

Orimligt att inte geriatriken får bli en basspecialitet

Det är orimligt med en specialistutbildning för läkare där grenen är avsevärt bredare än stammen, anser **Gunnar Akner, Lars-Olof Wahlund och Åke Rundgren, styrelseordförande, vetenskaplig sekreterare respektive kassör i Svensk förening för geriatrik och gerontologi.**

Socialstyrelsen föreslog i januari 2003 en ny struktur för de medicinska specialiteterna i Sverige. Förslaget innebär bland annat att specialiteten geriatrik förändras från självständig specialitet till en så kallad "grenspecialitet" inom basspecialiteten internmedicin. I april 2004 utsåg regeringen Lennart Persson att komplettera analysen.

Svensk förening för geriatrik och gerontologi (SFGG) anser att Socialstyrelsens förslag är ologiskt och kommer att medföra negativa konsekvenser, både för äldrevården och för forskningen kring äldres hälsoproblem samt försvåra rekryteringen till geriatrik. Geriatrik är – och har sedan sin tillkomst 1969 alltid varit – en generalistspecialitet för äldre och som sådan givetvis avsevärt bredare än internmedicin. Att organisatoriskt jämställa generalistspecialiteten geriatrik med olika internmedicinska organspecialiteter som gastroenterologi, hematologi, kardiologi, lungmedicin och nefrologi leder bara till fortsatta oklarheter och problem vad gäller sjukvård (äldrevård), utbildning, forskning och organisation.

Sjukvård

Geriatrik omfattar avsevärt större och annorlunda problemområden än internmedicin. Detta blir tydligt när man anger några kliniska problemområden som är vanligt förekommande inom geriatrik:

- ▶ Intellektuell försämring.
- ▶ Inkontinens.
- ▶ Instabilitet.
- ▶ Inaktivitet, psykisk och fysisk.
- ▶ "Rehabilitering": Med detta uttryck avses en viktig (men minskande) verksamhet inom både landsting och kommuner avseende bland annat behandling/vård efter olika typer av akuta incidenter, men även efter försämringstillfällen. Skälet till behovet av särskilt organiserad eftervård/rehabilitering hos äldre är

dels att äldre personer har en högre vulnerabilitet än yngre, det vill säga de ligger närmare sin "svikttröskel"; sekundära komplikationer i form av till exempel infektioner, konfusion och trycksår är mer regel än undantag,

dels äldre personers generellt förlängsamma läkningsprocesser.

En akut incident hos en äldre person kommer därför ofta att ge upphov till multipla följdproblem (kaskadreaktion) och behov av längre tid för återhämtning. År 2003 var med-

elvårdtiden inom geriatrik 18,5 dagar, vilket var 3–4 gånger längre än inom internmedicin och allmänkirurgi.

Faser av hälsoproblem: Geriatrik omfattar både 1) akutgeriatrik på akutsjukhus, 2) eftervård/rehabilitering under mer subakuta/elektiva förhållanden, 3) öppen vård i ordnärt eller särskilt boende, 4) hemsjukvård och 5) palliativ vård för äldre.

Av dessa faser ligger akutgeriatrik närmast internmedicinen; skillnaden ligger främst i att, utöver det akuta problemet, hantera den mer eller mindre omfattande multisjuklighet som ofta föreligger samtidigt och som kräver geriatrisk kompetens.

Mot ovanstående bakgrund vill vi framhålla det orimliga i att organisera en specialistutbildning för läkare, där grenen är avsevärt bredare än stammen.

” Geriatrik omfattar avsevärt större och annorlunda problemområden än internmedicin.

Utbildning

Den föreslagna förlängningen av specialistutbildningstiden för geriatiker kan försämra den redan svaga rekryteringen. Ett av flera skäl till detta är att geriatrik är en av de medicinska specialiteter som har högst andel kvinnor. Enligt Läkarförbundets statistik utgjorde kvinnorna den 1 januari 2004 61 procent av alla personer med specialistbevis i geriatrik. Motsvarande siffror för allmänmedicin och internmedicin var 42 respektive 31 procent. Eftersom många kvinnor under perioden av familjebildning och barnafödande önskar arbeta deltid kan den sammanlagda tiden för att uppnå specialistkompetens te sig orimligt lång om man måste gå vägen via internmedicin. Detta blir ett än mer uppenbart problem vid forskarutbildning för geriatiker.

Forskning

Inom dagens geriatriska forskning är några aktuella problemområden följande:

- ▶ Demens.
- ▶ Fall och fallskador.
- ▶ Konfusion/delirium.
- ▶ Multisjuklighet (= komorbidity).
- ▶ Osteoporos och frakturer.
- ▶ Undernäringsstillstånd.
- ▶ Urininkontinens.

Dessa forskningsområden är till stor del annorlunda än den dominerande, organinriktade forskning som bedrivs inom internmedicin. Det finns en betydande risk att den forskning som är relevant för geriatrisk verksamhet kommer att få svårare att göra sig gällande och rekryteringen till forskarutbildning försvåras om geriatrik inordnas som grenspecialitet till internmedicin.

Organisation

Om geriatrik organiseras som en grenspecialitet till internmedicin finns en stor risk att de nu självständiga geriatriska klinikerna omvandlas till sektioner inom internmedicinska kliniker. Erfarenheterna från en rad olika sjukhus i Sverige visar att detta över tid leder till nedskärningar av den geriatriska verksamheten till förmån för den "medicinska". Under de 16 åren 1986-2002 lade man ner drygt 14 500 geriatriska vårdplatser på sjukhus, vilket motsvarar en minskning med 1 000 vårdplatser per år eller totalt 86 procent (!).

Parallellt med denna kraftiga neddragning har det inom den kommunala äldrevården uppstått cirka 10 000 så kallade "korttidsvårdplatser" med starkt geriatrisk innehåll. Många äldre personer, som tidigare sköttes inom geriatriken, vårdas således numera på kommunala korttidsplatser med svag eller ingen geriatrisk kompetens.

För att det geriatriska generalistperspektivet på äldre personers hälsa i olika faser av sjukdomar/skador ska beaktas är det nödvändigt med självständiga geriatriska kliniker.

Sammanfattningsvis: för att utveckla äldrevårdens kvalitet och stimulera forskning och utbildning i geriatrik anser SFGG att geriatrik bör organiseras som basspecialitet. Ett mycket starkt argument för sådan kompetens och för att geriatrik bör förbli basspecialitet i Sverige är att alla de fem pensionärsorganisationerna – som organiserar drygt 800 000 pensionärer – i sina remissvar till socialdepartementet i januari 2005 framhållit sin uppfattning att geriatrik bör organiseras som en basspecialitet i svensk sjukvård.

Om det av olika skäl inte befinns möjligt att geriatrik blir en basspecialitet anser vi att det finns fördelar att geriatrik kopplas till allmänmedicin framför internmedicin, eventuellt dock till båda. Generalistverksamheten geriatrik har i allmänhet mer gemensamt med "äldreprofilerade" allmänmedicinare än med internmedicinare på sjukhus.

Gunnar Akner, Lars-Olof Wahlund, Åke Rundgren



Gunnar Akner är docent och överläkare vid Äldreforskning Nordväst, Seniorstaden Hallen, Solna.



Lars-Olof Wahlund är professor och överläkare vid geriatriska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.



Åke Rundgren är docent och överläkare vid geriatriska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra i Göteborg.