

Dags att låta geriatriker fungera som husläkare åt äldre patienter

Situationen är allvarlig och det krävs omfattande reformåtgärder inom äldre vården så snabbt som möjligt, skriver Barbro Westerholm och Gunnar Akner och kräver att vården av äldre förbättras på tio punkter.

Antalet äldre kommer att öka påtagligt de kommande 10–20 åren och i synnerhet kommer gruppen 80+ att öka. Ålder är den starkaste riskfaktorn för sjukdomar och/eller skador vilka leder till och växelverkar med tillhörande funktionsnedsättningar, minskad förmåga att klara sig själv och åtföljande vårdbehov. Det finns en rad skäl som gör att äldre personer bör erbjudas en vårdorganisation som är särskilt anpassad till deras problem:

► Av alla äldre personer kommer en ökande andel att drabbas av en komplex sjuklighet, vilket ställer särskilt höga krav på geriatrisk kompetens hos ansvariga läkare och övrig vårdpersonal. I själva verket innebär handläggning av äldre personer med komplex sjuklighet ("multisjuklighet") ett av de svåraste analys- och bedömningsområdena inom sjukvården.

► Äldre patienter har ofta ett annorlunda reaktionssätt än yngre och uppvisar därigenom ofta andra symtom och undersökningsfynd, vilket försvårar analys och bedömning.

► Eftersom de äldre patienternas sjukdomar är långvariga/kroniska och samverkar med accelererande åldersprocesser är det särskilt angeläget med regelbunden, strukturerad uppföljning av förlopp och kritisk granskning av effekt av olika vidtagna behandlingsåtgärder över tid.

Dagens äldre vård är dock organiserad på ett sätt som på en rad olika områden motverkar sammanhängande bedömning av de äldre individernas tillstånd över tid. Som exempel kan nämnas följande tio kontraproduktiva systemfel i äldre vården:

1. Äldre vården har ett vårdgivarperspektiv

Detta har lett till den etiskt oacceptabla situationen att det hos många äldre med olika kombinationer av långvarig behandling ofta är svårt att avgöra vilken effekt behandlingen har. Ett särskilt tydligt exempel på detta är långvarig läkemedelsbehandling hos äldre.

2. Fokusering på akuta problem och sjukhusvård

Akuta problem och incidenthantering (t ex stroke, fraktur, akut infektion) fungerar ofta bra vad gäller själva incidenten, men vad som brister inom äldre vården är en anpassning av organisationen till det faktum att akuta problem ofta inträffar hos äldre, komplext sjuka/skadade och funktionsnedsatta personer. Den "bakomliggande" kroniska sjukligheten blir alltför sällan föremål för en regelbundet uppepad, kvalificerad och kritisk analys/bedömning.

3. Uppdelning på två huvudmän

Detta leder till ständiga gränsdragningsproblem med försök till övervältrande av kostnader och till ett förhandlande om ansvarsområden. "Gemensamma nämnder" och avtal om "läkarmedverkan" är exempel på detta.

4. Uppdelning mellan öppen och sluten vård

Många geriatriska slutenvårdsenheter har små eller inga öppenvårdsmottagningar. Detta innebär att många patienter skrivs ut från sjukhus till uppföljning inom andra vårdenheter. Eftersom olika be-

handlingar ofta inleds på sjukhus innebär detta att läkarna på till exempel geriatriska kliniker sällan får möjlighet att följa effekten av olika behandlingsåtgärder över tid och anpassa behandlingen därefter.

5. Geriatriker får inte anställas i primärvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen får endast läkare med specialistkompetens i allmänmedicin vara "fast läkarkontakt" i primärvården. Detta förhindrar att äldre patienter kan få en geriatriker som husläkare.

6. Kommunerna får inte anställa läkare

Enligt hälso- och sjukvårdslagen får kommunerna inte anställa läkare. Detta innebär att alla läkare som sköter kommunernas "särskilda boenden" för äldre är landstingsanställda och därmed fungerar som konsulter i den kommunala äldre vården där de inte har något ansvar för organisation eller dokumentation.

7. Splittrad geriatrisk

Det saknas en nationell strukturplan för geriatrikens roll inom äldre vården och geriatrisk vård uppstår sedan länge därför genom ad hoc-beställningar av landstingspolitiker. I fyra landsting har detta lett till att det inte finns någon geriatrisk vårdorganisation.

8. Fragmenterad journaldokumentation

Journalföringen i svensk äldre vård är alltför fragmenterad på olika vårdnivåer, specialiteter och yrkesgrupper. Det är ofta inte möjligt att utifrån tillgängliga journalhandlingar analysera effekten av olika behandlingar över tid. Problemet ökar givetvis snabbt med antalet samtidiga sjukdomar/skador och antalet behandlingsmetoder.

9. Bristen på vetenskapligt underlag

Det vetenskapliga underlaget för behandling är som sämst i de åldersgrupper som får särskilt mycket behandling av olika slag. Detta framgår av en färsk rapport som publicerades av SBU i april 2003.

10. Bristen på geriatrisk grundutbildning

Många värdegrupper har helt otillräcklig grundutbildning i geriatrisk. Som exempel kan nämnas att läkarutbildningen endast innehåller 1–2 veckors geriatrisk. Detta kontrasterar mot att läkare i flertalet specialiteter handlägger en stor andel äldre patienter. Det finns även stora brister vad gäller systematisk fortbildning i geriatrisk för många yrkesgrupper.

Den svenska äldre vårdens dilemma kan sammanfattas sålunda: Trots att antalet sjukdomar och skador ökar mycket kraftigt med stigande ålder och trots att sjukvården handlägger en stor andel äldre patienter har varken personalutbildning, vårdorganisation, dokumentation eller kvalitetssäkring anpassats till dessa förhållanden ur ett vårdtagarperspektiv med användande av kunskaper i gerontologi och geriatrisk. Vid reformeringen av systemet är det angeläget att utgå från innehållet i äldre vården (primärt = vad skall göras) och skapa en organisation (sekundärt = hur skall det göras och av vem) som på alla sätt stöder och underlättar vad som skall göras. Situationen är allvarlig och det krävs att omfattande reformåtgärder riktade mot ovan angivna systemfel inom äldre vården inleds så snabbt som möjligt.



Barbro Westerholm är läkare, tidigare generaldirektör för Socialstyrelsen och nu ordförande i Sveriges pensionärsförbund, SPF.



Gunnar Akner är styrelseordförande i Svensk förening för geriatrisk och gerontologi samt överläkare vid Äldreforskning Nordväst, en forskningsenhet som drivs gemensamt av sex kommuner i nordvästra Stockholm och Stockholms läns landsting.