

Värderade medlemmar i Svensk Förening för Geriatrik & Gerontologi (SFGG)

Geriatrisk i öppen vård

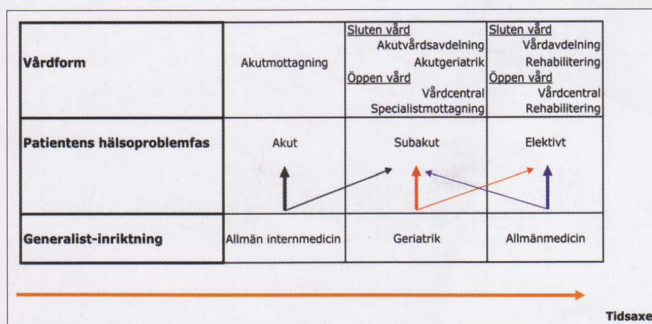
Under de senaste åren har förts en debatt huruvida geriatrik i huvudsak bör betraktas som en sjukhusspecialitet eller om det skulle vara värdefullt att även kunna erbjuda geriatrik i öppen vård. Jag har i olika debattartiklar och kolumner i bl.a. Nordisk Geriatrik hävdad att det geriatriska synsättet och arbetssättet är särskilt väl lämpat för öppen vård/primärvård och har även lagt förslag om en vårdorganisation för äldre, Äldrevårdscentral (ÄVC), där äldre personer, om de så önskar, skulle kunna lista sig för sin fasta läkarkontakt (1-3). Vid ÄVC skulle all personal ha tydligt definierad kompetens i geriatrik. Detta betyder inte att alla läkare vid ÄVC måste ha specialistkompetens i geriatrik; även andra generalistinriktade läkarspecialiteter har varierande grad av geriatrisk kompetens. Den stora majoriteten av landets äldre personer med komplexa hälsoproblem (multisjuka) handläggs inte av geriatriner, utan av bl.a. allmänläkare (öppen vård) och internmedicinare (sluten vård). Dessa tre generalistinriktade verksamheter för äldre personer arbetar till stor del med samma typ av äldre patienter, men med fokus på hälsoproblem i olika faser beroende på graden av "akutitet" (se även figur 1):

Allmänna internmedicinare: Handlägger äldre patienter i akut problemfas på akutmottagningar och akutmottagningsavdelningar med några få dygns medelvärdetid. Därtill har man en betydande sjukhusansluten öppenvårdsverksamhet i form av specialistmottagningar för olika definierade organrelaterade problem.

Geriatriner: Deltar i regel inte i akutmottagningarnas primärjourssystem, utan tar över äldre patienter till geriatriska vårdenheter efter bedömning/handläggning av primärjour eller i form av planerade intagningar direkt från bostaden. Geriatriner ser därmed fr.a. äldre patienter i subakut fas (akutgeriatrik). Därtill finns en mycket varierande sjukhusansluten öppenvårdsverksamhet fokuserad på olika "geriatric giants", t.ex. demens, inkontinens, osteoporos, Parkinsons sjukdom etc, men sällan mot multisjuka, "frail" äldre med längre perioder av fortlöpande kontakt.

Allmänmedicinare: Handlägger äldre patienter i elektivt eller subakut skede på öppenvårdsmottagningar vid vårdcentral. De har även varierande grad av uppdrag att utföra "läkarinsatser" vid landets särskilda boenden för äldre, vilka legalt räknas som primärvård.

Figur 1



En utgångspunkt för den fortsatta diskussionen kan vara att definiera vilken specifik kompetens i geriatrik som krävs för att arbeta med komplex sjuka äldre personer med hälsopro-

blem i olika faser samt hur denna geriatriska kompetens bör utbildas och kvalitetssäkras och fr.a. tillämpas i en ändamålsenlig vårdorganisation för äldre. Det föreligger så omfattande problem i dagens svenska äldrevård att det är nödvändigt med integrerade lösningar som betonar vårdtagarens perspektiv och behovet av definierad kompetens snarare än en fruktlös revirstrid mellan olika närliggande generalistverksamheter där det är avsevärt mer som förenar än som skiljer.

Framtidens hälso- och sjukvård för äldre kommer sannolikt inte att vara lika fokuserad på slutenvård på akutsjukhus som idag, utan äga rum inom ett närsjukvårdskoncept med betoning på öppen vård på mottagningar och i bostaden, samt tillgång till slutenvård vid närsjukhus. Jag anser att det är angeläget att vi geriatriner intar en proaktiv attityd till denna utveckling och försöker medverka till en så bra verksamhet för patienterna som möjligt. Här finns det stort utrymme för en kraftigt ökad rekrytering av geriatriner och för detta krävs att vi ökar attraktionskraften till geriatrik. Utöver att tydliggöra vilken kompetens och fortbildning som krävs föreslår jag bl.a. betydande satsning på klinisk forskning (särskilt kontrollerad behandlingsforskning), undervisning i samarbete med universitet och högskolor samt utveckling av en problembaserad journal som i högre grad än nu fokuserar på förloppet av olika hälsoproblem inkl. riskfaktorer över tid och kritisk granskning av effekt(er) av olika vidtagna behandlingsåtgärder.

Det vore mycket värdefullt att ta del av läsarnas synpunkter på ovanstående, inte minst yngre läkare som arbetar inom geriatrik och äldrevård.

Geriatriskt forum

Styrelsen välkomnar alla intresserade att delta vid höstens *Geriatriskt forum* i Stockholm 8-9 september (för program, se bilaga).

Styrelsen hoppas att detta forum skall bli en regelbundet återkommande geriatrisk minikongress med tillhörande utställning som en central mötesplats för läkare och andra yrkesgrupper som arbetar med geriatrik/äldrevård. Om processen utvecklas väl planerar vi att göra *Geriatriskt forum* till ett formellt utbildningsmöte med definierade "credits" eller CME-poäng (continuous medical education).

För att ge *Geriatriskt forum* en bra start i september är det viktigt med ett högt deltagarantal. Vår förhoppning är att alla geriatriska kliniker och sektioner respektive geriatriska institutioner, avdelningar och andra forskningsenheter i landet skickar 2-3 (gärna fler) medarbetare till detta forum för att det verkligen skall bli ett "forum" för brett tanke- och erfarenhetsutbyte kring äldrevårdens innehåll och form. Välkomna!

Referenser

1. Karlsson M. Hög tid för Äldrevårdscentral (ÄVC). *Nordisk Geriatrik* 2004; nr 3: 36-38
2. Akner G. Analys och handläggning av äldres multisjuklighet måste samordnas. *Med DBU-metod vid äldrevårdscentral kan behandling utvärderas*. *Läkartidningen* 2005; 102:758-65
3. Akner G. Ord förändring i *Nordisk Geriatrik* 2005; nr 1: 44

Gunnar Akner
docent, överläkare,
styrelseordförande i Svensk Förening för
Geriatrik och Gerontologi (SFGG)
e-post: gunnar.akner@chello.se
Hemsida: www.sfgg.se

