

# Äldrevård måste grundas på etik

## Den enskilde patientens bästa skall alltid stå i fokus



**GUNNAR AKNER**, docent i geriatrik, Karolinska institutet, Stockholm; överläkare, Jakobsbergsgeriatriken/FoU, Jakobsbergs sjukhus gunnar.akner@chello.se

I detta nummer av Läkartidningen skriver två överläkare vid geriatrika kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, och en professor emeritus i medicinsk etik vid Karolinska institutet en artikel med rubriken »Framtidens åldersutveckling ställer geriatrik etik på prov«.

Författarna diskuterar behovet av en gemensam värdegrund med en kärna av väl förankrad, gemensam människosyn för att hantera etiska dilemman inom geriatrik och äldrevård. Som skäl för detta betonar de bl a de demografiska prognoserna om kraftigt ökande antal multisjuka äldre med avtagande autonomi och hotad integritet samt behov av vägledning vid kliniska prioriteringar.

Under arbetet med etikfrågor på geriatrika kliniken vid Huddinge sjukhus har författarna använt en metod med s k etikbrevlådor, där vårdpersonalen under två veckor fick möjlighet att lämna in exempel på händelser i vårdarbetet som de uppfattade som etiska dilemman.

Tre områden som särskilt föll ut var problem kring nutrition (särskilt sondnutrition), inkontinens och dokumentation kring beslut att avstå från hjärt-lungräddning. Klinikledningen organiserade sedan samtalsfora och seminarier kring de inlämnade exemplen, både personal och områdesspecialister var inbjudna dit.

### Etiska reflexioner räcker inte

Kliniken är värd en eloge för att ha tagit sig an de angelägna etikfrågorna på detta konkreta sätt med fokus på personalens uppfattningar av etiska dilemman i vårdarbetet med enskilda patienter.

Författarna tar upp viktiga frågor om hur arbetet med att skapa etisk medve-

tenhet om och värdegrund för såväl värdigt liv som värdig död lämpligen bör bedrivas inom geriatrik och äldrevård. Två aspekter förtjänar att särskilt lyftas fram:

**Strukturerat arbetssätt.** Som utgångspunkt för det beskrivna etikprojektet gjordes intervjuer med klinikkens egna medarbetare och olika externa vårdgivare. I dessa intervjuer »framkom behovet av ett strukturerat arbetssätt som skulle kunna bidra till att lösa det vardagliga vårdarbetets problem«.

Det vore värdefullt att närmare penetrera detta »behov«: Är det en slutsats som författarna själva drar efter att ha tagit del av intervjuerna eller var det olika medarbetare och/eller externa vårdgivare som framhöll bristen på strukturerat arbetssätt i klinikkens vårdarbete? Läroböcker i geriatrik framhåller ju alltid att ett strukturerat arbetssätt är en avgörande förutsättning för kvalitet i den kliniska verksamheten. I själva verket ökar ju behovet av strukturerat arbetssätt (inkluderande strukturerad dokumenta-

tion) med graden av komplex hälsoproblematik, och det blir därför en central kvalitetsfaktor inom just geriatrik och äldrevård.

**Patientens förlust av autonomi.** Enligt författarna kom det multidisciplinära teamet fram till uppfattningen »att en patient med nedsatt autonomi inte får påverkas i negativ riktning när det gäller hennes integritet. Även en aktör med minskade funktioner är helt och hållet person med rätt till respekt för sin integritet ...«. Relationen mellan autonomi och integritet åskådliggörs genom dalmålningen Ålderstrappan, med den intressanta reflexionen att ålderskurvans bågform kan sägas återspegla graden av autonomi under livet.

För att det etiska förhållningssättet skall få en tydlig och integrerad roll inom geriatrik och äldrevård (egentligen all hälso- och sjukvård) räcker det dock inte att personalteamen regelbundet avsätter tid till återkommande etis-

ka reflexioner kring sitt arbete. Etiska aspekter måste dessutom integreras i a) kunskapsbasen (= forskning, beprövad erfarenhet, personalens grund och fortbildning), b) äldrevårdens mål och ambitioner (= visioner, nationella riktlinjer, verksamhetsplaner, resurser) och inte minst c) äldrevårdens förutsättningar (= vårdorganisation, arbetssätt, dokumentation, uppföljningssystem). På så sätt kan kunskaper och ambitioner få optimala förutsättningar att leda till hög vårdkvalitet med respekt för den mycket stora variationen mellan enskilda äldre personer.

