

# Evidensbaserad "best clinical practice" högst på förre ordförandes önskelista

Av **Jenny Ryltenius**

*"Vi kan inte lösa geriatrikens fråga internt i vår förening. Det är ett faktum att vi måste samarbeta med olika instanser." Gunnar Akner SFGG's ordförande under 2000–2005, tycker att en av de mest angelägna förbättringsåtgärderna för äldrevården är att etablera en vetenskaplig bas på området. Det påverkar organisationen av äldrevården – som i sin tur kräver att politikerns inflytande över äldrevårdens organisation minskar radikalt till förmån för klinikers.*

Gunnar Akner vill se geriatriken och Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG) som ett förvaltningscentrum för kunskap i äldre frågor. I dag är det långt ifrån fallet. – Föreningen får sällan eller aldrig remisser om hur verksamheten bör läggas upp – om själva driftfrågan. Beklagligt nog saknas det ett nationellt grepp om äldrevården.

Hans främsta kritik mot äldrevårdens organisation är att den är uppbyggd från ett vårdgivarperspektiv – inte ur den multisjuka äldre patientens. Att det förhåller sig så beror på att sjukvården i hög grad styrs av en ekonomisk och politisk agenda. Istället för att göra grova prioriteringar, fördela pengar och göra uppföljningar ägnar sig politikerna åt detaljstyrning. – Politiker ska inte besluta om äldrevårdens organisation. Jag har aldrig förstått varför den politiska agendan har accepterats.

Hans recept är istället att premisserna läggs av kliniskt verksamma läkare och vårdpersonal. När det gäller äldrevård skulle förslagsvis SFGG kunna fungera som en viktig rådgivare. All upphandling bör genomföras med full insyn, framför allt vad gäller basen för förfrågningsunderlagen.

– Organisationen har en sådan fundamental betydelse. Det spelar ingen roll hur skicklig jag är som enskild läkare eller vårdpersonal om jag bara ser det jag gör på min vårdenhet. Vi som vårdar och behandlar äldre multisjuka måste kunna jobba synkront mot gemensamma mål över tid.

Nu finns inte de förutsättningarna. Uppdelningen av det ekonomiska ansvaret på olika huvudmän leder till ständiga gränsdragningsproblem med försök till att vältra över kostnader och förhandla om ansvarsområden. Istället för att tänka

integrerat och holistiskt tänker man "flytta patienten så fort som möjligt till en billigare vårdnivå".

Många sjukhus saknar geriatriska mottagningar för återbesök för utskrivna äldre patienter med multipla hälsoproblem. Uppföljningen sker istället i primärvården av allmänläkare på vårdcentral. Detta byte av vårdgivare innebär ständiga risker för att viktig information om patienterna inte följer med. Det innebär dessutom att läkare och annan vårdpersonal sällan får möjligheten att följa effekten av olika behandlingar över tid och anpassa behandlingen därefter.

– Alla säger att de har patienten i fokus och det har de nog, utifrån sin egen vårdenhets perspektiv. Men det finns ingen samlad integrerad hälsoanalys över tid.

Utmaningen i framtiden är att utforma en ny äldrevårdsorganisation avsedd för de multisjuka äldre. Gunnar Akners bidrag till en integrerad organisation är förslaget om Äldrevårdscentral i hans bok, "Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral". Den kan leda till en mer kvalificerad och sammanhängande handläggning över tid av den komplexa hälsoproblematiken hos äldre.

## **Bristfällig journalkultur**

Ett annat stort problem är dagens journaler. De fungerar mer som dagböcker, i första hand konstruerade utifrån vårdgivarnas intressen och behov – inte patienternas.

– Den medicinska informatiken är utvecklad för att passa akutsjukvården. För analys av komplexa, kroniska sjukdomar



*Gunnar Akner var ordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi mellan 2000 och 2005. Förra året tackades han för utfört arbete i Ridarhuset i Stockholm.*

*– Jag fick höra massa fina ord när jag avtackades. Jag vet att det synsätt jag står för är uppskattat, även om det råder oenighet i vissa frågor.*

och funktionsnedsättningar av olika slag fungerar den inte alls. Även om man har tillgång till en patients alla journalhandlingar 20 år bakåt i tiden, är det ofta mycket svårt att utvärdera hälsotillståndet och eventuella behandlingseffekter över tid.

