

Intervju 2010-04-07:

Anders Stålhammar

Gunnar Akner

- *Ja det är onsdag, och klockan är 17:05 för att vara riktigt exakt och då har vi ju nästan alltid någon form utav hälsofråga. Så också idag, Gunnar Akner professor i geriatrik, du är välkommen till "Rakt på sak" studion.*
- **Tack för det.**
- *Jag bockade när jag hälsade dig välkommen faktiskt. Haha, det var väl fint!*
- **Haha, jag bockar tillbaka.**
- *Jaa, det får du göra. Ja professor i geriatrik, ska vi klarlägga det? Det handlar alltså om åldrandet, läran om åldrandets sjukdomar.*
- **Ja**
- *Mm*
- **Åldern är ju den viktigaste, i särklass till och med, viktigaste riskfaktorn för sjukdomar och skador.**
- *När räknas man som gammal, alltså var går den definitionen?*
- **Kronologisk ålder och biologisk ålder är ju olika saker. Vi åldras väldigt olika biologiskt. En del kan vara vitala upp i 90 årsåldern, andra har ett tydligt åldrande från 60 årsåldern.**
- *Finns en och annan som föds som fyrtio åring nästan också.*
- **Det finns speciella, sällsynta sjukdomar som går med mycket för tidigt åldrande.**
- *Mm, alltså vi ska prata om det här då tänkte jag då med åldringsvården, alltså hur fungerar vården utav de gamla i Sverige idag? Och sen ska vi prata lite grann om läkarutbildningen och sen den alltmer åldrande befolkningen. Hur gamla, alltså hur många människor har vi då som vi räknas ingå i ditt skrå då i geriatriken alltså som behöver vård för sitt åldrande?*
- **Ja, vi har ju ungefär 1.5-1.6 miljoner pensionärer, 65 plus. Och multisjukligheten, vårdbehoven tilltar ju med åldern. Hur många som är multisjuka, det går inte att säga säkert. Man kan säga att många gamla, och med tiden de flesta gamla, kommer att ha flera samtidiga hälsoproblem. Med varierande grad av funktionskonsekvenser förstås.**
- *Och "multisjuka" innebär att man har flera sjukdomar samtidigt alltså?*
- **Ja**
- *Mm, och vi kommer öka, vi blir ju allt äldre. Vi pratade här innan du och jag att år 2050 så skulle vi nästan ha dubbelt så många åttiåringar som vi har idag om man ska tro prognoserna.*
- **Det är så befolkningsprognoserna ser ut nu.**
- *Är vården brallad för att klara av det som det ser ut idag tycker du?*
- **Det finns ju stora problem idag, en stark kritik har riktats från flera statliga organ, till exempel socialstyrelsen och landstingsrevisorer. Flera offentliga organ har riktat stark kritik, och har vi problem idag med 480 000 åttiåringar så lär vi ju inte få mindre problem om vi är dubbelt så många.**
- *Nej. Vad skulle behöva göras, tycker du, alltså nu har inte vi världens längsta tid på oss här, men alltså i stora drag tar vi då, vad skulle behöva förändras i sjukvården för att den skulle bli bättre anpassad till åldrandets sjukdomar?*

