

**Gunnar Akner**, överläkare, med dr, Äldreforskning NordVäst (ÄNV), NordVästgeriatriken, Karolinska sjukhuset, Stockholm, styrelseordförande i Svensk förening för geriatrik och gerontologi ([gunnar.akner@chello.se](mailto:gunnar.akner@chello.se))

## Geriatriken i Sverige saknar en övergripande struktur

II Specialiteten geriatrik bildades i Sverige 1992 och ersatte då den tidigare specialiteten långvårdsmedicin, som inrättats redan 1969. Namnändringen 1992 sammanföll med införandet av Ädelreformen, som syftade till att skapa en socialt inriktad, modern äldrevård med betoning av den friska kärnan och funktionsperspektivet snarare än av olika sjukdomar och medicinska behandlingar.

Under 1990-talet har geriatriken utvecklats olika inom olika delar av landet, men det finns inte tillgång till någon samlad bild över geriatrikens aktuella organisation i Sverige. För att medverka till ett bättre beslutsunderlag än tidigare beslöt Svensk förening för geriatrik och gerontologi (SFGG) att genomföra en inventeringsstudie av hur specialiteten geriatrik är organiserad i dagens svenska sjukvårdssystem. Studien har genomförts i nära samråd med utredare Inger Lundkvist vid Landstingsförbundet och sektionschef Ulla Åhs vid Svenska kommunförbundet.

### II Material och metod

I alla landsting finns en kontaktperson för äldre frågor. Dessa kontaktpersoner har olika bakgrund, t ex sjuksköterskor med utredarkompetens, samhällsvetare, beteendevetare, sociologer etc.

En enkät skickades till kontaktpersonerna i alla landsting, där respektive kontaktperson ombads att ange:

- alla geriatriska kliniker respektive geriatriska sektioner inom landstinget
- specificering av på vilket sjukhus kliniken/sektionen låg
- antal inrättade tjänster för läkare, sjuksköterskor och paramedicinare
- antal anställda geriatriker respektive sjuksköterskor med specialistutbildning i geriatrik
- antal vårdplatser inom slutenvård och dag- och hemrehabilitering
- antal vårdtillfällen per år
- antal vård dagar per år
- huruvida det fanns öppen sjukvård inom kliniken/enheten.

Det fanns även några frågor om antalet kommunala äldreboenden inom respektive landsting.

Svaren begärdes in senast 15 september 2000 men inkom successivt under hösten 2000 och våren 2001.

Uppgifter angående andelen individer >65 år i alla lands-

### SAMMANFATTAT

Svensk förening för geriatrik och gerontologi har i samråd med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet studerat verksamhetsområdet geriatrik avseende organisation, bemanning och vårdproduktion.

Under 2000/2001 fanns 52 separata enheter med totalt 3 101 slutenvårdsplatser, varav 41 kliniker och 11 sektioner. I genomsnitt fanns 799 individer över 65 år per geriatrisk slutenvårdsplats med en tiofaldig variation mellan de olika landstingen. I fyra landsting fanns ingen geriatrisk verksamhet. De geriatriska klinikerna var lokaliserade till framför allt universitetsorterna och hade i medeltal 85 vårdplatser per klinik, även här med en tiofaldig variation.

Totalt fanns i landet 604 inrättade läkartjänster inom geriatrik, varav 63 procent fanns vid geriatriska kliniker.

Området geriatrik utgör en påtagligt heterogen verksamhet avseende termer/beteckningar, sjukvårdsstruktur, bemanning och vårdproduktion. Det saknas en övergripande strukturplan för geriatrikens roll i svensk sjukvård, där det finns ett nära samband mellan innehåll och dimensionering av specialistutbildningen i geriatrik och den praktiska utformningen av verksamheten. De olika landstingen lägger så olika typer av beställningar av geriatrik att det i dagsläget knappast är möjligt att jämföra olika geriatriska verksamheter med varandra.

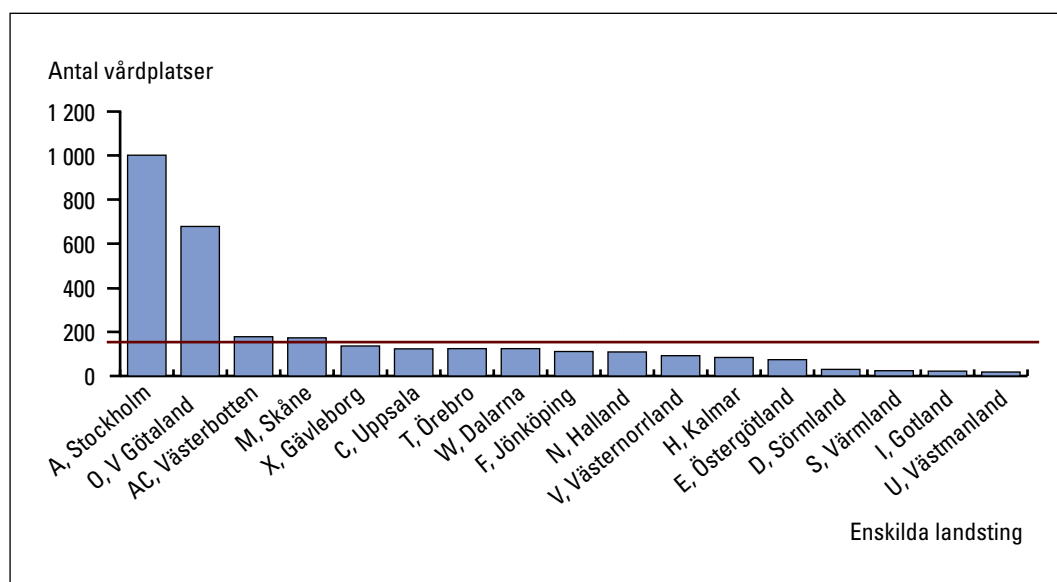
ting per 31 december 2001 har erhållits via Statistiska centralbyrån.

### II Resultat

Svarsfrekvensen var 100 procent. Enkäterna har i flertalet fall besvarats av landstingets kontaktpersoner för äldre frågor eller andra landstingsföreträdare, i regel efter samråd med de

**Tabell I.** Organisationsstruktur 2000/2001. Antal slutenvårdsenheter, slutenvårdsplatser, läkare och sköterskor inom geriatrisk verksamhet i Sverige, med eller utan ordet »rehabilitering« eller »medicin« i verksamhetens namn.

	Antal enheter	Antal slutenvårdsplatser		Andel av alla vårdplatser i geriatrisk	Antal läkare	Antal sjuksköterskor
		Totalt	Medelantal per enhet			
Kliniker	41	2 828		91	487	1 902
Geriatrisk klinik	24	2 051	85 (20–237)	66	379	1 423
Geriatrisk/rehabiliteringsklinik	13	686	53 (24–122)	22	82	429
Medicin-geriatrisk klinik	4	91	23 (16–30)	3	26	50
Sektioner	11	273		9	47	101 (+)
Sektion för geriatrisk inom medicinklinik	5	146	36 (24–51)	5	24	41 (+)
Sektion för geriatrisk/rehabilitering inom medicinklinik	5	109	22 (12–35)	3	20	52 (+)
Sektion för geriatrisk och neurorehabilitering	1	18	18	1	3	8
<b>Totalt</b>	<b>52</b>	<b>3 101</b>		<b>100</b>	<b>534</b>	<b>2 003 (+)</b>



**Figur 1.** Antal vårdplatser inom geriatrisk i 17 olika landsting. Fyra landsting saknade geriatriska vårdplatser. Totalt fanns 3 101 geriatriska vårdplatser i de 17 landsting. I genomsnitt (horisontell linje) fanns 182 vårdplatser inom geriatrisk per landsting.

olika sjukhusen inom landstinget. I några fall har man tagit uppgiften på stort allvar och sammankallat en grupp, som i detalj analyserat situationen vid de olika sjukhusen inom landstinget och därefter förtjänstfullt sammanställt resultaten. I andra fall har man bitt vederbörande verksamhetschef(er) att fylla i enkäten för respektive klinik/sektion, varefter enkäterna skickats in i obearbetat skick. Några stickprovskontroller av datavaliditeten har gjorts genom personliga kontakter med olika verksamhetschefer.

