

Tydliga definitioner och förbättrad utbildning krävs för bra äldrevård

Regeringens beslut om att geriatrik ska vara basspecialitet löser i sig inte några problem för äldre, multisjuka patienter. För att få till stånd en positiv utveckling inom äldrevården behöver en serie genomgripande reformåtgärder vidtagas parallellt, skriver Gunnar Akner i Stockholm.

I **Dagens Medicin** nr 1–3/06 sammanfattar vård- och äldreomsorgsminister Ylva Johansson i en artikel regeringens beslut i december 2005 angående den framtida specialiseringsstjänstgöringen för läkare. Här meddelades att geriatrik blir basspecialitet – tvärt emot förslagen i två tidigare utredningar från Socialstyrelsen. Regeringens beslut togs emot mycket positivt bland landets pensionärer och geriatriner och är i linje med den argumentation som sedan länge förts från Svensk förening för geriatrik och gerontologi, SFGG.

I artikeln skriver Ylva Johansson att "I flera rapporter konstateras att vår omsorg om de äldre brister i flera avseenden. De största bristerna rör de som är mest sjuka samt de som har flera sjukdomar".

Det är mycket glädjande att ministern så tydligt framhåller detta paradoxala dilemma. I boken *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral* har jag sammanfattat en lång rad systemfel som var för sig försvårar handläggningen av multisjuka äldre och som tillsammans bildar ett vårdsystem som direkt motverkar god vårdkvalitet hos de mest sjuka och utsatta pensionärerna.

Det är viktigt att framhålla att regeringens beslut om geriatrik inte i sig löser några problem för äldre, multisjuka patienter. Geriatrik är redan i dag en självständig medicinsk specialitet och regeringens beslut innebär i praktiken inga förändringar av nuvarande situation.

För att få till stånd en positiv utveckling inom äldrevården behöver en serie genomgripande reformåtgärder vidtagas parallellt. Det räcker inte att som tidigare lägga ytterligare en lapp i taget på lapptäcket. Här är

kommentera inlägget

Kommentera det här inlägget på www.dagensmedicin.se/debatt



Gunnar Akner
överläkare,
Stockholm, tidigare ordförande för Svensk förening för geriatrik och gerontologi.

fem centrala ingredienser som enligt min mening bör ingå i reformeringen av den svenska äldrevården:

” Det finns ingen definition av vilken typ av patienter som avses eller vilken kompetens som krävs.

1) Definiera "geriatrisk kompetens". I dag är specialiteten geriatrik huvudsakligen en sjukhuspecialitet som handlägger äldre multisjuka, patienter med akuta hälsoproblem, som infektioner, hjärtsvikt, fallskador och stroke. Denna verksamhet kallass "akutgeriatrik", men det finns ingen definition av vilken typ av patienter som avses eller vilken kompetens som krävs av läkare och vårdpersonal för att handlägga dessa patienter.

Det blir en slags cirkeldefinition: en "geriatrisk patient" är en patient som vårdas vid en geriatrisk klinik. När patienterna skrivs ut från geriatriska kliniker överförs vårdansvaret till primärvården, där specialiteten allmänmedicin har monopolställning. Detta innebär att samma patient handläggs av geriatriner eller internmedicinare på sjukhus och av allmänmedicinare efter utskrivning, det vill säga behovet av "geriatrisk kompetens" definieras av hur akut sjuk patienten är.

Detta är dock bara en dimension av specialitetsbegreppet. Minst lika viktigt är att "geriatrisk kompetens" inkluderar specificerade kvalifikationer att analysera, handlägga och följa hälsöförloppet hos multisjuka äldre över tid – behovet av detta minskar ju inte för att en akut försämringsperiod klingat av! Gränsdragningsfrågan mellan närliggande generalistorienterade specialiteter måste lösas. Dagens vårdssystem leder till icke ändamålsenliga barriärer mellan specialiteter som handlägger samma patienter med olika grad av akuitet.

2) Definiera behovet av geriatrik i sjukvårdssystemet. De olika landstingen definierar för närvarande behovet av geriatrik helt olika – antalet sängplatser vid geriatriska

kliniker skiljer sig tio gånger mellan landstingen och flera landsting har ingen geriatrik alls! Detta försvårar givetvis dimensioneringen av utbildningen av läkare och vårdpersonal i geriatrik. Dessutom leder detta till godtycklighet i samband med neddragningar av vårdplatser. Under åren 1986 till 2002 minskade antalet geriatriska slutenvårdsplatser i Sverige med 86 procent parallellt med att det totala antalet vårdplatser halverades.