Man kan till exempel läsa att avföringen kom i gång ett visst datum, men ofta finns ingen närmare analys kring förstoppningens uppkomst respektive effekter av aktuell behandling. Eller att en patient började gå på tredje dagen efter höftoperationen, men inte vad som gjorde att patienten kom upp på benen så sent.

Vid vård av multisjuka äldre är det särskilt angeläget att journalen fungerar som pedagogiskt instrument för hälsoanalys. I den ska vårdpersonalen kunna följa olika hälsoproblem och analysera effekten av olika behandlingar över tid, oberoende av vårdformer, vårdenheter och yrkesgrupper.

Journalen bör betraktas som ett "pedagogiskt kommunikationssystem" och behöver utvecklas i autentisk äldrevård, helst i öppna vårdformer som Äldrevårdscentraler, menar Akner. Ett dokumentationssystem som byggs upp på detta sätt kan samtidigt användas för klinisk analys av enskilda individer och för klinisk forskning. Akner håller själv på att utveckla ett daterat journalsystem som ska stödja dessa funktioner.

### **Enigheten om brister – en framgång**

Om Gunnar Akner ska nämna något som har varit särskilt viktig, för geriatriken de senaste åren är det SBU-rapporten "Evidensbaserad äldrevård" som kom 2003. Rapporten visade att kunskapsläget är som sämst för de åldersgrupper som får särskilt mycket behandling av olika slag. För

äldrarna över 75 år finns bara enstaka behandlingsstudier och knappast några studier på behandling vid flera samtidiga sjukdomar.

– Det är nog den första rapporten i världen som sammanställt all påvisad behandlingsforskning på personer över 75 år. SBU:s styrelse, vetenskapliga råd och författargruppen var eniga om det stora behovet av behandlingsforskning inom äldrevården.

Trots den kompakta enigheten har budskapet i rapporten inte nått dem som delar ut pengar till forskning och de som har mandat att beställa och organisera värden – politikerna. – Nu är det dags att sluta prata om varför det ser ut som det gör och istället fokusera på vad vi ska göra. Det första är att börja bedriva systematisk behandlingsforskning hos multisjuka äldre. Detta är inte bara ett angeläget önskemål utan ett etiskt krav. Det är orimligt att fortsätta med dagens omfattande behandling av äldre baserat på så bristfälligt vetenskapligt underlag.

Forskning skulle inte bara förbättra patienternas hälsa, på köpet skulle även geriatrikens status öka och kanske ändra den inställning som Gunnar Akner ofta möter när han undervisar blivande läkare.

– Få av dem som läser på läkarlinjen drömmer om en yrkesframtid inom äldrevården. Om den kliniska analysdelen ingick som ett tydligt uppdrag skulle det troligen locka fler unga läkare in i yrket.

Mot bakgrund av att många geriatriker går i pension de närmaste åren (medelåldern i SFGG är 57 år och endast ett 30-tal nya specialistbevis i geriatrik utfärdas varje år) är nyrekryteringen ett minst sagt akut problem.

På frågan om alla medlemmar har samsyn och ungefär samma professionella intressen svarar Akner först diplomatiskt att han inte vet eftersom ingen i föreningen har undersökt saken. Men sedan gör han snabbt en reflektion:

– Det verkar som man ställer sig bakom styrelsens arbete med att lyfta upp systemfrågor och medvetenheten kring behovet av forskning, fortbildning och kvalitetssäkring. Men när det gäller att föra ut geriatriken i öppenvården är det många som förefaller ha sin identitet på sjukhuset som akutgeriatriker. Jag argumenterar för att det är orimligt att fortsätta betrakta geriatrik som bara en sjukhusspecialitet med huvudsaklig akutgeriatrisk inriktning medan samma patienter sköts av allmänmedicinare i primärvården. Framtidens äldrevård kommer med stor sannolikhet att ha en stark tonvikt på vård i öppna vårdformer. Geriatriken som specialitet bör agera

proaktivt i denna fråga. (Frågan debatteras även i *Nordisk Geriatrik 2005 nr 6, reds. anm.*)

I Gunnar Akners bild av framtiden sker en stor del av behandling av äldre i deras hem och via öppenvårdsbesök. Oavsett vad han själv tycker om det, säger han, så är det ett faktum. Även de allra sjukaste och mest vårdkrävande kommer troligen att vårdas hemma med stöd av avancerad teknik, till exempel robotar och digital teknik för olika slags övervakning.

