vårdutbildning, kan vara en ledtråd till varför vårdsystemet sedan många år är så olämpligt utformat för vårdens vanligaste patienter = personer med en eller ofta flera kroniska sjukdomar.

När man talar om *sjukdom* och att någon är *sjuk* tänker många troligen på att personen drabbats av något nytillkommet hälsoproblem som t ex smärta, feber eller blödning och måste ha en akut bedömning av läkare. Sjukvården utvecklades som en akutverksamhet, huvudsakligen inriktad på skador (krigsskador) och infektioner. Under 1900-talet har situationen helt förändrats och nu domineras vårdpanoramats av kroniska, fortskridande, degenerativa sjukdomar. De flesta äldre personer drabbas så småningom av långvariga hälsoproblem med mycket stora skillnader i fysisk funktion och därmed förmåga att ta hand om sig själva eller sina anhöriga. Det finns såldes inget ”normalt åldrande”; alla personer åldras på ett unikt sätt med en unik mix av art och grad av hälsoproblem med tillhörande funktionsnedsättningar och riskfaktorer.

En orsak till missuppfattningen angående begreppet ”sjuk” är givetvis bristande medicinska kunskaper om skillnaden mellan akuta och kroniska sjukdomar och att en persons hälsoproblem kan befinna sig i olika faser: kronisk fas – subakut fas – akut fas.

Till detta kommer en utbredd önskan om ett långt liv med god hälsa, med vanligt förekommande psykologisk bortträngning av tankar på ohälsa, sjukdomar och död. Detta har lett till en utbredd föreställning om ”hälsosamt åldrande” (eng. *healthy aging*), ”framgångsrikt åldrande” (eng. *successful aging*) och att ”dö frisk” i hög ålder.

Under 1900-talet ökade medellivslängden från födelsen med ca 25 år – en historiskt sett unikt snabb utveckling. Figuren visar att detta medförde att livets parallelltrapets förskjöts åt höger, vilket ligger bakom talet att ”70 är det nya 50”. Dilemmat är att lutningen på det nedåt sluttande planet (involutionen) inte säkert ändrats, vilket innebär att sjukligheten förskjuts uppåt i åldrarna, men inte säkert minskar. SCB beräknar att antalet personer 80 år och äldre minst fördubblas fram till 2045². De



Åldrandets parallelltrapets med dess tre delar a) evolution, b) steady state och c) involution. Den röda linjen visar att medellivslängden från födelsen ökade med 25 år under 1900-talet, men utan att säkert påverka det nedåt sluttande planet (involutionen)

stora problem vi har i sjukvården nu 2019 är därför sannolikt bara en krusning på ytan om de ominösa befolkningsprognoserna slår in. Idag är det tyvärr inte mycket som talar för att förebyggande arbete nämnvärt kommer att påverka sjukligheten och därmed behovet av vård för äldre personer under de kommande decennierna.

Dessa befolkningsprognoser har varit kända länge, men ändå finns det inga tecken till att vårdsystemet anpassas för personer med multipla, kroniska hälsoproblem. Många metoder av sjukvården som t.ex. patienternas tid hos läkare, sammansättning av vårdteam, utformning av medicinska journaler, vårdens organisation för öppen och slutet vård, utbildning och klinisk forskning är i hög grad utformade för avgränsade hälsoproblem. Det innebär stora etiska problem med systematisk suboptimering av äldre personer i hela vårdsektorn, som med all sannolikhet även är kraftigt kostnadsdrivande.

För att kunna klara framtidens utmaningar är det nödvändigt att reformera sjukvården så att den passar för vårdens vanligaste patienter. Detta kan inte ske genom offentliga utredningar eller politiska ”satsningar”, utan måste experimenteras fram baserat på grundläggande medicinska principer och gedigen förtrogenhet inom geriatrik och gerontologi. Förhoppningar att metoder som t ex digitalisering, artificiell intelligens och uppgiftsväxling ska lösa framtidens problem bör inte drivas politiskt, utan betraktas på samma sätt som alla andra metoder inom sjukvården med krav på etik och kontrollerade studier.

Gunnar Akner
Docent i geriatrik, läkare
akner.gunnar@gmail.com
www.gunnar-akner.se
www.aknerblog.wordpress.com



1. Regeringskansliets hemsida 161216. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/12/satsning-pa-vard-for-personer-med-kroniska-sjukdomar-fortsatter/>
2. Statistiska Centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2017–2060. https://www.scb.se/contentassets/fee6de8eb7dc43bd9b3f36da925b5458/be0401_2017i60_sm_be18sm1701.pdf