

Kommentar till debattinlägg om ÄVC

Av **Gunnar Akner**

I detta nummer av Nordisk Geriatrik skriver tre ST-läkare i geriatrik Stockholm ett debattinlägg angående Äldrevårdscentraler (1). Jag vill tacka de yngre kollegorna för deras engagemang att ta aktiv del av dessa viktiga framtidsfrågor och vill här gärna kommentera deras synpunkter.

Dagens geriatriska verksamhet i Sverige är nästan helt fokuserad på akut geriatrik, dvs. på handläggning av akuta försämringstillfällen (dekompensationsperioder) på sjukhus. Många geriatriska kliniker/sektioner har inga öppenvårdsmottagningar. De öppenvårdsmottagningar som finns är ofta specialiserade mot vissa "geriatric giants" som t. ex. kognitiva problem (demens), parkinsonism, urininkontinens, stroke, osteoporos etc. där man kan följa vissa utvalda patienter en viss tid i samband med t. ex. utredning eller behandling. Multisjuka äldre passar inte in i detta system. Jag har i tidigare debattartiklar (2–3 st) samt i en bok (4) framhållit att äldre personer med komplexa hälsoproblem, (multisjuka äldre) med multipla behandlingsmetoder (läkemedel, nutrition, fysisk träning, hjälpmedel etc.) bör erbjudas möjlighet till geriatrisk kompetens över tid, dvs. i både öppen och slutenvård. Det finns en tilltagande samsyn om problembeskrivningen, dvs. att äldre personer ofta far illa i dagens sjukvårdssystem. Detta system är inte anpassat för kvalificerad handläggning av komplex sjuklighet hos äldre över tid. Däremot råder det olika uppfattningar om vad som bör göras åt den rådande situationen. Många hävdar att det går att lösa de multisjuka äldres problem inom ramen för det befintliga systemet genom tilläggsbeställningar och olika vårdöverenskommelser. Jag ställer mig tveksam till detta av en rad skäl som jag diskuterar närmare min bok (4).

Vi befinner oss i en situation där vi samtidigt måste erbjuda dagens multisjuka äldre en mer kvalificerad hälso- och sjukvård över tid samtidigt som vi måste skapa utvecklingsmiljöer där man kan bedriva klinisk behandlingsforskning samt prova nya lösningar för bl. a. arbetssätt, samträning av olika yrkesgrupper, utbildning och utveckling av den medicinska dokumentationen. Det förslag om Äldrevårdscentral (ÄVC) jag framför i min bok avser just en sådan forsknings- och utvecklingsstation i äldrevården. Dessutom innebär förslaget att man flyttar fokus i äldrevården från akut vård på sjukhus till elektiv och subakut öppen vård utanför sjukhus (på mottagning eller i bostaden). Jag delar givetvis också uppfattningen att en kvalificerad äldrevård inkluderar handläggning av akuta tillstånd, vilket kräver tillgång till egna sängplatser. Det

är även mycket värdefullt, och ofta nödvändigt, att ha tillgång till flexibla slutenvårdsplatser för olika typer av utredningar, behandlingar och inte minst observation vid oklara försämringsepisoder. ÄVC kan t. ex. disponera vårdplatser på närliggande sjukhus respektive olika typer av kommunala vårdplatser (korttidsplatser, växelvårdsplatser, avlastningsplatser, rehabiliteringsplatser etc.). Hela verksamheten sammankopplas via ett samlat, problembaserat dokumentationssystem inriktat på analys av förlopp över tid.

Frågan blir då vilken betydelse det får om den geriatriska kompetensstrukturen utgöres av en

- a) klinik/sektion på sjukhus med en omfattande öppenvårdsverksamhet eller om den är organiserad som en
- b) ÄVC, dvs. en öppenvårdsverksamhet i närsjukvården med tillgång till adekvat antal egna slutenvårdplatser enligt ovan.