### Organisation

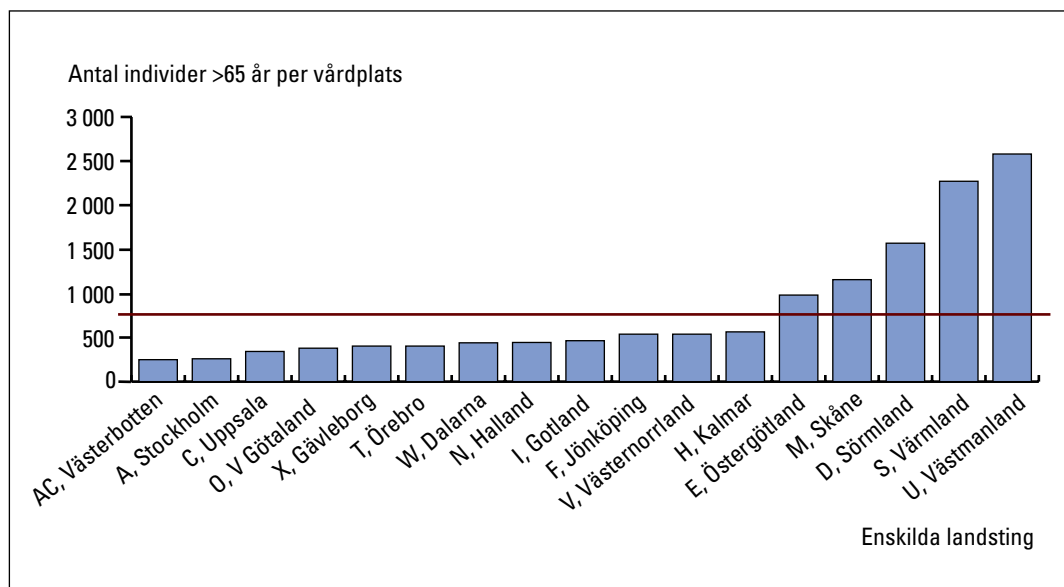
Tabell I visar en sammanställning över landstingens olika verksamheter där ordet »geriatrisk« med eller utan ordet »rehabilitering« ingår i verksamhetens namn.

**Slutenvårdsplatser.** Under 2000/2001 fanns totalt 52 separata enheter med totalt 3 101 slutenvårdsplatser inom verksamhetsområdet geriatrisk i landet. Dessa 52 enheter fördelades på 41 »kliniker« och 11 »sektioner« med totalt sex olika beteckningar enligt Tabell I. Totalt 24 enheter betecknades som »geriatriska kliniker«. Därutöver fanns 17 andra typer av kliniker

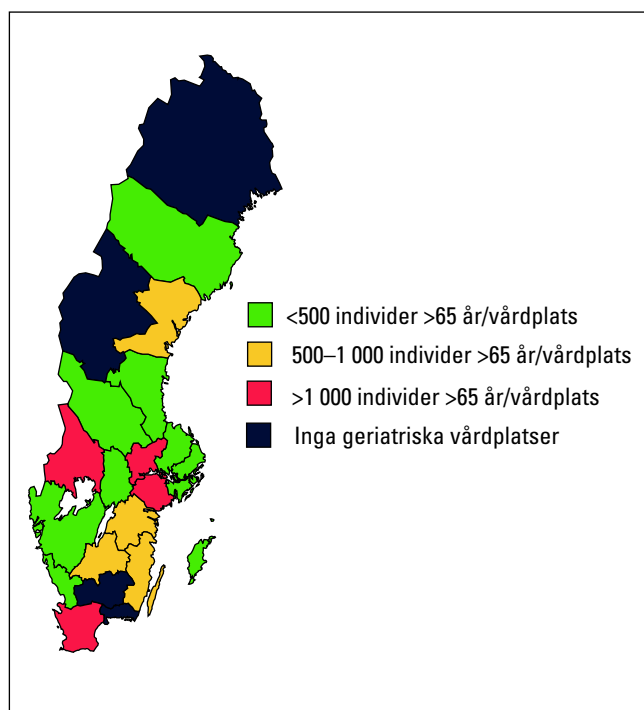
och 11 sektioner inom medicinkliniker där geriatrisk ingick i namnet, ofta tillsammans med ordet rehabilitering. Det kan noteras att 91 procent av alla geriatriska vårdplatser fanns vid olika typer av kliniker, varav 66 procent motsvarade »geriatriska kliniker«. I Tabell I anges även medelantal och spridning för vårdplatser per enhetstyp.

Figur 1 visar antalet slutenvårdsplatser per landsting för alla de sex olika typerna av geriatrisk verksamhet enligt Tabell I. Totalt fanns 3 101 geriatriska vårdplatser i landet med ett genomsnitt av 182 (spridning 18–1 001) vårdplatser per landsting. I Figur 2 illustreras antalet geriatriska vårdplatser per invånare över 65 år i de olika landsting. I genomsnitt fanns 799 individer över 65 år per geriatrisk slutenvårdsplats med en tiofaldig variation mellan de olika landsting (249–2 580 individer över 65 år per vårdplats).

Kartan i Figur 3 illustrerar hur antalet slutenvårdsplatser inom geriatrisk per invånare över 65 års ålder var fördelade på de olika landsting. Som framgår saknades geriatriska kliniker och sektioner i fyra landsting (Blekinge, Kronoberg, Jämtland och Norrbotten). I fyra landsting var det fler än 1 000 individer över 65 år per geriatrisk vårdplats (Skåne, ➤



**Figur 2.** Antal individer över 65 år per slutenvårdsplats inom geriatrik i de olika landstingen 2000–2001. Medelvärde (horisontell linje): 799 individer per vårdplats.



**Figur 3.** Fördelning av slutenvårdsplatser i geriatrik i relation till antalet individer över 65 år i de olika landstingen.

Sörmland, Värmland och Västmanland). Utöver detta bedrev landstingen särskild äldresjukvårdsverksamhet inom ramen för t ex följande verksamheter, ibland via en eller flera anställda geriatriker:

- Medicin-rehabiliteringsklinik (Oskarshamn, Kiruna, Piteå, Gällivare, Luleå/Boden)
- Rehabiliteringsklinik (Nyköping, Nässjö, Växjö, Karlskrona, Borås, Ängelholm)
- Ortopedisk äldrehabilitering (Eskilstuna)
- Medicinsk rehabilitering (Eskilstuna, Kiruna)
- Enhet för palliativ vård (Eskilstuna)
- Närsjukvårdsklinik (Norrköping)
- Psykiogeriatrisk rehabilitering (Karlskrona, Östersund)
- Avdelning för äldrepsykiatri (Örebro)

Dessutom fanns en liten andel landstingsbeställd äldrevård

producerad av stiftelser (t ex Stockholms sjukhem) eller av andra privata entreprenörer. Enkäten var dock inte inriktad på att fånga in all äldrevårdsverksamhet utanför geriatriken, varför denna lista troligen kunde vara längre.