När Gunnar Akner är inne på temat oenighet och framtid gissar han att det kommer att visa sig en del olika uppfattningar när den tio år gamla utbildningsboken för specialistutbildning i geriatrik ska skrivas om.

– Så fort någonting ska förtydligas och specificeras uppstår lätt splittring. Så länge man talar i retoriska klyschor är allt frid och fröjd, det vet politikerna inte minst.

Det är viktigt att en moderniserad utbildningsbok utformas i samarbete med andra generalistinriktade specialiteter, framförallt med allmänmedicin och internmedicin. Det har länge rått en slags tillstånd av revirbevakning mellan geriatriken och dessa specialiteter, trots att man där handlägger liknande patienter, men i lite olika akuta faser.

Förhoppningsvis går det att komma fram till en salomonisk lösning när det gäller kvalitetssäkring av begreppet "geriatrisk kompetens" och hur äldrevården bör organiseras så att man varaktigt tillförsäkrar "evidence-based best clinical practice" över tid.

## Engagemang

Hur ser du på engagemanget bland medlemmarna i SFGG? – Det är svagt. Jag tycker att det borde vara bättre. När vi har möten kommer kanske 50–100 medlemmar, eller 15 procent som mest. Den aktiva gruppen – som till exempel uttrycker åsikter på möten, skriver brev och remissvar – är väldigt liten. Men eftersom medlemmarna betalar sin medlemsavgift så är min försiktiga slutsats att de passivt ställer sig bakom det föreningen gör.

Akner tror att tidskriften – *Nordisk Geriatrik* – har haft stor betydelse för medlemmarna.

– Det är en stark sak att ha en tidning som inte är kopplad till läkemedelsindustrin. Att den skickas ut till allmänmedicinare bidrar till att sprida det geriatriska perspektivet.

En annan stark framgångsfaktor är Geriatriskt Forum som arrangerades första gången 2005 och som har bidragit till att bredda och fokusera kring kliniska problem.

Gunnar Akner har infört en "ordförandekolumn" i *Nordisk Geriatrik*, samt både lagt upp och moderniserat Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologis hemsida. Men informationen till medlemmarna skulle kunna moderniseras ytterligare. – Jag har skickat vanliga brev till medlemmarna 3–4 gånger om året eftersom det är väldigt oklart vilka e-postadresser alla har. Det är en minst sagt bölig hantering.

Frågan är om inte SFGG så småningom, trots detta, måste börja kommunicera med medlemmarna via e-post med hänsyn till att kostnaderna för arbete och porto är ganska höga.

Jenny Ryltenius  
Frilansjournalist

På nästa sida följer Gunnar Akners analys av dagens situation för geriatriken. Analysen har fått namnet SWOT. S för Strengths, W för Weaknesses, O för Opportunities och T för Threats.

# SWOT-analys av geriatriken Sverige

Av **Gunnar Akner**

Under SFGGs interna föreningsdiskussion under Riksstämman 051130 presenterade jag ett försök till SWOT-analys av dagens situation för geriatriken i Sverige. SWOT står för

S = Strengths

W = Weaknesses

O = Opportunities

T = Threats.

S och W hänvisar till dagens situation och O och T avser framtiden.

## S = Strengths

- Det råder allmän enighet om att geriatrik/geriatric medicine är kunskapsområdet för handläggning av hälsoproblem hos äldre
- Vid årsskiftet 2004/2005 fanns i Sverige 679 specialist-kompetenta geriatriker (1): Med detta antal specialister ligger geriatriken på 10:e plats bland landets nuvarande 62 medicinska specialiteter vad beträffar antalet läkare med specialistbevis (Figur 1).
- Många geriatriska team – stor vårdresurs
- SFGGs hemsida – ger möjligheter till informationsutbyte och nätverkande
- Tidskriften Nordisk Geriatrik med spridning till både geriatriker och distriktsläkare
- Höga ambitioner hos många medlemmar