- **Jaa, du sa ju själva lösningen där tror jag i princip är det så att man måste anpassa vården. Hälso- och sjukvården och omsorgen till den äldre människan. Och det krävs en annan uppläggning än dagens fragmenterade och stuprörsbaserade organisation.**
- *Det är mycket specialiserat då, jag fick en bild här av dig där du hamnade på hjärtkliniken om du har problem med hjärtat, du hamnar på lungkliniken om du har problem med lungorna och så vidare. Och sen om man då tittar på äldre här, får du demens, stroke, frakturer och urininkontinens och vad det då kan vara för nånting, så finns det inga speciella ställen man hamnar på.*
- **Man kan säga så här att både sjukvårdsorganisationen, forskningen och utbildningen är utformade efter "en sjukdom i taget"- tänkandet "Single disease management" på engelska. Det har kommit en så snabb utveckling av multisjuklighet och komplexa hälsoproblem bara på en tre, fyra decennier, så att vi har inte anpassat de här, varken vård eller utbildning eller forskning till "multi disease management", alltså komplex ohälsa och behovet av generalistläkare.**
- *Men det måste ju vara en paradox i det här, därför att vi måste ha en ganska god vård och ett ganska gott liv eftersom att vi blir äldre, och när vi blir äldre får vi flera sjukdomar, är det så det fungerar?*
- **Jaa, det ser ut så, och under min korta tid i medicinen har ju hälsoläget för äldre förbättrats högst påtagligt från 65 till kanske 75 närmsta 80 års ålder har ju genomsnittligt hälsoläget förbättrats påtagligt. Så det är från, säg från 75 och över som hälsoproblemen tilltar och det verkar just nu som att man snarare förskjuter ohälsoläget uppåt så att säga, man lever längre med kroniska sjukdomar. Ohälsan tilltar med åldern.**
- *Vi blir rätt dyra i drift på sikt egentligen, när vi blir så här gamla?*
- **Aa, det kan man säga och det är en av ingredienserna i ett reformprogram att man måste dels ta bort en massa onödiga hinder och fragmenteringstendenser men man måste också högst påtagligt öka delaktigheten och inte minst medansvaret för de äldre människorna och deras närstående själva i det här. Idag är många äldre människor i för mycket, i för hög grad objekt för vård, föremål för ordinationer och handläggningar, men inte delaktiga och inte med och driver handläggningen enligt en vårdstyrning.**
- *Om vi tittar på det här, om jag har fått någon form utav hjärnblödning eller nån stroke av något slag då, så ligger jag på en avdelning där jag kanske är i 80 årsåldern, jag behöver nånting, kanske komma ner och få träna motoriken, det vill säga gå till arbetsförmedlingen höll jag på att säga, arbetsterapi och sen så får jag kanske sjukgymnastik och sen så har jag min sjuksköterska och sen har jag min läkare. Då har vi fyra rör, det är dom här stuprören du pratar om. Hur tätt samarbetar ett sånt där team egentligen?*
- **Aa, det varierar mycket, alltifrån att man jobbar ganska separat och skriver egna slutanteckningar, till att man verkligen har gediget, nära teamarbete, interdisciplinärt teamarbete som det heter. Ett dilemma är att vi, inom vården, tränas för lite i hur man arbetar i team, för att undvika dubbelarbete och framförallt för att synkronisera handläggningen och bedömningarna.**
- *Men är inte hela sjukvården egentligen många gånger uppdelat, går du till lungläkaren så vet han hur dina lungor ser ut, går du till röntgenläkaren vet så*

kanske han vet hur din lever ser ut, men han vet inte varför den ser ut som den gör för att bryr sig inte om så mycket om du dricker eller inte och så vidare.

- **Det ligger mycket i det, så om vi talar om den teamhandläggning när det gäller en avgränsad vårdepisod till exempel eller ett rehabiliteringsförlopp. Men det krävs också ett slags teamtänkande på ett sjukhus, eller hur? Om man har flera olika hälsoproblem och olika specialister inblandade så gäller det att dom måste se sig själva, uppfatta sig själva som tillhörande ett vårdteam för patienten. Och ska det fungera så måste det finnas en patientansvarig läkare som har en generalistambition. Och det räcker inte enligt min mening att generalistläkaren är allmänmedicinare, det krävs en geriatrisk kompetens. Så att allmänläkare med geriatrisk kompetens, eller geriatriker, det är väll där ungefär som lösningen ligger när det gäller läkarkompetensen.**
- *Mm, vi ska in på det här med pengarna också, vad kostar det här alltihopa, jag har för mig att du nämnde nån siffra för mej 151 miljarder som sjukdom bland gamla kostar idag, var det nånting sånt?*
- **Ja socialstyrelsen har i den senaste översikten över det här sagt att vården och omsorgen, den offentligt finansierade vården och omsorgen av 65 plus populationen i Sverige kostar 151 miljarder kronor per år.**
- *Och blir en fördubblad mängd utav de här människorna då en, blir det ganska mycket dyrare också.*
- **Jaa, och läkemedelsnotan ökar ju långsamt år för år, för det kommer allt flera läkemedel och det blir allt mera komplicerad vård, man kan väll säga såhär att bedöma och handlägga multisjuka, komplext sjuka äldre människor, det tillhör det mest komplicerade man kan ägna sig åt inom medicinen. Det är väldigt många variabler samtidigt.**
- *Av dom 151 miljarderna, hur mycket skulle du vilja bedöma går direkt till vårdtagaren som komma honom eller henne till nytta, och hur mycket är administration utav det här vårdpaketet.*
- **Jag önskar jag kunde säga, det är en väldigt viktig fråga, intressant fråga som borde beforskas: satsar vi pengarna på rätt saker och får vi nytta för pengarna, kommer den här patientnyttan till godo? Det går inte att svara på idag**
- *Vad har du för magkänsla?*
- **Jag tror att det finns för mycket administration, systemet är så fragmenterat, det är mycket dubbelarbete och det finns en stor byråkrati i både i landsting och kommuner ovanför vården, så att magkänslan är att det går att göra det här i en mera patientorienterad liksom rakt på problemet och genom tydlig målstyrning driva utvecklingen mot att uppnå specificerade mål.**
- *Nu låter du nästan som en företagsledare, man ska in i kärnaffären, är det inte så?*
- **Haha, jaa, back to basics skulle man kunna säga, tillbaka till kärnverksamheten. Jag tror att vården skulle tjäna på det men dilemmat i det är att mycket av vårdens utveckling är på sjukhus idag. Och med all respekt för dom fantastiska insatser man gör på sjukhus i högteknologi, dom flesta patienter är inte på sjukhus, och en enskild individ är nästan aldrig på sjukhus. När låg du själv på sjukhus senast?**
- *Jaa, det var blindtarmen för 30 år sen*