I det följande fokuseras redovisningen på de 24 geriatrika klinikerna (Tabell I), eftersom de representerar den mest renodlade geriatrika verksamheten i landet. Kliniker och sektioner som förutom »geriatrik« innehåller orden »medicin« eller »rehabilitering« i namnet utgör mer diversifierade verksamheter och handlägger ofta även yngre patienter. Beträffande tillägget rehabilitering avses ibland »geriatrik och rehabilitering« och ibland »geriatrik rehabilitering«, där de förstnämnda kan omfatta patienter av olika åldrar.

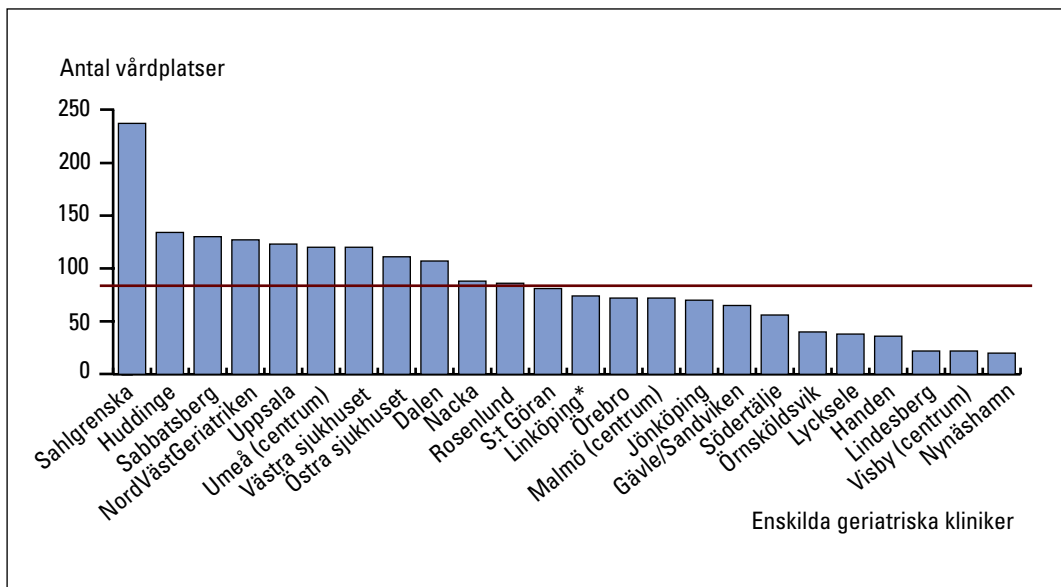
Figur 4 visar att de geriatrika klinikerna i medeltal hade 85 vårdplatser/klinik med en tiofaldig variation (20–237). »Geriatrik Sahlgrenska« var vid enkätens genomförande landets största geriatrika klinik med totalt 237 vårdplatser, vilket är ca 100 vårdplatser fler än den näst största kliniken vid Huddinge Universitetssjukhus. Storleken sammanhänger med inflyttning av de geriatrika vårdplatserna vid Vasa sjukhus till Sahlgrenska och sammanslagning av kliniken med Högsbo sjukhus.

Figur 5 visar fördelningen av geriatrika kliniker på olika typer av städer. De sex universitetsorterna hade 84 procent av alla slutenvårdsplatser vid de 24 geriatrika klinikerna, varav Stockholm och Göteborg tillsammans hade 65 procent. Stockholms läns landsting hade totalt 985 vårdplatser vid 11 geriatrika kliniker, vilket motsvarade nästan hälften (48 procent) av alla vårdplatser vid geriatrika kliniker i Sverige. Detta innebär att Stockholms läns landsting är ett stort centrum för geriatrik verksamhet.

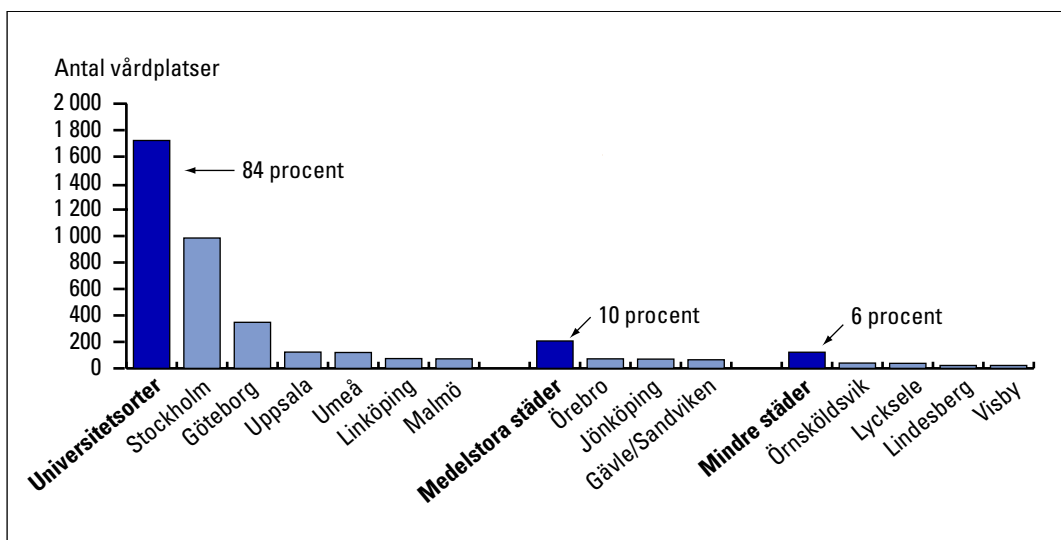
**Dag- och hemrehabilitering.** Figur 6 visar antalet slutenvårdsplatser i relation till antalet platser för dagrehabilitering och hemrehabilitering. Det framgår att 15 av klinikerna hade dagrehabilitering och 10 hemrehabilitering i varierande omfattning. För 2 respektive 5 kliniker saknas uppgifter.

**Öppen vård.** I enkätsvaren redovisades »öppen vård« som t ex antal patientbesök hos läkare eller sjuksköterskebesök på öppenvårdsmottagning, som dagrehabilitering, hemrehabilitering, besök i bostaden av paramedicinsk personal eller som någon kombination av dessa.