Dessa två alternativ har både fördelar (2, 4) och nackdelar (5). En viktig fördel med ÄVC-förslaget är att det troligen kommer att leda till en utveckling av geriatriken. Det finns en stark tendens både i Sverige och internationellt att hälso- och sjukvård så långt som möjligt bör bedrivas i öppna vårdformer. Vi kan inte räkna med att få beställningar för utvidgad öppen vård på sjukhus. Däremot finns en tilltagande medvetenhet om behovet av geriatrisk kompetens i närsjukvården/primärvården. ÄVC-modellen innebär att man kopplar ihop resurser i landstingens primärvård och kommunernas äldreomsorg med vårdplatser på sjukhus i en samlad organisation med samlad finansiering och professionell ledning.

De tre ST-läkarna misstänker att det finns en risk att ÄVC-frågan kan förstärka argumenten för att låta geriatrik bli en grenspecialitet till internmedicin och/eller allmänmedicin.

Socialstyrelsen har i två olika utredningar föreslagit att geriatrik bör bli grenspecialitet till internmedicin och denna fråga ligger sedan hösten 2004 hos regeringen för avgörande. Jag har svårt att tro att en seriös diskussion om hur vi kan utveckla lämpliga organisationsformer för multisjuka äldre skulle kunna vara till nackdel för geriatriken. Tvärtom, en vital utvecklingsverksamhet inom äldreområdet kan bidra till att locka unga, ambitiösa personer att intressera sig för geriatrik och tillägna sig geriatrisk kompetens.

De demografiska framtidsprognoserna innebär en oerhörd utmaning och vi måste därför så snabbt som möjligt inleda reformeringen av den svenska äldrevården. I detta arbete krävs ett proaktivt tänkesätt: Antalet geriatriska slutenvårdsplatser reducerades med drygt 85% (sic!) under perioden 1986–2002 (6). Närsjukvårdskonceptet utvecklas nu med stor kraft och kommer att leda till ökad andel öppen vård. Specialistbegreppet inom geriatriken har redan luckrats upp: sedan en följd av år anger nästan alla annonser om läkartjänster vid geriatriska kliniker/sektioner att man kräver specialistkompetens i geriatrik, allmänmedicin, internmedicin eller annan lämplig specialitet. Begreppet geriatrisk kompetens kan därmed inte bara vara förbehållen geriatriker – den måste även inkludera andra generalistorienterade specialiteter – det är onekligen mycket mer som förenar än som åtskiljer dem.

En central del i reformarbetet är att betydligt tydligare än nu definiera vad som avses med geriatrisk kompetens och hur man kan uppnå och utveckla sådan kompetens, både för läkare och andra vårdyrkesgrupper. En annan avgörande

fråga är att utforma en ändamålsenlig vårdorganisation för multisjuka äldre i olika faser av sina kroniska, fortskridande sjukdomar. Detta förutsätter att vi vänder på många stenar och slaktar en del heliga kor och betraktar vårdorganisationen som ett vetenskapligt forskningsområde likaväl som klinisk handläggning. Arbetet underlättas i hög grad av ett integrerat och kompetenssäkrat vårdtagarperspektiv över tid. ÄVC-förslaget i min bok utgår just från detta perspektiv.

Referenser

1. Nobel F, Salaj D, Wärmländer A. Debattinlägg – Äldrevårdscentraler. *Nordisk Geriatrik* 2005; nr 6, sid 44
2. Akner G, Jakobson S, Selander G, Tännjö T, Westerberg B, Westerholm B. Äldre måste särbehandlas för att få rättvis vård. *Dagens medicin* 2004; nr 41: 26
3. Akner G. Geriatrikens roll i sjukvården. *Nordisk Geriatrik* 2005; 1: 44
4. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. *Analys, handläggning och förslag om äldrevårdscentral*. Liber förlag 2004.
5. Steen B. Äldrevårdscentral – inte bara fördelar. Varför inte differentierad geriatrik för att värna sammanhållen disciplin? *Läkartidningen* 2005; 102: 729-30
6. Akner G. Behov av geriatrisk kompetens inom äldrevården. *Nordisk Geriatrik* 2005; nr 4: 48-9.

Gunnar Akner