- **Aa, jag låg på sjukhus när jag var kanske 2 år, så att det är många år sen. Så de flesta människor ligger aldrig på sjukhus. Ändå tänker man mycket på sjukvårdsutveckling och forskning och sånt som sjukhuskopplade verksamheter när man borde se det som primärvårdskopplade verksamheter. Det är därför jag argumenterar att geriatriken, som kunskapsområde och verksamhetsområde, bör flytta ut i primärvården. Och man bör etablera geriatriska centra eller äldrevårdscentraler i primärvård med öppenvårdsuppdrag i första hand kopplad till slutenvård förstås.**
- *Mm, men några allmänna distriktsläkare ute i primärvården till väldigt stor del, är dom spantade och fixade här då?*
- **Alltså jag tror att det behövs en utvecklingsverksamhet, det varierar väldigt mycket. Det finns vissa allmänläkare som har gedigen geriatrisk kompetens och intresse, glöm inte det sista. Det finns andra som tycker att det här är mera ett problem i verksamheten, det varierar kolossalt mycket.**
- *Att man tycker att dom gamla och sjuka är ett problem i verksamheten?*
- **Ja, det tar tid va? En äldre komplext sjuk människa kan man inte klara på kanske en halvtimmes konsultationsbesök, det är för många variabler samtidigt, det går inte. Utan vad som behöver göras nu menar jag är att man måste starta försöksverksamheter, och jag har ju föreslagit en sådan försöksverksamhet här i Örebro. I primärvård, som har just ett öppenvårdsfokus primärt men som har tillgång till, och enkel, helt flexibel tillgång till slutenvård platser**
- *Vad säger administrationen om det och organisationerna där till "ja det kör vi på, nu ska det ta tid" haha!*
- **Haha, ja jag skulle önska, verkligen önska en större, ska vi säga lust, att pröva nånting nytt. Man har ju en mycket omfattande litteratur från statens egna organ som jag var inne på nyss, en massa statliga organ och landstingskommunala organ och även primärkommunala revisioner som pekar på ett system som skulle kunna fungera mycket bättre. Och då skulle jag önska mej en större beredvillighet från de ansvarige att öppna upp för försöksverksamheter bedrivna av, och ledda av, provisionen.**
- *Men är inte medicin och läkaren många gånger en ganska konservativ grupp?*
- **Ja man kan undra om det är sant, jag vill ju inte tro det, jag vill ju tro att vi är besjälade av utveckling och framåtanda och nytänkande.**
- *Evidensbaserat*
- **Aa, gärna så långt det nu går**
- *Vi fortsätter att prata om detta i "rakt på sak" med Gunnar Akner, vi ska prata också om den här läkarutbildningen där faktiskt. Gunnar tycker att den här biten om åldrandets sjukdomar helt klart är underdimensionerat. Häng med oss i "rakt på sak", Cecilia Vennersten nu och låten heter "det vackraste"*