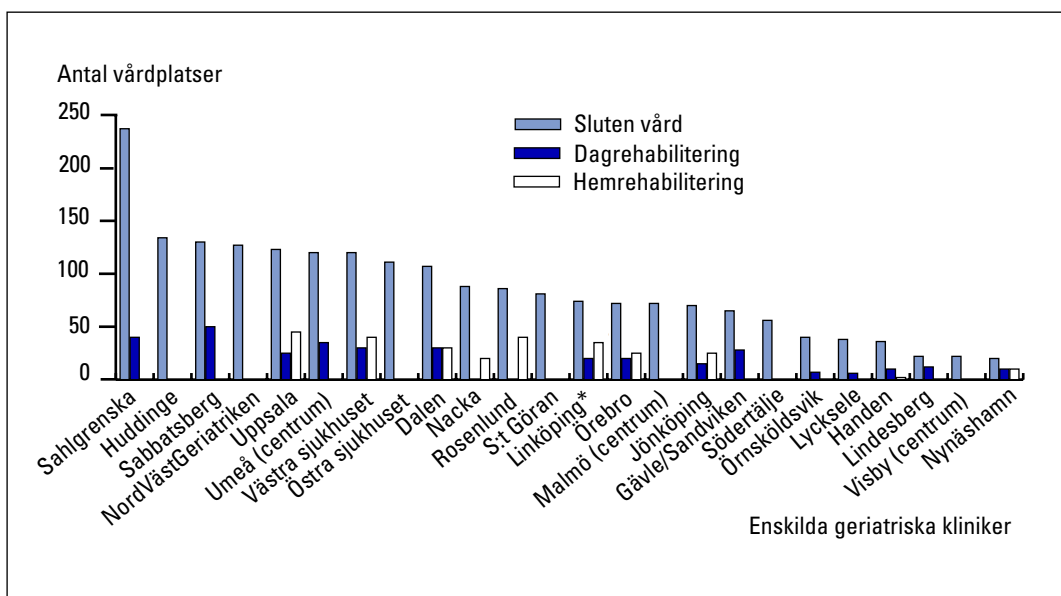
Med hänsyn till den heterogena tolkningen av begreppet öppen vård redovisas inte svaren på denna fråga i detalj. När



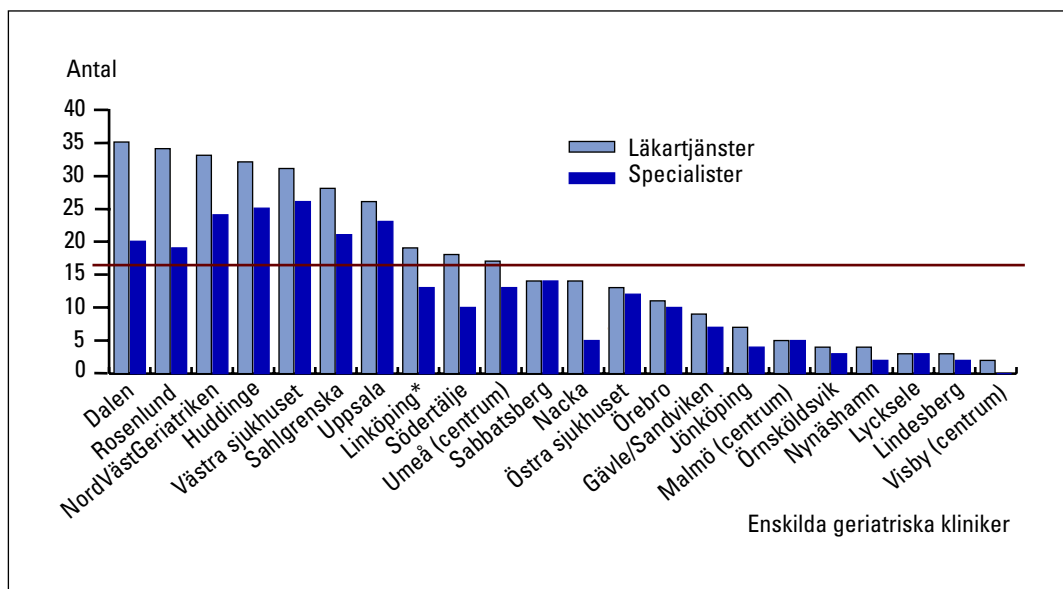
**Figur 4.** Antal vårdplatser vid Sveriges 24 geriatriiska kliniker 2000-2001. Medelvärde (horisontell linje): 85 vårdplatser per klinik. \*För Linköping inklusive lasaretsanknuten hem-sjukvård.



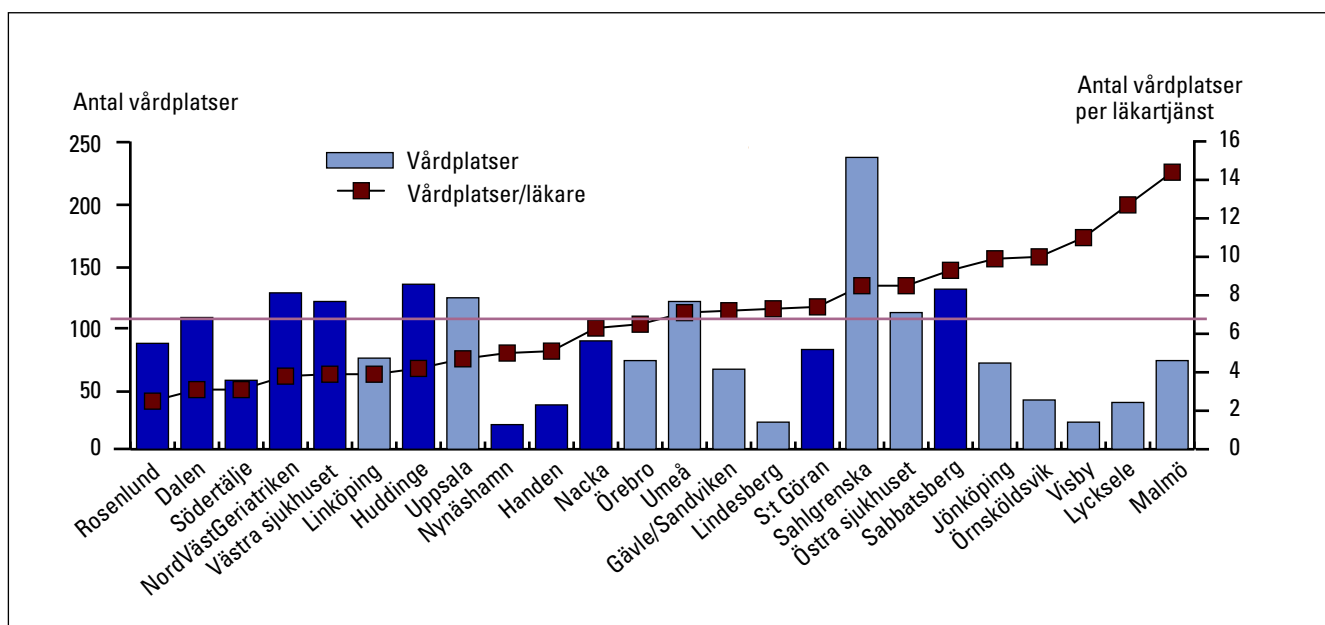
**Figur 5.** Antal vårdplatser vid Sveriges 24 geriatriiska kliniker fördelade på olika typer av städer. Universitetsorterna hade 84 procent av alla vårdplatser vid geriatriiska kliniker. Stockholm hade 48 och Göteborg 17 procent (tillsammans 65 procent) av alla vårdplatser vid geriatriiska kliniker.



**Figur 6.** Antal vårdplatser och dag- respektive hemrehabilitering vid Sveriges 24 geriatriiska kliniker. \*För Linköping inklusive lasaretsanknuten hem-sjukvård.



**Figur 7.** Antal läkartjänster och specialister i geriatrik vid Sveriges geriatriska kliniker. Medelvärde: 16 läkartjänster per klinik (horisontell linje) och 12 specialister i geriatrik per klinik. \*För Linköping inklusive lasaretsanknuten hemsjukvård.



