

# Geriatriskens roll måste stärkas i svensk äldrevård!

Geriatrisk bör bli basspecialitet för äldre, multisjuka personer. Även om Socialdepartementet beslutar att geriatrisk skall vara en gren inom internmedicinen måste den ges ett tydligt nationellt uppdrag som klargör dess roll i äldrevården, framhåller Gunnar Akner, SFGG.

## GUNNAR AKNER

styrelseordförande i Svensk förening för geriatrisk och gerontologi (SFGG); överläkare, med dr, nutritions- och läkemedelsenheten, Äldreforskning NordVäst, Solna  
gunnar.akner@chello.se

II En aktuell utredning från Socialstyrelsen (»Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn«) som för närvarande remissbehandlas föreslår att specialiteten geriatrisk skall få en förändrad ställning i specialitetssystemet; från att idag vara en självständig specialitet inom gruppen »Invärtesmedicinska specialiteter«, där geriatrisk är jämställd med t ex internmedicin eller reumatologi, till att bli en grenspecialitet inom basspecialiteten »Invärtesmedicinska specialiteter«. Skillnaden mot den nu gällande ordningen är att man enligt förslaget först skall genomgå en specialistutbildning i allmän internmedicin under fem år och därpå en grenspecialisering i geriatrisk (två–tre år).

## Nackdelar med förslaget

Utredningens förslag innebär flera nackdelar:

1. Ologisk struktur. Enligt förslaget blir grenen (geriatrisk) i detta fall avsevärt större än stammen (internmedicin), eftersom geriatrisk utöver internmedicin dessutom inkluderar randutbildning inom ortopedi, psykiatri, onkologi, urologi, palliativ medicin m fl områden.

2. Försvärad rekrytering. Idag tar det i regel fem år att genomgå en specialistutbildning i geriatrisk. Det liggande förslaget innebär att specialistutbildningen förlängs med två–tre år. Det råder idag stor brist på geriatrisker, och stora pensionsavgångar väntar inom de kommande fem–tio åren. En förlängning av specialistutbildningen kommer att försena nyrekryteringen. Dessutom finns en betydande risk att läkare med intresse för äldrevård avstår från specialisering inom geriatrisk om detta innebär att man först måste bli specialist i internmedicin.

I utredningens sammanfattning (sidan 7) framhålls att äldre, multisjuka patienter är stora konsumenter av vård: »Sjukvårdshuvudmännens strävanden under 1990-talet har i hög grad handlat om att motverka en alltför långtgående specialisering och den därmed sammanhängande fragmenteringen av hälso- och sjukvården. Den sjukvårdsstruktur och sjukhusstruktur som är under utveckling med primärvården och närsjukhuset som viktiga komponenter – inte minst för de äldre, multisjuka patienterna som är de stora vårdkonsumenterna – ställer andra krav på fördelningen av specialister i hälso- och sjukvården.«

## Diagnostik, behandling, uppföljning

Eftersom gruppen »äldre multisjuka« med hög sannolikhet kommer att öka påtagligt under de kommande 20 åren ställs stora krav på en väl genomtänkt äldrevårdsorganisation som kan handlägga patienternas sammansatta problem, såväl vid akuta tillstånd som i lugnt skede (elektiv vård). För dessa patienter är det särskilt angeläget att arbetet bedrivs enligt DBU-modellen (Figur 1).

*Diagnostik.* Här avses en utredning av patienternas symtom, olika undersökningsfynd och funktionsbegränsningar som utmynnar i en sammanvägd bedömning av alla aktuella kliniska problem inkluderande en värdering av effekter (både positiva, negativa och eventuellt uteblivna) av olika pågående behandlingsmetoder.

*Behandling.* På basen av diagnostiken utformas ett individuellt, integrerat behandlingsprogram där samtliga aktuella behandlingsmetoder specificeras, t ex nutrition, fysisk träning, läkemedel, hjälpmedel, social stimulans, hemtjänst, fotvård, tandvård etc.

*Uppföljning.* Effekten av behand-

lingsprogrammet följs upp vid regelbundet återkommande tillfällen i lugnt (elektivt = icke-akut) skede. Intervallet mellan kontrollerna utformas individuellt. Vid dessa kontrollstationer sker en strukturerad kritisk granskning av effekten av samtliga vidtagna behandlingsåtgärder visavi den ursprungliga aktuella kliniska problembeskrivningen. Endast de behandlingsåtgärder som har klart positiva effekter för patienterna fortsättes, övriga avslutas. Genom denna ihopkoppling av utvärdering och diagnostik sluts DBU-cirkeln.

