

”Äldrevården måste bli mer proaktiv och personinriktad”

Statistiska Centralbyrån har beräknat att andelen personer 85 år och äldre kommer att öka med 80 procent under åren 2020-2035. Om vi skall kunna ge dessa äldre personer en vård av hög kvalitet till rimliga kostnader krävs genomgripande förändringar av dagens vårdssystem.

▼ En avgörande förändring är att vården måste anpassas till äldre personer. Dagens geriatriska kliniker/verksamheter är nästan uteslutande placerade på sjukhus och bedriver där reaktiv vård.

Läkarna skriver in massivt multisjuka personer och analyserar deras hälsotillstånd tillsammans med sina team, för att skriva ut dem efter 1-2 veckor, nästan alltid utan planerade återbesök till egen mottagning för monitorering och evaluering.

Primärvården inte utrustad för multisjuka äldre

Den fördjupade bild läkarna får av patienternas hälsosituation under sjukhusvården kan därför inte följas upp över tid, utan nästan alla patienter skrivs ut för fortsatt uppföljning i primärvården, som inte är utformad för att handlägga multisjuka, äldre personer. Detta ineffektiva system utgör ett orimligt slöseri med nedlagda resurser.

Om vi skall kunna förbättra kvaliteten på dagens äldrevård, och ha en möjlighet att klara framtidens demografiska utmaningar, måste vården av äldre personer bli mycket mer proaktiv och personinriktad och hållas ihop över tid i en sammanhängande vårdprocess.

Geriatriska centran måste skapas inom primärvården

Eftersom olika typer av förebyggande arbete (primär, sekundär och tertiär



GUNNAR AKNER

Läkare och professor i geriatrik vid Örebro universitet

prevention) till helt övervägande del måste ske i primärvården, bör vi utveckla geriatriska verksamheter med fokus på primärvård (geriatriska centra, äldrevårdscentraler).

Jämfört med yngre har äldre personer ofta mer komplexa hälsoproblem och mer atypisk klinisk presentation, vilket tillsammans med vanligt förekommande psykomotorisk förlångsamning med åldern, gör att det behövs mer tid för alla delar av kliniskt arbete med äldre personer.

Omfattande omställning

Framtidens geriatriskt inriktade, proaktiva primärvårdsbaserade enheter måste därför anpassas till äldre personer beträffande t.ex. kompetens, fortbildning, tid, teamarbete, regelbundet upprepad monitorering/evaluering över tid, journalföring med grafiskt gränssnitt inriktad på överblick och sammanhang etc.

Utöver en förbättrad kvalitet på

analysen och handläggningen av manifesta hälsoproblem måste hälsoanalysen integreras med regelbundet upprepade riskfaktor-profiler, där de äldre personerna blir delaktiga och medansvariga på ett bättre sätt än idag.

För att undvika att äldre personer behöver byta läkare och journalsystem i samband med sjukhusvård bör vården utvecklas så att samma geriatriska verksamhet kan handlägga patienterna i olika faser av hälsoproblem (elektiv-subakut-akut).

Detta kan ske genom att patientens fritt valda fasta generalistläkare, med certifierad kompetens i geriatrik, även ansvarar för vården på sjukhus tillsammans med sjukhusläkare.

För att undvika att olika läkare och andra vårdyrkesgrupper i landsting och kommuner ordinerar utredningar och behandlingar till samma patienter oberoende av varandra, bör patientens fasta läkarkontakt i primärvården kontrastsignera alla slags icke-akuta åtgärder innan de verkställs.

En sådan modell skulle bidra till nödvändig integrering och koordinering, men även bidra till att lyfta ansvar och status för generalist-perspektivet och primärvårds-perspektivet i sjukvården.

Förbättringarna kan inte styras fram uppifrån

Ovanstående förslag till utveckling kan inte ”styras fram” uppifrån genom politiska eller administrativa beslut, utan måste utvecklas underifrån i en verksamhet som är utformad på geriatriska premisser och bemannad med prestigelösa läkare och vårdpersonal med gediget intresse och kompetens i geriatrik, som i en FoU-miljö får stora frihetsgrader att testa nya lösningar.