**Figur 8.** Läkartäthet. Antal vårdplatser per läkartjänst jämfört med antal vårdplatser vid Sveriges 24 geriatriska kliniker sorterade efter minskande läkartäthet (mörkblå staplar = geriatriska kliniker i Stockholm). Horisontell linje = medelvärde.

det gäller besök hos läkare i öppen vård på eller utanför sjukhus verkar detta totalt sett vara en liten del av den geriatriska verksamheten i Sverige.

## Personalbemanning

Tabell I visar antalet angivna tjänster för läkare och sjuksköterskor.

**Läkare.** Totalt fanns 604 inrättade läkartjänster i geriatrik fördelade på landets 70 sjukhus. Enligt Tabell I fanns 534 av de 604 läkartjänsterna (88 procent) inom de sex typerna av geriatrisk verksamhet som redovisas i tabellen. Mellanskillnaden utgörs av 70 geriatriktjänster inom andra verksamhetsområden.

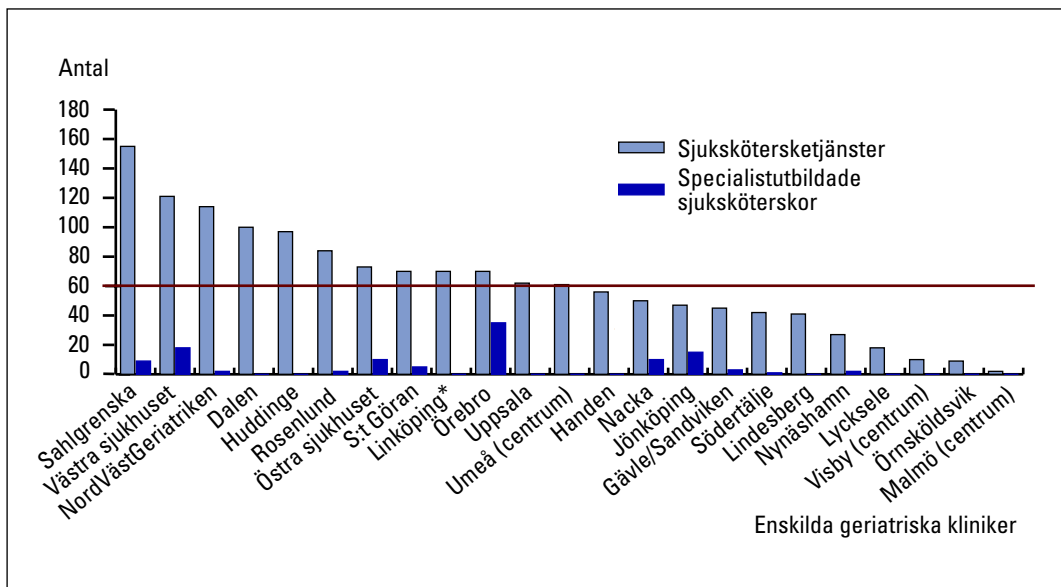
Figur 7 visar antalet läkartjänster och antalet specialister i geriatrik vid de 24 geriatriska klinikerna. Av det totala antalet (604) geriatriktjänster fanns 379 (63 procent) vid dessa kliniker. Det fanns en påtaglig variation kring medelvärdet 16 läkartjänster per klinik (2–35) och 12 specialister per kli-

nik (0–26). Andelen specialister i geriatrik vid de geriatriska klinikerna motsvarade i snitt 75 procent (0–100 procent) av läkartjänsterna. Endast tre kliniker hade specialistutbildade geriatriker till alla fasta tjänster. Två av klinikerna hade inte uppgivit antalet specialister (S:t Göran och Handen).

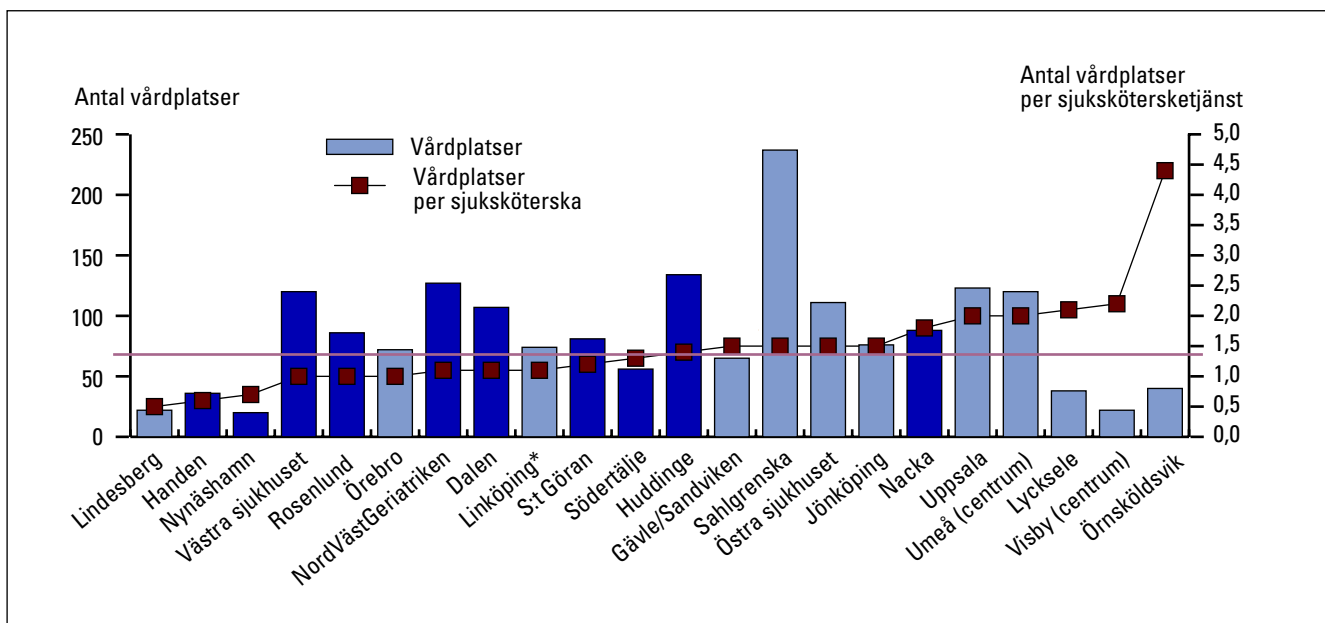
Figur 8 illustrerar läkartätheten uttryckt som antalet vårdplatser per läkartjänst jämfört med antalet vårdplatser vid Sveriges 24 geriatriska kliniker sorterade efter minskande läkartäthet.

Det fanns i genomsnitt 7 vårdplatser per läkartjänst med stor variation (2–14 vårdplatser per läkartjänst) över landet men inget samband mellan antalet läkartjänster och antalet vårdplatser vid de olika klinikerna. 7 av de 10 geriatriska klinikerna med högst läkartäthet (2–7 vårdplatser per läkartjänst) låg i Stockholms län.

**Sjuksköterskor.** Uppgifterna i enkäterna om antalet sjukskötersketjänster vid geriatriska kliniker är osäkra. I t ex Malmö angavs endast 2 sjukskötersketjänster för 72 vårdplatser, men



**Figur 9.** Antal sjukskötersketjänster och sjuksköterskor med specialistutbildning i geriatrik vid Sveriges geriatrika kliniker. Medelvärde (horisontell linje): 60 sjukskötersketjänster per klinik.  
\*För Linköping inklusive lasaretsanknuten hem-sjukvård.