”Musik + reklam”

- *ja det är hälsohalvtimman den här veckan i rakt på sak du lyssnar till och Gunnar Akner, professor i geriatrik, det vill säga läran om åldrandets sjukdomar finns hos mig här i studion och vi har pratat om multisjuka, att man många gånger har flera sjukdomar och sjukvården kanske inte är direkt är jättehelt optimerad för den typen av problematik. Och vi kommer bli fler och fler som blir gamla 2050, så det kommer vara dubbelt så många som det är idag, och idag var det 1.4 miljoner som var runt 80 eller nånting sånt?*
- **Nej, ett komma sex miljoner pensionärer.**
- *Pensionärer så var det ja.*
- **En knapp halv miljon 80 plus.**
- *Så var det ja, och dubbelt så många blir vi 2050. Då ska vi prata om detta med läkarutbildning, vi fick ju den förra veckan, vi fick ju klart för oss att vi får den till Örebro, vad kände du inför det?*
- **Mycket glädjande, en stor utmaning, fantastisk möjlighet för Örebro, och Sverige**
- *Och Sverige?*
- **Ja verkligen, det behövs ett nytänkande på många sätt och vis inom vården och jag tror att Örebro har goda förutsättningar här**
- *Mm, det var tredje gången gillt, jag hörde att den här ansökan den var runt 800 sidor, det var ganska mycket som ska vara klart*
- **Jaa, mycket att läsa och tänka på.**
- *Ja det är det. Geriatrik då, vi pratade ju då om det här, alltså status också bland läkare att vad man vill jobba med och sådär jag sa lite vanvördigt till dig här förut då att geriatriker då att jobba med gamla som kanske har multisjukdomar och allt vad det nu är, kontra att vara en ball 25 årig läkare som gör hjärtoperationer och så vidare. Hur ska man få den här, alltså geriatriken mer poppis eller geriatrikutbildningen mer poppis bland läkarna tror du?*
- **Man måste lyfta fram geriatrik som role model, ett engelskt utstryk, alltså roll modell eller helt enkel föredöme, att visa hur modern, proaktiv geriatrik med inriktning på delaktighet och medansvar och att patienten är med i handläggningen och där man bejakar överblick. Att verksamheten är upplagd så att det går att se patienten samlade hälsosituation, och hur den utvecklas över tid och liksom hålla ihop alla dom komponenter och bitar som finns i multisjukligheten.**
- *Mm, det är både medicinska och sociala och vad det är för aspekter.*
- **I allra högsta grad, det där du säger är en väldigt viktig sak, alltså att det räcker inte med att kunna mycket medicin, om organiska funktioner, man måste därtill lägga analys av till exempel kognition, alltså människans tänkande och minne och sånt, det krävs att man kan någonting om stämningsläge och psykiatri, depression till exempel då, det krävs att man kan någonting om sinnesorganen, fysisk funktion, kroppens sammansättning och massa andra saker**
- *Där finns det mycket och göra i läkarutbildningen tycker du börjar jag förstå här*
- **Utan tvivel, framförallt att sätta ihop det till en helhet. Läkarna har ganska gedigen utbildning, men den tenderar att bli fragmenterad den också, på en sak i taget. Och att just få ihop den, och att visa praktiskt inte minst, både under utbildningen och i driften så småningom i praktisk verksamhet, hur**

man kan skapa den där helheten, och visa den, hur den utvecklas över tid är den stora utmaningen.