## W = Weaknesses

- Hälsa- och sjukvårdslagen – motverkar kvalitetsutveckling inom äldrevården
- Politisk styrning av äldrevården – vårdorganisationen blir inte optimalt anpassad till vårdens innehåll och beslut tas långt från verkligheten.
- Äldrevårdens splittrade organisation – svårt att samordna olika bedömningar och handläggningar ur patienternas perspektiv. Det blir även alltför lite återkoppling mellan olika vårdgivare.
- Geriatriken är alltför ensidigt inriktad på akutgeriatrik och sjukhusvård
- Fragmenterad dokumentation över tid – svårt att följa utvecklingen av patienternas hälsoproblem över tid och kritiskt analysera effekter av olika behandlingar.
- Hög medelålder bland landets geriatriker
- Nyrekryteringen är alltför svag
- Svagt vetenskapligt underlag och svag forsknings-tradition

## O = Opportunities

- Tilltagande förståelse för behov av geriatrisk kompetens, bl. a. från pensionärsorganisationer som organiserar många pensionärer och bevakar deras intressen, bl. a. hög vårdkvalitet.
- Ökade krav på "evidence-based best clinical practice" för äldre – för säkrare diagnoser, behandlings/vårdresultat och mindre biverkningar.
- Ökad förståelse för vårdorganisationens avgörande betydelse för kvalificerad äldrevård
- Ökad andel geriatrik i öppna vårdformer med tillgång till egna slutenvårdsplatser
- Analysinriktad, problembaserad dokumentation helt ur patientens synvinkel
- Förbättrad grundutbildning i geriatrik
- Fler ST-block i geriatrik, inkluderande kombinationsblock för klinisk forskning
- Förbättrad specialistutbildning i geriatrik ("specialistutbildning!")

## T = Threats

- Demografiska prognoser för de kommande 40 åren med nästan dubbling av antalet personer som är 80 år eller äldre
- Åldersdiskriminering ("ageism")
- Kommande stora pensionsavgångar bland geriatriker
- Svag nyrekrytering av geriatriker och vårdpersonal – risk att specialiteten upphör på grund av brist på geriatriker.
- Revirstrider mellan vårdformer, specialiteter och yrkesgrupper
- Fortsatta ekonomiska nedskärningar

Det vore värdefullt om läsarna ville komplettera denna SWOT-analys i en fortsatt debatt.

## Referenser

1. Sveriges läkarförbund. Läkarfakta 2005.

Gunnar Akner  
docent i geriatrik vid Karolinska Institutet, överläkare  
tidigare styrelseordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG), 2000-2005

**Figur 1.**

Antalet specialister i de 62 medicinska specialiteterna (jan 2005) sorterade i fallande ordning. Uppgifter från Läkarförbundet (1)

Allmänmedicin	5545	Klinisk bakteriologi	118
Internmedicin	2760	Allergisjukdomar	113
Psykiatri	1513	Plastikkirurgi	111
Kirurgi	1502	Barn- och ungdomskirurgi	105
Anestesi och intensivvård	1290	Neurokirurgi	105
Barn- och ungdomsmedicin	1223	Smärtlindring	100
Obstetrik och gynekologi	1202	Klinisk cytologi	94
Ortopedi	1034	Neonatologi	92
Medicinsk radiologi	974	Handkirurgi	89
Geriatrisk	679	Barn- och ungdomsneurologi	83
Kardiologi	637	Neuroradiologi	79
Företagshälsovård	588	Nukleärmedicin	78
Ögonsjukdomar	586	Klinisk farmakologi	77
Öron-, näs och halssjukdomar	567	Barn- och ungdomsallergologi	76
Infektionssjukdomar	461	Gynekologisk onkologi	74
Hud- och könssjukdomar	356	Skolhälsovård	71
Neurologi	323	Hörselrubbingar	69
Barn- och ungdomspsykiatri	319	Klinisk immunologi	66
Urologi	318	Yrkes- och miljömedicin	64
Onkologi	304	Socialmedicin	59
Lungsjukdomar	286	Barn- och ungdomsradiologi	59
Reumatologi	264	Transfusionsmedicin	58
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	226	Klinisk neurofysiologi	54
Medicinska nursesjukdomar	219	Rättspsykiatri	53
Rehabiliteringsmedicin	219	Klinisk virologi	48
Klinisk patologi	202	Barn- och ungdomskardiologi	34
Klinisk fysiologi	189	Rättsmedicin	31
Hematologi	189	Klinisk genetik	27
Endokrinologi	185	Röst- och talrubbingar	19
Klinisk kemi	143	Koagulations- och blodrubbingar	16
Thoraxkirurgi	126	Klinisk nutrition	7