**Figur 10.** Sjukskötersketäthet. Antal vårdplatser per sjukskötersketjänst jämfört med antal vårdplatser vid Sveriges 24 geriatrika kliniker sorterade efter minskande sjukskötersketäthet (mörkblå staplar = geriatrika kliniker i Stockholms län). Medelvärde (horisontell linje): 1,5 vårdplatser per sjukskötersketjänst.

här var flertalet sjuksköterskor inom den slutna geriatrika vården på Universitetssjukhuset MAS anställda av kommunen. Med reservation för att motsvarande osäkra uppgifter kan föreligga även för andra kliniker redovisas här de angivna enkätsvaren.

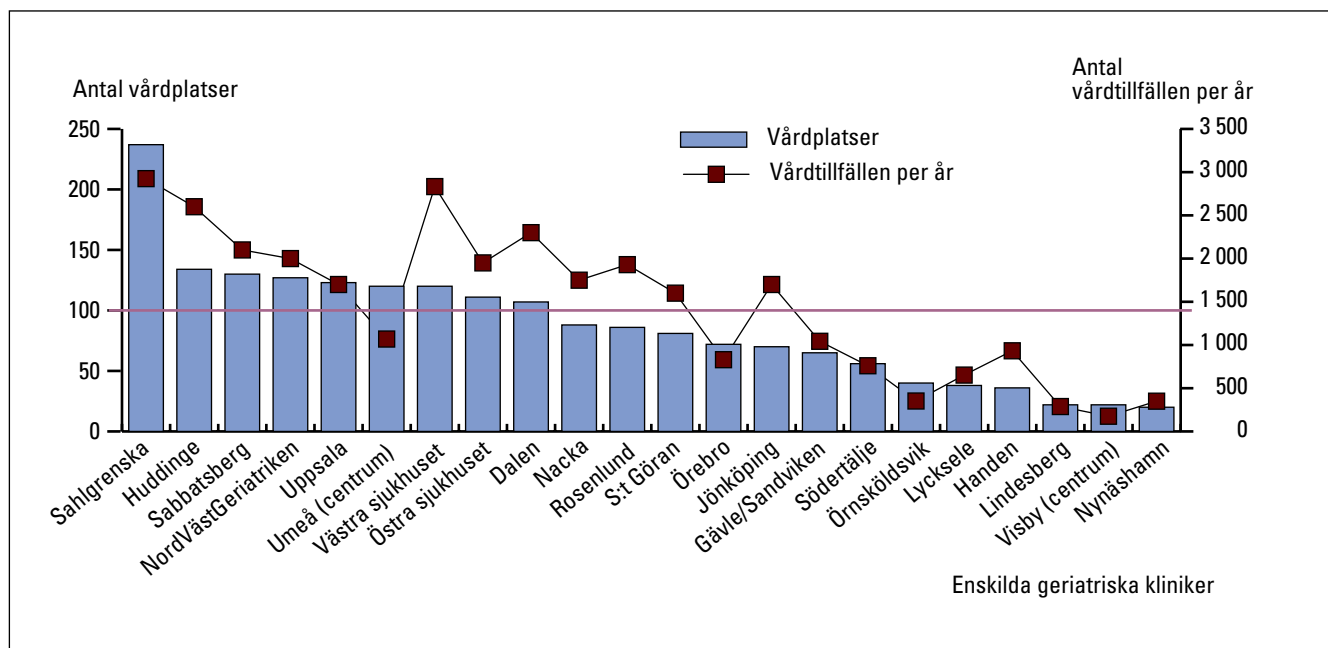
Enligt Tabell I fanns 1 902 sjukskötersketjänster vid landets olika geriatrika verksamheter, varav 75 procent vid geriatrika kliniker.

Figur 9 visar antalet sjukskötersketjänster och antalet sjuksköterskor med specialisering i geriatrik vid de geriatrika kliniker (en klinik har inte lämnat uppgift). Sjuksköterskespecialister i geriatrik fanns vid 12 av de kliniker som lämnat uppgift. I t ex Örebro angavs att 35 av 60 sjuksköterskor (58 procent) hade specialistutbildning i geriatrik, men vanligen fanns endast ett fåtal sköterskespecialister. Vid 9 geriatrika kliniker angavs att det saknades specialistutbildade sköterskor. I genomsnitt fanns 60 (2–155) sjukskötersketjänster per klinik (Figur 9) med en sjukskötersketäthet om i snitt 1,5 (0,5–4,4) tjänster per vårdplats (Figur 10). Liksom för läkarna

fanns det inget tydligt samband mellan antalet skötersketjänster och antalet vårdplatser vid de olika kliniker. Av de 10 geriatrika kliniker med högst sjukskötersketäthet (0,5–1,1 vårdplatser per skötersketjänst) låg 7 i Stockholms län.

**Paramedicinsk personal.** Begreppet »paramedicinare« var otillräckligt definierat i enkäten, och uppgifterna om den paramedicinska personalen blev av så växlande kvalitet att det inte är meningsfullt med en redovisning.

Vid geriatrika kliniker arbetar ofta flera olika paramedicinska yrkesgrupper, t ex arbetsterapeut, dietist, fot(sjuk)vårdare, kurator, logoped och sjukgymnast. Deras anställningsformer kan variera: ibland anställda vid geriatrik klinik, ibland inom en särskild paramedicinsk enhet inom landstinget och ibland av kommunen. Bilden kompliceras av att paramedicinare ibland arbetar med flera olika kliniker och sektioner inom både slutna och öppna vård, vilket gör det svårt att beskriva den paramedicinska resurs som är tillgänglig för just



Figur 11. Antal vårdplatser jämfört med antal vårdtillfällen 1999 vid Sveriges geriatriska kliniker. Medelvärde (horisontell linje): 1 447 vårdtillfällen under 1999.

de geriatriska klinikernas patienter uttryckt som t ex heltids-tjänster.

### Vårdproduktion

Figur 11 visar antalet vårdtillfällen per år jämfört med antalet vårdplatser vid 22 av landets geriatriska kliniker. I genomsnitt producerades årligen 1 447 vårdtillfällen (176–2 925) per klinik. Som framgår av figuren fanns det ett visst positivt samband mellan antalet vårdplatser och antalet vårdtillfällen per år. Enligt Figur 12 var medelvårdtiden 19 dagar (10–28). Det fanns inte något samband mellan antalet vårdplatser och medelvårdtiderna (i Figur 12 saknas svar från fyra kliniker). Det fanns inte heller något samband mellan medelvårdtiden i relation till vare sig läkar- eller sjukskötersketätheten uttryckt som antalet vårdplatser per läkar- respektive skötersketjänst vid de geriatriska klinikerna (ej visat). Endast några få lands-ting besvarade frågorna om särskilda boenden, varför dessa uppgifter inte redovisas här.