Personalteamens regelbundna reflexionspass kan då få avgörande betydelse för att levandegöra etiska problemställningar och fungera som en konkret, löpande avstämning mellan kunskaper, ambitioner och förutsättningar för hög vårdkvalitet inom äldrevården.

### Fragmenterad vård ett etiskt dilemma

En rad offentliga utredningar, rapporter, vetenskapliga studier etc har framhållit att den kliniska handläggningen av enskilda multisjuka, äldre personer över tid är onödigt fragmenterad och osammanhängande [1]. Som ett färskt exempel kan nämnas rapporten »Styckevis och delat« från Stockholms läns landstings revisorer [2].

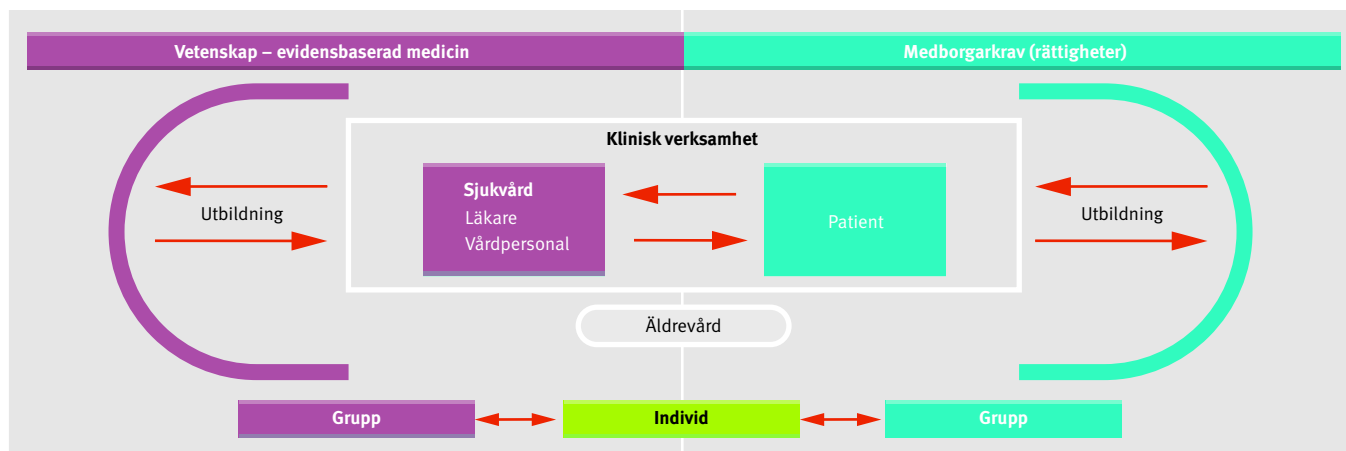
En fragmenterad och osammanhängande vårdorganisation leder till onödigt låg vårdkvalitet, vilket onekligen innebär ett etiskt dilemma (!).

En lämplig utgångspunkt för en bred, etiskt präglad diskussion kring den nuvarande och framtida situationen i äldrevården kan vara den konkreta handläggningen av hälsoproblem hos äldre personer (»är«) och vilka mål och am-

### SAMMANFATTAT

**Etiska aspekter** måste integreras i äldrevårdens kunskapsbas och i äldrevårdens mål och ambitioner samt inte minst i äldrevårdens organisation och arbetssätt.

**En konsensusdiskussion** kring den etiska värdegrunden i äldrevården skulle underlätta avsevärt om vi kunde uppnå enighet om att patientperspektivet är överordnat övriga perspektiv.



Den konkreta kliniska situationen vid vård av enskilda äldre personer kan ses i relation till två olika perspektiv: å ena sidan den samlade kunskapen om hälsa och sjukdom hos äldre, å andra sidan medborgarperspektivet.

bitioner som finns för verksamheten (»bör«).

En möjlighet vore att beskriva det övergripande målet som:

- Evidensbaserad, bästa möjliga hälso- och sjukvård samt omsorg över tid anpassad till den enskilda äldre persons önskemål och förhållanden.