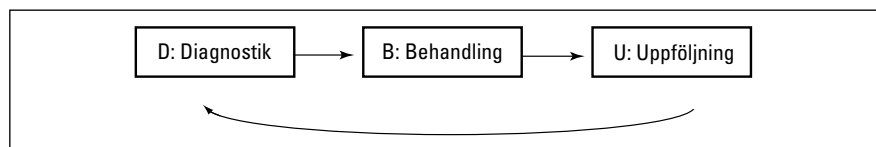
## Kvalificerad klinisk analys

Denna integrerade diagnostik, behandling och utvärdering av äldre personer med komplexa medicinska, sociala och psykologiska problem utgör en kvalificerad form av klinisk analys och ställer stora krav på bred klinisk utbildning och erfarenhet av geriatrisk. Geriatriskens centrala uppgift är just att förvalta och vidareutveckla denna kliniska analys, för äldre multisjuka individer i olika faser av deras sjukdomar med beaktande av att det är fråga om svåra kliniska problem i livets slutskede med all den psykologiska, sociala och inte minst etiska problematik som detta innebär. För att klara uppgiften att hantera denna stora och växande patientgrupp behöver geriatrisk få ställning som basspecialitet.

Om Socialdepartementet av olika skäl trots allt väljer att stå fast vid utredningens förslag att geriatrisk skall vara en grenspecialitet till internmedicin krävs under alla omständigheter att geriatrisk ges ett tydligt nationellt uppdrag vad gäller dess roll i svensk äldrevård.

## Övergripande plan saknas

En färsk utredning över geriatriskens organisation i landet (Läkartidningen 39/2002, sidorna 3840–50) visar att det saknas en övergripande strukturplan för geriatriskens roll i svensk sjukvård där det finns ett nära samband mellan å ena sidan innehåll och dimensionering av specialistutbildningen i geriatrisk och å andra sidan den praktiska utformningen



Arbetsättet kring äldre multisjuka patienter beskrivs i DBU-modellen.

av verksamheten. Landstingens beställarstyrelser lägger nu så olika beställningar av geriatrik att det knappast är möjligt att jämföra olika geriatriska verksamheter med varandra. Det är svårt att dimensionera och kvalitetssäkra en specialistutbildning som ser så olika ut i olika delar av landet. Därmed finns en risk för att patienter i olika delar av landet får olika vårdkvalitet för samma typ av problem.

Det är angeläget att multisjuka individer kan erbjudas möjlighet att lista sig vid geriatriska kliniker eller äldrevårdscentraler (ÄVC) där man kan erbjuda såväl öppen som slutna sjukvård inom samma vårdorganisation och med en enhetlig, problemstyrd journalföring.

Vi vill även starkt framhålla det mycket stora behovet av klinisk behandlingsforskning inom äldrevården. En färsk rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) med rubriken »Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget« (www.sbu.se) visar att det generellt sett finns påfallande få behandlingsstudier hos individer över 65 år. För individer över 75 års ålder finns endast sporadiska behandlingsstudier.

Detta innebär en paradoxal situation: För de patientgrupper som får mest slutenvård och mest »multibehandling« är det vetenskapliga underlaget som sämst. Det är ett berättigat medborgerligt krav, och därtill god patientetik, att så långt som möjligt sträva efter att den behandling som ordineras skall ha ett solitt stöd i vetenskapliga behandlingsstudier.

## Sammanfattning

Svensk förening för geriatrik och gerontologi anser:

- att geriatrik bör få ställning som bas-specialitet för äldre, multisjuka individer,
- att geriatrik bör ges ett nationellt definierat uppdrag att svara för sjukvården för äldre personer med komplexa sjukdomsbilder (»multisjuka«) och komplexa behandlingar (»multibehandlade«), definierade enligt vissa överenskomna kriterier,
- att det är angeläget att äldre individer i allmänhet och äldre multisjuka individer i synnerhet kan erbjudas möjlighet att lista sig vid geriatriska kliniker eller äldrevårdscentraler (ÄVC) där man kan erbjuda såväl öppen som slutna sjukvård inom samma vårdorganisation och med en enhetlig, problemstyrd journalföring,
- att i det nationella uppdraget för geriatrik bör ingå ett uppdrag att bedriva klinisk behandlingsforskning specifikt för multisjuka individer över 75 år. •

## Opastöriserad dryck inte alltid så nyttig som utlovas

Under senare år har det dykt upp allt fler opastöriserade drycker i livsmedelsbutikernas kyldisker. I reklamen för dessa förenas ordet »opastöriserat« med naturligt, nyttigt och smaktligt. I Brämhults broschyr »Inga hemligheter« står det bland annat att läsa att »alla nyttigheter får du i dig, men aldrig, aldrig något annat. Det har du vårt ord på«.