### Kommentarer till enkäten

Här ges ett urval av kontaktpersonernas kommentarer till frågorna i enkäten:

**Skåne:** »Vi har 33 kommuner i Skåne och har ingen aning om deras organisation och dylikt.« »Geriatriska patienter återfinns i varierande omfattning inom flertalet discipliner, men med specifik diagnos som motiverar vård på speciell klinik, t ex ortopedi, allmän kirurgi, internmedicin, psykiatri etc. Här finns således ingen speciell enhet för rehabilitering av specifikt geriatriska patienter. Vår rehabiliteringsenhet är uppdelad på stroke, reumatologi, ortopedisk rehabilitering samt övrigt. Ingen av hithörande diagnoser kan, som ovan nämnts, anses vara specifikt geriatrisk.«

**Blekinge:** »Det är inte helt lätt att svara på hur, var och vilken organisation som har ansvaret för geriatrisk vård. Det vore nog bra med en precisering av vad som menas med geriatrik!« »Även andra kliniker, inte minst medicinkliniken, bedriver mycket arbete inom området.« »Generellt blir ju landstingets roll att på specialistnivå meddela den vård som är adekvat för

den enskilde, oavsett ålder.« »Uppgifter på hur många platser för särskilda boenden som det finns inom den kommunala sjukvården har vi inte tillgång till.«

**Kronoberg:** »Geriatriska anses i vårt landsting i första hand vara ett arbetsområde för specialister i allmänmedicin.«

**Östergötland:** »Det är lite svårt att slå ihop det hela.«

**Örebro:** »Vad gäller rehabilitering är det så i Örebro län att alla arbetsterapeuter i öppen hälso- och sjukvård är anställda av kommunen och alla sjukgymnaster av primärvården (landstinget).« »Arbetssterapi, sjukgymnastik och kuratorsverksamheten är serviceenheten till hela lasarettet men tillhör paramedicinska enheten inom geriatriska kliniken.«

**Värmland:** »Det är svårt att redovisa paramedicinska resurser eftersom de ingår i den totala dimensioneringen för internmedicin och öppen vård.«

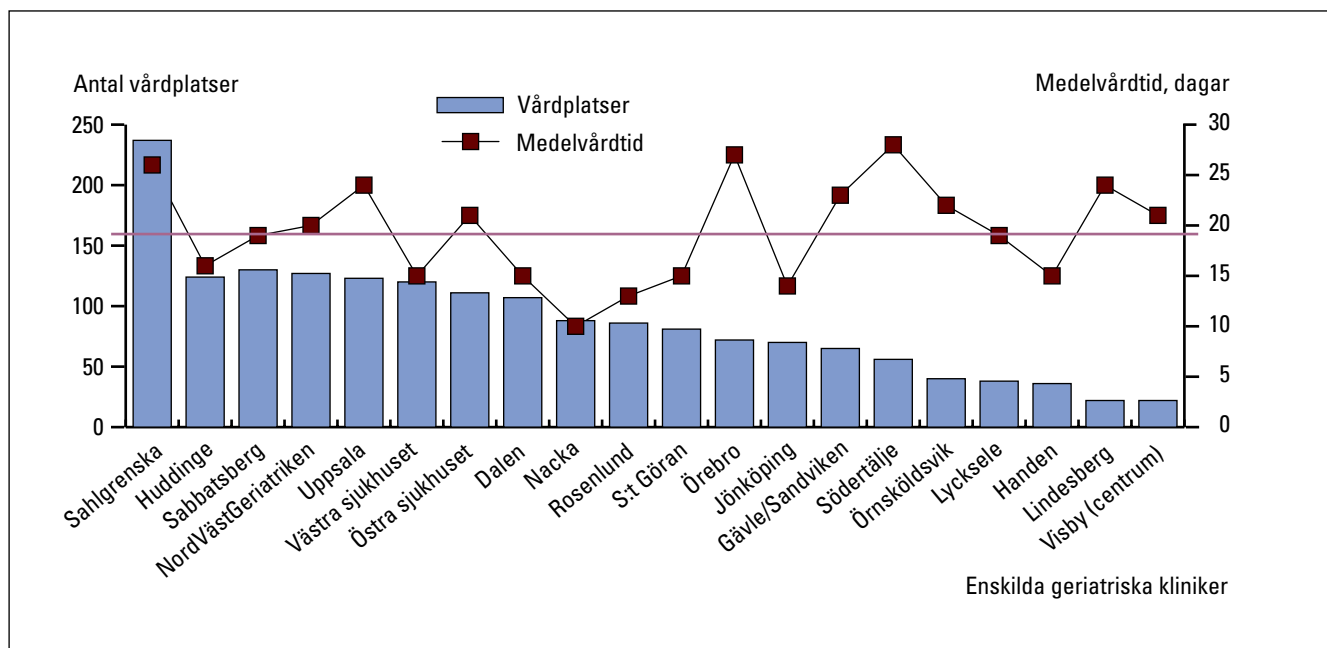
**Norrbottnen:** Sammanfattning av diskussion med kontaktpersonen: I Norrbotten finns varken någon geriatrisk klinik eller geriatrisk sektion. Det finns ett avtal mellan landstinget och kommunerna om totalt 140 rehabiliteringsplatser, som efter behov kan förläggas till de fyra sjukhusen Kiruna, Piteå/Älvdalen, Kalix och Luleå/Boden (Sunderby). I Gällivare fanns tidigare en medicinsk rehab-avdelning med en ansvarig geriatriska, men denna organiserades om under 2001 till en rehabiliterings/reumatologisk enhet. De ovan beskrivna verksamheterna vid ovan nämnda fem sjukhus administreras via medicinklinikerna vid respektive sjukhus.

Kalix sjukhus: »Äldre patienter vårdas vid omvårdnadsenheten eller på kommunens sjukhem.«

Gällivare sjukhus: »Geriatriska patienter vårdas på olika kliniker beroende på diagnos. Konstaterar att detta inte fungerar tillfredsställande – det finns ingen samlad kunskap. Många gånger fel vårdnivå att vårdas på akutvårdskliniker.«

### II Diskussion

Undersökningen visar att organisationen av verksamhetsom-



Figur 12. Antal vårdplatser jämfört med medelvårdtider vid Sveriges geriatriska kliniker. Medelvårdtid (horisontell linje): 19 dagar.

rådet geriatrik var mycket heterogen inom de olika landstingen vad avser såväl beteckningar och storlek på verksamheterna som inriktning, läkar- och sjukskötersketätthet, paramedicinsk organisation och medelvårdtider. Denna stora variation återspeglar betydande lokala variationer i bedömningen av geriatrikens roll i den svenska sjukvården och försvårar i hög grad jämförelser mellan olika geriatriska verksamheter över landet och därmed ett rationellt kvalitetsutvecklingsarbete.

Antalet slutenvårdsplatser inom geriatrik per individ över 65 år varierade tio gånger mellan de olika landstingen. I fyra landsting hade man inga geriatriska kliniker/sektioner alls utan ansåg att denna verksamhet kan skötas via t ex intern- och allmänmedicin eller inom andra specialistkliniker.

### Lokala variationer försvårar jämförelser

Tabell I illustrerar att det fanns sex principiellt olika slutenvårdsverksamheter som inkluderade ordet »geriatrik« och där geriatriska kliniker dominerade helt och disponerade totalt 66 procent av alla slutenvårdsplatser inom geriatrik.

Resultaten av enkätstudien får tolkas med försiktighet. Det sker kontinuerligt omorganisationer inom landstingen som påverkar de variabler som efterfrågats här och som gör att en beskrivning gäller bara vid den tidpunkt då uppgifterna samlades in. Ett dilemma är att det tagit nästan ett år att få in enkätsvaren från de olika kontaktpersonerna i landstingen (dessvärre ej kompletta svar), och därefter har det tagit ytterligare tid att sammanställa det omfattande materialet. Rapporten får därför ses som en beskrivning av situationen inom den svenska geriatriken under hösten 2000 och våren 2001.