Detta mål förutsätter ett vårdssystem som på ett kvalitetssäkrat sätt använder ändamålsenliga metoder som gör det möjligt att uppnå målet.

**Figuren ovan illustrerar** att den konkreta kliniska handläggningen av enskilda äldre personer kan beskrivas i relation till två olika perspektiv:

- Å ena sidan den samlade kunskapen om hälsa och sjukdom hos äldre (den vetenskapliga litteraturen och den beprövade erfarenheten) inom de olika medicinska specialiteterna och omvårdnadsspecialiteterna och uttolkad av den praktiska sjukvården.
- Å andra sidan medborgarperspektivet kodifierat i olika internationella överenskommelser, lagar, förordningar, prioriteringar etc, uttolkade i den enskilde personens krav på adekvat handläggning av sina hälsoproblem.

Översättningen (translationen) mellan individ- och grupperspektiven sker genom utbildning och dubbelriktad informationsöverföring. En sådan fortlöpande översättning är en avgörande förutsättning för att ovan föreslagna mål skall kunna uppnås.

### Centrala frågor ännu olösta

När det gäller klinisk handläggning av multisjuka äldre personer över tid är det

viktigt att framhålla att det finns en rad olösta centrala frågor, som i hög grad påverkar hur olika etiska ställningstaganden kan översättas till god vård för enskilda äldre personer:

- Det vetenskapliga underlaget är svagt, särskilt angående behandling av äldre personer [3].
- Det behöver utmejslas en vetenskapligt baserad konsensus kring vad som behöver/skall/bör undersökas eller mätas när det gäller att följa »hälsa över tid« hos multisjuka äldre personer. Detta kan t ex gälla subjektiv hälsoupplevelse, hälsorelaterad livskvalitet, objektivt fastställda hälsoproblem på olika nivåer (organ, system, funktion, socialt etc), kostnader, vårdkonsumtion i öppen och sluten vård, mortalitet, närståendes uppfattning m m.
- Vi behöver utveckla läromedel och utbildning i hur man bedriver klinisk logistik analys med kritisk granskning av förloppet av komplexa hälsoproblem och behandlingseffekter hos enskilda äldre personer över tid, oberoende av vårdformer och yrkesgrupper.
- Vi behöver utveckla en problembaserad dokumentation, anpassad för analys av hälsotillståndet hos multisjuka äldre och fokuserad på överblick och hälsoutveckling över tid.
- Det behövs forskningsom jämför olika organisationsformer för äldrevård och som analyserar effekter och resultat för enskilda äldre personer över tid.
- Innehållet i de olika vårdutbildningarna inom geriatrik och äldrevård behöver synkroniseras för att få bättre förutsättningar för teamarbete.

### Individens önskemål i centrum

Kontentan av ovanstående är att en etisk

diskussion alltid måste utgå från den enskilde individens önskemål och omständigheter och att kvaliteten på beslutsunderlaget spelar en mycket stor roll för hur olika etiska dilemman kan te sig och utvecklas visavi olika handläggningsalternativ.

Man bör dock inte underskatta svårigheterna i att utforma *en* gemensam etisk värdegrund och *ett* gemensamt synsätt, eftersom det finns så många olika spänningsfält inom geriatrik och äldrevård med olika uppfattningar om både vårdens innehåll och dess form. Detta har diskuterats tidigare i Läkartidningen [4].

Frågan är om det är möjligt att uppnå konsensus kring *en* gemensam etisk värdegrund för alla dessa olika perspektiv. En konsensusdiskussion skulle underlättas avsevärt om vi kunde uppnå enighet om att patientperspektivet är överordnat de övriga perspektiven i enlighet med det förslag som framförs ovan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldrevårdscentral. Stockholm: Liber; 2004.
2. Landstingsrevisorerna. Styckevis och delat. Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005. Projekt rapport nr 19/2005. [http://www.ls.sll.se/docs/w\\_rev/projr-05/Projekt rapport-19-styckevis-och-delat.pdf](http://www.ls.sll.se/docs/w_rev/projr-05/Projekt rapport-19-styckevis-och-delat.pdf)
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003. <http://www.sbu.se>
4. Akner G. Sex perspektiv på multisjuklighet och multibehandling hos äldre. Hur vet vi om vidtagna behandlingsåtgärder är effektiva? Läkartidningen 2002;99:3972-3.