GUNNAR AKNER
Läkare och professor i geriatrik vid Örebro universitet

"Det är avgörande att inse att dagens äldrevård är perfekt utformad för att leverera de resultat den gör. Om man vill förändra resultaten måste man förändra organisationen"

ANGRIPER VI RÄTT RISKER?

Det pågår en omfattande screening och registrering av riskfaktorer i både hälso- och sjukvården och den kommunala äldreomsorgen. Här några exempel:

Osunda levnadsvanor: Primärvården får "prestationsbaserad ersättning" om man screenar och registrerar "osunda levnadsvanor" i form av tobaksbruk, alkoholintag, matvanor och fysisk aktivitet.

Senior Alert: Inom äldrevården har man sedan 2008 infört kvalitetsregistret Senior Alert för screening och registrering av förekomsten av fem riskfaktorer: fall, malnutrition, trycksår, munhälsa samt beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Screeningen omfattar äldre personer som läggs in på akutsjukhus samt de som bor på kommunala särskilda boenden.

Läkemedelsgenomgångar:
På både akutsjukhus och kommunala särskilda boenden finns riktlinjer att genomföra läkemedelsgenomgångar "för att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen".

Det finns flera problem med denna omfattande riskscreening av äldre personer:

- Flera av de använda metoderna för att skatta storleken på respektive riskfaktor har osäker validitet.
- De personer som "faller ut" vid screeningen måste tas om hand. Detta innebör ofta användande av checklistor eller standardiserade vårdplaner med svagt vetenskapligt underlag.
- Screeningarbetet tar tid och resurser från annan verksamhet.

Frågan är om ovan nämnda och andra screeningmetoder och registrering i kvalitetsregister innebär en rimlig användning av resurserna. Jag vill här lyfta fram tre andra riskfaktorer som är av mycket större, och överordnad, betydelse för hälsan hos enskilda äldre personer:

Organisation: Vårdorganisationen för äldre personer är uppsplittrad på två huvudmän (landsting och kommuner) respektive två vårdformer (primärvård och sjukhusvård). Denna kontraproduktiva vårdorganisation har uppstått genom att allt fler lappar lagts på ett alltmer oöverskådligt lapptäcke. Det vetenskapliga perspektivet på vårdorganisationen är nästan helt frånvarande.

Dokumentation: Dagens vårddokumentation ("journalen") är uppdelad på huvudmän, vårdformer, specialiteter och yrkesgrupper. Ju fler olika hälsoproblem en enskild äldre person har desto svårare är det att få överblick över den samlade hälsosituationen. Detta innebär särskilt stora risker för äldre personer med många samtidiga symtom, diagnoser och behandlingar samt ofta komplicerad psykosocial situation.

Utbildning: Trots att en stor del av vården på både akutsjukhus och i primärvården avser äldre personer har alla yrkesgrupper bristande grundutbildning och träning i geriatrik. Detta innebär att de inte får någon systematisk utbildning och träning i integrerad multidomänanalys av äldre personers hälsosituation och hur denna kan och bör bedömas och behandlas över tid på ett synkroniserat och koordinerat sätt.

Denna grundläggande brist på geriatrisk kompetens kan inte kompenseras i efterhand med fortbildning i form av enstaka utbildningsdagar eller korta kurser.

Som professor Richard Cook framhöll i Sjukhusläkaren nummer 1/2013 är Sveriges största problem att vi inte har ett sjukvårdssystem, utan isolerade öar som inte hänger ihop. Tillsammans med olämpligt utformade journaler och brist på geriatrisk kompetens hos personalen medför detta mycket stora risker för äldre personer med kroniska/långvariga hälsoproblem.

En lång rad utredningar de senaste 15 åren har övertygande visat att riskerna även faller ut som omfattande kvalitetsproblem i äldrevården.

Det är avgörande att inse att dagens äldrevård är perfekt utformad för att leverera de resultat den gör. Om man vill förändra resultaten måste man förändra organisationen.