



Värderade medlemmar i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG)

Geriatriskens roll i sjukvården

Geriatrisk är i dagens Sverige framför allt en verksamhet på sjukhus där man bedriver såväl ospecificerad akut/subakut-geriatrik som olika typer av subspecialiserad (nischad) geriatrik, t.ex. ortopedisk geriatrik ("ortogeriatrisk"), stroke-enheter, demensutredningar, Parkinsonmottagningar, osteoporosenheter etc. Många, men inte alla, geriatriska kliniker/sektioner har dessutom dag- och/eller hemrehabiliteringsenheter. Däremot har geriatriken idag ingen roll i svensk primärvård. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) stadgar i § 5:

"Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin".

Denna lagtext innebär att man knyter vårdformen "primärvård" till specialiteten "allmänmedicin", vilket i praktiken innebär ett yrkesmonopol för en viss specialitet inom en hel vårdsektor. Lagen kan kringgås genom att man anställer andra specialister än allmänmedicinare inom primärvården utan att uttryckligen beteckna dem som fast läkarkontakt ("husläkare").

Man kan fråga sig om dagens vårdorganisation är till gagn för analysen och handläggningen av äldre personer med multipla fortskridande kroniska sjukdomar/hälsoproblem och intermittenta akuta försämringsperioder? Två aspekter förtjänar att lyftas fram:

Kompetens: Inom geriatriken framhåller vi ofta nyckelord som vi anser är väsentliga för en kvalificerad äldrevård, t.ex. helhetssyn, integration av medicinska-sociala-psykologiska-existentiella aspekter, teamtänkande, kontinuitet, funktionsbevarande- och funktionsåtervinnande perspektiv etc. Spelar det då någon roll om man t.ex. en geriatriker eller en allmänmedicinare respektive ett geriatriskt team eller ett allmänmedicinskt team handlägger en enskild äldre individ – går det att upptäcka några skillnader hos den enskilda patienten? En följdfråga är om det räcker att vara allmänmedicinare "i allmänhet" eller om det behövs någon särskild profilutbildning inom geriatrik för läkare och andra yrkesgrupper för att man skall kunna hävda att man har "geriatrisk kompetens"? Nästa fråga blir då om det finns någon iakttagbar skillnad mellan en geriatriker respektive en allmänmedicinare med profilkompetens i geriatrik? Finns det några hållbara skäl att hålla isär dessa utbildningar i olika specialiteter och lagparagrafer?

Kontinuitet: Dagens system innebär att det finns en strukturell diskontinuitet mellan öppen vård och slutna vård: På sjukhus kan en äldre person vara inskriven vid en geriatrisk klinik och ha en geriatriker som ansvarig läkare med stöd av ett geriatriskt vårdteam. Efter utskrivningen handläggs hälsoproblemen dock i regel inte längre av geriatriker, utan av allmänmedicinare ("husläkare") inom primärvården med stöd av ett allmänmedicinskt vårdteam, framför allt distriktsköterskor. Detta innebär att man så gott som alltid byter både inblandade, vårdansvariga personer och journalsystem vid förflyttning mellan primärvård – slutna vård. Det är uppenbart att mycket information om patienterna förloras vid dessa förflyttningar. Mycket har skrivits om behovet av olika typer av samråd, vårdplanering och kvittensförfarande, särskilt vid utskrivning från slutna vård. Det finns dock givetvis lika stora risker för informationsförluster vid förflyttning i motsatt riktning.

Om det är så att det geriatriska perspektivet - utövat av geriatriker och geriatriska team - är fördelaktigt vid handläggning av äldre personers hälsoproblem på sjukhus kan man undra varför vi inte kräver att detta perspektiv skall omfatta även vården utanför sjukhus. Om en individ ligger inne på en geriatrisk klinik två gånger under ett år under totalt 25 dagar motsvarar detta bara 7 % av årets dagar. Hur är det med resterande 93 % av tiden? Är geriatriker och geriatriska team bara nödvändiga i samband med akuta problem och slutna vård hos äldre – varför ej i samband med elektiv vård?

Dessa angelägna frågor har inga entydiga svar. I många fall kan det nog vara så att handläggningens kvalitet skiljer sig väl så mycket inom som mellan respektive specialitet. I boken "Multisjuklighet hos äldre" (1) lämnar jag förslag till en organisationsmodell – "Äldrevårdscentral" (ÄVC) - som kan bidra till att lösa bl.a. de problem som diskuteras ovan:

- **Kompetens:** Alla läkare och övriga vårdyrkesgrupper som är intresserade av att arbeta med problembaserad, integrerad äldrevård är välkomna att arbeta vid ÄVC. Om man inte har formell geriatrisk kompetens kan ÄVC lägga upp individualiserade utbildningsprogram för att erhålla sådan kompetens. På detta sätt kommer ÄVC att i sin egen organisation ansvara för att all personal får en certifierad kompetens i geriatrik. Härigenom underlättas rekryteringen av all slags personal. Dessutom undviker man att skapa konstlade motsättningar mellan närliggande specialiteter. Det viktigaste är ju att medarbetarna har ett genuint intresse för äldre personers hälsa och ett gediget intresse för löpande fortbildning i geriatrik.

- **Kontinuitet:** ÄVC har sitt fokus på akuta/subakuta/elektiva hälsoproblem i primärvård/öppen vård (inkluderande hembesök), men disponerar även slutenvårdsplatser, i egna lokaler eller på närliggande sjukhus, i en sammanhållen organisation med en gemensam journal. Därmed minskar risken betydligt att man förlorar information när patienten byter vårdform.

Jag tror att geriatrikens förhållningssätt till äldre personers hälsa och sjukdom har mycket att bidra med när det gäller all slags vård av äldre. Det finns därför goda skäl att inleda försöksverksamheter där det geriatriska förhållningssättet präglar organisationens uppläggning även i primärvården. Den ovan beskrivna ÄVC är ett konkret förslag på hur detta kan utformas (förslaget beskrevs i flera artiklar i Nordisk Geriatrik nr 3, 2004).

Referens

Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral. Liber, 2004 (www.liber.se)



Gunnar Akner
docent, överläkare,
styrelseordförande i Svensk Förening för
Geriatrik och Gerontologi (SFGG)
e-post: gunnar.akner@chello.se
Hemsida: www.sfgg.se