En tidigare enkätstudie genomfördes 1994 av Socialstyrelsen i nära samråd med dåvarande Svensk geriatrisk förening och skickades till chefläkarna vid 98 olika geriatriska sjukvårdsenheter [1]. Eftersom enkäterna från 1994 och 2000 är upplagda på olika sätt är det svårt att jämföra resultaten. 1994 fanns 64 »självständiga geriatriska kliniker«, men man delade inte upp dem närmare, som i enkäten från 2000. Om både geriatriska kliniker och geriatrik/rehabiliteringskliniker (Tabell I) likställs med självständiga geriatriska kliniker har antalet sjunkit från 64 till 37 (42 procent). I övrigt kan inga rättvisande jämförelser göras eftersom geriatriska vårdplatser har definierats olika i de två rapporterna. Enkäten 1994 avsåg

främst att undersöka antalet vårdplatser i landstingen inom området geriatrik (inkluderande all geriatrisk verksamhet enligt Tabell I), medan enkäten 2000 syftade till att närmare kartlägga hur landstingen utformat verksamheterna inom specialiteten geriatrik och därefter mer utförligt redovisa de geriatriska klinikernas organisation.

### Angeläget med entydiga definitioner och tillämpningar

För att kunna följa framtida förändringar av äldrevårdens organisation är det angeläget att dels entydigt definiera olika termer och begrepp, dels utforma kommande enkätundersökningar på ett likartat sätt. Det pågående arbetet inom Socialstyrelsens och Landstingsförbundets NYSAM-projekt (nyckeltalssamverkan) kan bli till stor hjälp vid framtagandet av relevanta nyckeltal inom geriatriken, t ex antalet inskrivningar per geriatrisk vårdplats och år samt antalet inskrivningar per år för befolkningen över 65 eller över 80 år i de olika landstingen.

Ett betydande problem är att området »geriatrik« förefaller uppfattas på mycket olika sätt på olika ställen i landet: En del geriatriska kliniker tar emot äldre patienter med alla slags medicinska problem inom ramen för både akut geriatrik, öppenvårdsmottagning och dag- och hemrehabilitering, medan andra har ett mer eller mindre begränsat uppdrag. På vissa håll (t ex Stockholm) har landstingen t ex beställt ospecificerad »akut geriatrik«. Andra har däremot valt att helt eller delvis profilera slutenvårdsverksamheten i anslutning till olika problemområden hos äldre som liknar en subspecialisering av verksamheten. Vid geriatriska kliniken i Jönköping har man t ex profilerat sig inom följande fyra problemområden: slag-anfall, osteoporos/frakturhabilitering, dyskognitiva tillstånd och Parkinsons sjukdom. Uppföljning inom öppenvården efter utskrivning verkar förekomma endast i mindre omfattning.

Situationen kompliceras av att flera centrala termer och begrepp som t ex »geriatrisk patient«, »akut geriatrik« och »rehabilitering«/»geriatrisk rehabilitering« saknar enhetliga definitioner och tillämpningar över landet.

Koncentrationen av geriatriska verksamheter till universitetssjukhusen sammanhänger troligen delvis med att subspecialiseringen av internmedicinen drivits som längst här, vilket



medfört ett behov av generalistenheter för äldre. Den höga läkar- och sjukskötersketätheten i Stockholm sammanhänger troligen med den starka fokuseringen på akut geriatrik. På mindre orter är de geriatriska verksamheterna mer inriktade på rehabilitering och ingår ofta som sektioner inom medicinklinikerna.

## Utbildningen svarar inte mot verkligheten

Sammantaget kan sägas att det saknas en övergripande strukturplan för geriatrikens roll i svensk sjukvård. Utbildningsboken i geriatrik (tillgänglig via Svenska Läkaresällskapets webbplats: <http://www.ronden.se/svls>) definierar endast hur man blir specialistkompetent i geriatrik. Landstingen kan beställa och organisera verksamheten geriatrik på det sätt man finner lämpligt – utan kopplingar till specialistutbildningen.

Specialiteten geriatrik är en generalistspecialitet kring det mänskliga åldrandet (gerontologi) kopplad till särskild kompetens i bedömning och handläggning av de (ofta multipla) sjukdomar, skador och tillhörande sociala, psykologiska och, inte minst, etiska problem som utvecklas på »det sluttande planet« under livets senare stadier. Det kan te sig naturligt och kanske även värdefullt att denna mångfasetterade del av livet givit upphov till olika organisationsformer i olika delar av landet. Det är dock mycket svårt att analysera om ovan beskrivna heterogena geriatriska verksamhet innebär ett rationellt utnyttjande av tillgängliga resurser. De olika landstingen lägger så olika typer av beställningar av »geriatrik« att det i dagsläget knappast är möjligt att jämföra olika geriatriska verksamheter med varandra.

För att främja det fortsatta kvalitetsutvecklingsarbetet synes det angeläget att utveckla en övergripande strukturplan, som tydligt definierar geriatrikens roll inom den svenska sjukvården. Med hänsyn till att en så stor andel av patienterna på sjukhusen redan idag är äldre och multisjuka, samtidigt som de demografiska prognoserna pekar på att antalet äldre individer kommer att öka kraftigt, är det en central kvalitetsfråga att tillförsäkra patienterna rätt till geriatrisk kompetens vid all handläggning. Det vore även av stort värde om strukturplanen innebar ett tydligare samband mellan beskrivningen av specialistutbildningen geriatrik i Utbildningsboken och organisationen av verksamheten geriatrik inom sjukvården. En dylik strukturplan borde utformas så att det blir möjligt att jämföra verksamheten inom olika geriatriska kliniker och sektioner även med andra specialiteter som arbetar med äldresjukvård, utgående t ex från tidigare utarbetade kvalitetsindikatorer i geriatrik [2].

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Geriatriken efter Ädel. Ädelutvärderingen. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:13.
2. Svenska Läkaresällskapets och Sveriges läkarförbunds Medicinska Kvalitetsråd. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer. Svensk Medicin 1993 (38).

## Hur man skriver ett vetenskapligt arbete



## – och får det publicerat!

**Läkartidningen** och **BMJ (British Medical Journal)** arrangerar tre endagskurser för medicinska skribenter, 20, 21 och 22 november 2003.

Kursen presenterar hur Du på ett effektivt sätt omsätter tankar och koncept till en välskriven uppsats – hur man organiserar och analyserar sitt material, formulerar slutsatser och inte minst hur man väljer lämplig tidskrift och korresponderar med redaktioner och redaktörer enligt »spelets regler«.

Rent praktiskt bygger kursen på att Du med utgångspunkt från ett redan insamlat material skriver ett manuskriptutkast under kursdagen. Kurserna vänder sig därför i första hand till forskarstuderande med redan färdiginsamlade men kanske obearbetade data.

Kursledare är Tim Albert, vetenskapsjournalist på BMJ. Kurserna har gått flera år i Storbritannien och rönt stor uppskattning.

**Kursavgiften** är 2500 och inkluderar frukost, lunch, kaffe och förfriskningar.

**Så här anmäler Du Dig.** Skicka in Dina fullständiga adressuppgifter, och ett kort CV (max 200 ord) till [inga-maj.lagerholm@lakartidningen.se](mailto:inga-maj.lagerholm@lakartidningen.se)

Din anmälan måste vara hos oss senast den 20 oktober.

Läkartidningen vill genom kursen stimulera intresset för att skriva vetenskap på svenska, och deltagare intresserade av att medverka som skribenter av vetenskapliga referat har företräde.

Välkommen med Din anmälan  
– antalet platser är begränsat!

**Josef Milerad**  
docent, medicinsk chefredaktör