3) Strategisk satsning på klinisk forskning inom geriatrik/äldrevård. SBV-rapporten *Evidensbaserad äldrevård* visar eftertryckligt det stora behovet av behandlingsforskning inom äldrevården. Kunskapsläget är som sämst för de åldersgrupper som får särskilt mycket behandling av olika slag. För åldrarna över 75 år finns bara enstaka behandlingsstudier och knappast några som studerar behandling vid flera samtidiga sjukdomar (multisjuklighet). Denna situation är ett tydligt uttryck för en oetisk åldersdiskriminering och måste mötas med strategiska satsningar på klinisk behandlingsforskning med fokus på 75+ gruppen.

4) Utveckling av problem-baserad, analysstödande vårdokumentation. Dagens vårdokumentation fungerar ofta som en slags dagbok och är i första hand konstruerad för vårdgivarnas, men inte patienternas, intressen och behov. Vid vård av multisjuka äldre är det särskilt angeläget att journalen fungerar som pedagogiskt instrument för hälsoanalys (symtom, diagnoser, behandlingseffekter) och undervisning av såväl patienter som närstående, vårdpersonal och studenter, där man kan 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. Ett dokumentationssystem som byggs upp på detta sätt kan samtidigt användas för klinisk analys av enskilda individer och för klinisk forskning.

5) Utbildning. Dagens grundutbildningar av både läkare och vårdpersonal är inte anpassade till det ålderspanorama som kommer att möta de flesta när de börjar arbeta i sjukvården. Gerontologiska och geriatriska aspekter måste tas upp mer systematiskt på de flesta delkurser och de olika inslagen måste integreras och kopplas till en tydligt definierad och tenderad särskild kurs i geriatrik. Även vidareutbildning och fortbildning måste anpassas till träning i handläggning av äldre med komplexa hälsoproblem.

” Här krävs en ärlig, prestigelös dialog och stor uppfinningsrikedom.

Äldre patienter har samma självklara rätt som yngre att få vetskap om "evidence based best clinical practice" över tid. Önskemål och kliniska behov skiljer sig mycket mellan olika äldre personer. Den avgörande uppgiften i det enskilda fallet är att utforma ett konkret och tydligt redvisat behandlingsprogram som överensstämmer både med individens önskemål, de kliniskt bedömda behoven och gällande nationella riktlinjer/vårdprogram för olika hälsoproblem samt inte minst hur effekterna av detta program skall kontrolleras och vid behov modifieras över tid.

För att klara finansieringen av den framtida

äldrevården kan en utgångspunkt vara att inte i onödan blanda ihop vad som kan/bör göras i hälsobefrämjande syfte med hur detta skall finansieras. Vad-frågor är i hög grad professionella och ekonomiska aspekter är i hög grad politiska. Här krävs en ärlig, prestigelös dialog och stor uppfinningsrikedom (entreprenöranda!) från båda håll för att få till stånd långsiktigt hållbara och etiskt acceptabla lösningar.

Det viktigaste med regeringens beslut om geriatriken är att vi nu har fått klara besked vad som gäller i specialitetsfrågan. Nu finns förutsättningar att påbörja en långsiktig utvecklingsprocess och det borde vara möjligt att uppnå en bred konsensus om ovanstående stomme till reformprogram. Om berörda vårdgivarparter tonar ner sina egna ambitioner av olika slag och i stället verkligen underordnar sig det primära syftet med all sjukvård, det vill säga patientens vårdkvalitet över tid, kan vi snabbt inleda nydanande försöksverksamheter som kan bidra till att äldrevården blir den attraktiva arbetsplats som de äldre medborgarna förtjänar och locka fler ambitiösa unga människor att arbeta inom äldrevården.

Gunnar Akner

Teveten minskar återfall i stroke och TIA med 25%

Moses-studien visar att Teveten i kvardags blodtrycksanvändning är signifikant bättre än kalciumantagonist eller nitrendipin som sekundärprevention hos hypertoniärer efter genomgången stroke eller TIA. Sekundärpreventionen var cerebrovaskulära och kardiovaskulära händelser. Relativ riskreduktion för cerebrovaskulära händelser var 25% (p=0,026) till Teveten följt av kalciumantagonisten.

Teveten är ett läkemedel som används för behandling av högt blodtryck. Teveten minskar risken för återfall i stroke och TIA. Teveten är ett läkemedel som används för behandling av högt blodtryck. Teveten minskar risken för återfall i stroke och TIA.

TEVETEN[®] COMP[®]

Solvay Pharma AB
Tel: 031-858 59 59
www.teveten.se

L.Söderström 1 et al. Stroke
2005;36:1218-1224