För att kontrollera sanningshalten i detta påstående inhandlades Brämhults färskpressade apelsinjuice en kall vinterkväll. Efter en transporttid på cirka 15 minuter ställdes juicen in i kylskåp och avsmakades dagen därpå, vilket motsvarade två dagar efter den uppgivna pressdagen. Juicen var kraftigt smakförändrad och i det närmaste odrinkbar.

Utodling på platta visade >105 cfu koliforma bakterier/ml efter 24 timmars inkubation i 37°C. Den dominerande växten bestod av *Rahnella aquatilis* följt av bakterier som fenotypiskt var mest relaterade till genuset *Pantoea*.

För att verifiera resultatet gjordes experimentet om. Denna gång utodlades den opastöriserade juicen inom 24 timmar från det att den pressats samt efter att ha kyltransporterats till laboratoriet. Som kontroller utodlades dessutom samtidigt en veckogammal, pastöriserad apelsinjuice inköpt i samma butik samt vanligt kranvatten. Trots att samtliga drycker smakade bra, växte det 6 000 cfu koliforma bakterier/ml och 300 cfu jästsvamp/ml i den opastöriserade juicen.

Även vid detta experiment förekom *R aquatilis* i Brämhults juice, som trots optimerad kylhantering fortfarande ej höll dricksvattenkvalitet enligt Livsmedelsverkets föreskrifter (SLV FS 1993: 35). De två andra dryckerna uppvisade inte någon växt.

## Kan ge upphov till bakteriemi

*R aquatilis* tillhör familjen Enterobacteriaceae och är vanligen en vattenlevande bakterie. Den kan isoleras från grönsaker, frukt och andra livsmedel samt tillväxa vid kylskåpstemperaturer [1, 2]. Det är en mycket ovanlig bakterie i kliniska sammanhang, men den kan ge upphov till bakteriemi, sepsis, sår-, luftvägs- och urinvägsinfektioner hos framför allt immunsupprimerade eller immundefekta patienter [2]. Den kan dessutom vara svårbehandlad, då den uppvisar nedsatt känslighet för flertalet cefalosporiner [3].



Foto: Lars-Olof Nilén

Tvivelaktig nytta, anser Åsa Melhus.

Brämhults juicer och smoothies är populära bland barn, och det händer även att svårt sjuka patienter dricker dessa drycker som enligt reklamen »stärker kroppens motståndskraft«. Vad som inte riktigt framgår på Brämhults flaska är att den kurva som tidigare uppvisades på etiketten rörande smaksämring motvarade en tillväxtkurva av mikroorganismer samt att drycken ej nödvändigtvis uppfyller de krav vi ställer på vanligt dricksvatten trots korrekt kylhantering och ej utgången bäst-föredatum.

Sammanfattningsvis är påstående som att man aldrig får i sig något annat än nyttigheter om man dricker opastöriserad juice en sanning med modifikation som kanske Livsmedelsverket skulle se över. Det är också möjligt att denna multimikrobiella booster stärker försvaret, men det är under förutsättning att det finns ett försvar att stärka.

## Åsa Melhus

docent, ST-läkare, klinisk mikrobiologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
asa.melhus@mikrobiol.mas.lu.se

## Referenser

1. Lindberg AM, Ljungh A, Ahrne S, Löfdahl S, Molin G. Enterobacteriaceae found in high numbers in fish, minced meat and pasteurised milk or cream and the presence of toxin encoding genes. *Int J Food Microbiol* 1998;39:11-7.
2. Carinder JE, Chua JD, Corales RB, Taege AJ, Procop GW. *Rahnella aquatilis* bacteremia in a patient with relapsed acute lymphoblastic leukemia. *Scand J Infect Dis* 2001;33:471-3.
3. Bellais S, Poirel L, Fortineau N, Decousser JW, Nordmann P. Biochemical-genetic characterization of the chromosomally encoded extended-spectrum class A beta-lactamase from *Rahnella aquatilis*. *Antimicrob Agents Chemother* 2001;45:2965-8.