- *Nu, vi har ju pratat om det här, det är ju staten som har väldigt hård kontroll då på läkarutbildning så att man håller en jämn standard oavsett vilket universitet du går på, men man kan ju också nischa sig lite grann på varje universitet, vad skulle du vilja att man nischar sig på här i Örebro? Det var ju en väldigt öppen fråga, det tror jag är ett ganska enkelt svar också i och för sig för dig?*
- **Ja, frågar du mig så skulle jag säga att, varför inte ta geriatrik och multisjuklighet? Inget annat landsting, ingen kommun, inget universitet har en fokusering på multisjuklighet hos äldre. Det är det dominerande problemen på sjukhusen, i Sverige på alla sjukhus, det är ett mycket stort problem i hela primärvården. Det dominerar hela hälsopanoramata när det gäller vård, så är det personer med komplexa eller sammansatta hälsoproblem, flera saker på en gång. Det där skulle vara en viktig sak för Örebro att ta ett ansvar för och odla upp, och det kommer vi att göra också, hela sista terminen, termin elva under grundutbildningen, av läkare kommer att ägna sig åt komplexa hälsoproblem. Att analysera dom i en teammiljö och att liksom se det på tvärs istället för varje sjukdomstillstånd för sig.**
- *Vad har du för känsla för intresse för dom här frågorna på läkarutbildningen idag när dom kommer till den här kursen, känns det kul eller inspirerande?*
- **Många tycker det är intressant att auskultera, tjänstgöra hos oss på geriatriken men det är ju korta placeringar på två veckor**
- *Auskultera det är lyssna det?*
- **Aa, att gå bredvid och titta hur det fungerar och ställa frågor och sådär, och få lite undervisning. Men det är bara tvåveckors placeringar, det är för kort tid. Man behöver vara längre, sammanhängande tider på en geriatrisk klinik och det krävs också att en geriatrisk undervisningsklinik har ett arbetssätt som just visar, illustrerar praktiskt hur man får till den här översiktsskildern.**
- *Nu kommer vi tillbaka lite grann till det där för du pratade om ett dukat bord vad det gäller den geriatriska vården i Sverige, och det har varit dukat i 50, 60 år och det har inte hänt så mycket. Hur skulle man kunna sopa rent det här? Det kanske är ett första steg med det här steget i läkarutbildningen då eller?*
- **Ja, alltså det krävs att läkarutbildningen är en sak, att man kan utbilda i ett integrerat tänkande och rigga undervisningsavdelningar och det skulle vara en stor fördel att koppla en försöksverksamhet som jag skisserar till läkarutbildningen, just för att få fram det här föregångsexemplet, och framförallt som stimulering och rekryteringsbefrämjande**
- *Mm, om du tittar på nått föregångsland i det här ämnet vi pratar om då alltså, både i utbildningen i åldrandets sjukdomar och så vidare, och sjukvården, var skulle du säga att det funkar bäst?*
- **Det finns i USA en del försöksverksamheter, särskilt inom forskningssammanhang, inom "veterans administration" systemet till exempel, det finns vissa platser i Holland, Tyskland och England och Australien för att ta några exempel, Italien också. Men de har karaktärerna av avgränsade enheter ofta kopplade till forskningssjukhus, universitetssjukhus, och det har inte fått en riktigt tydlig spridning i vårdorganisationen. Min ambition är att, ett sånt här geriatrisk centrum**

eller äldrevårdscentral i Örebro skulle kunna ha en ambition i att bli ett länsövergripande och på sikt, regionalt utvecklingscentrum.

- *Vad är främsta anledningen till att det inte kommer loss riktigt?*
- **Det kan ha att göra med att systemet är så stort, det är ett monopol system förstås och det är väldigt stort, det finns mycket ingrodda föreställningar och tänkesätt som behöver brytas upp. Det finns många stuprör, det finns många chefsstrukturer, många invanda arbetssätt. Jag tror att det behövs nånting nytt, och att det behöver etableras framförallt i primärvården för att få det mandatet i den här stora utmaningen.**
- *Men samtidigt så har man ju nu, det var ju ganska positivt nu med ett så kallat kvalitetssäkrat universitetssjukhus framöver, så det ser ju ganska positivt ut på framtiden i alla fall*
- **Ja, jag bedömer att när ledningen för både universitetet och landstinget och kommunerna genom regionförbundet har den höga ambitionsnivån man har för universitetets utveckling och för sjukvården, och omsorgens utveckling. Då har man liksom lagt ribban dit, man vill ju nåstans man har sagt att det är så höga mål.**
- *I den bästa av världar, när kan det här centrät finnas tror du?*
- **Jag är beredd, jag kommer till Örebro mycket för att få ta ansvar och bygga upp och driva det här centrät, som en utvecklingsverksamhet som kan växa, börja i en liten skala och gradvis växa till sig lite grann. Jag hoppas att vi kan komma till stånd i år.**
- *Tack så mycket Gunnar Akner, professor i geriatrik. Jättespännande samtal, tiden gick väldigt fort. Tack så mycket än en gång för att du kunde komma hit en stund i "rakt på sak"*
- **Väl bekomme, tack för det.**