

Geriatriken behöver skifta fokus – från sjukdom till person



GUNNAR AKNER, professor, institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet; ordförande, organisationskommittén för Berzeliussymposiet »Personalized geriatric medicine« akner.gunnar@gmail.com



YNGVE GUSTAFSON, professor, avdelningen för geriatrik, institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet

Stigande ålder är den starkaste riskfaktorn för att drabbas av sjukdomar och/eller skador, och därför är multisjuklighet särskilt vanligt förekommande hos äldre personer. Äldre personer med multipla, komplexa hälso- och sjukvårdspåverkan dominerar i såväl primärvården och sjukhusvården som den kommunala omsorgen [1].

Ett färskt konsensusdokument från USA framhåller att »... the best approaches to decision-making and clinical management of older adults with multimorbidity remain unclear« [2].

Detta innebär att det finns stora behov av behandlingsforskning inom geriatrik. Vårdsystemen i de flesta (alla?) länder är inriktade på handläggning av enskilda hälsoproblem och inte anpassade för äldre, multisjuka personer.

Den omfattande heterogeniteten bland äldre personer innebär att nuvarande fokus på olika grupper av äldre personer måste ändras till mer individuellt anpassad handläggning. Det är därför angeläget att skifta fokus från sjukdomar till personer: från »en sjukdom hos en person« till »en person med flera samtidiga sjukdomar och en individuellt unik fenotyp«. Personcentrerad geriatrik innebär således flerdomänshandläggning (multiple domain management) i stället för handläggning av enskilda sjukdomar (single disease management).

Den fortsatta utvecklingen av geriatrik och äldreomsorg måste anpassas till detta, och utvecklingsarbetet bör baseras på geriatriska principer. Det är därför viktigt att alltid fokusera på

- individens samlade hälsosituation

och hälsoresurser ur ett rehabiliterande perspektiv

- analys och vård av aktuella hälsodomaner genom ett teambaserat arbetssätt med målet att lindra symtom och förbättra eller bevara funktioner
- att förebygga och tidigt upptäcka hälsoproblem inkluderande komplikationer, t ex läkemedelsbiverkningar.

Vård- och omsorgssystemet måste också utformas för målstyrd, integrerad och koordinerad analys och handläggning av äldre multisjuka personer i olika faser av ohälsa: elektiv, subakut och akut fas.

Den medicinska journalen bör utformas som ett integrerat hälsoanalysystem inriktat på överblick över hälsosituationen och grafisk visualisering av hälsoutvecklingen över tid.

Läkare och andra vårdyrkesgrupper måste ha gedigen grundutbildning i geriatrik och kontinuerlig, strukturerad fortbildning i geriatrik.

Nationella riktlinjer och vårdprogram för avgränsade hälsoproblem och riskfaktorer kan vara farliga om de okritiskt tillämpas samtidigt hos äldre, multisjuka personer.

Användning av riktlinjer och vårdprogram för dessa personer kräver hög grad av individualisering [3].

Ekonomiska styrmedel, t ex prestationsbaserade ersättningar och ersättning via DRG-systemet (diagnosrelaterade grupper), leder till fragmenterad vård och bör inte användas för multisjuka, äldre personer [4, 5].

Randomiserade kliniska prövningar, som baseras på jämförelse mellan jämförbara grupper, är inte användbara hos äldre, multisjuka personer, eftersom grupperna alltid blir mycket heterogena [6]. Det är angeläget att utveckla mer individualiserad metodik för behandlingsforskning för äldre multisjuka personer, t ex enfallsstudier (single-subject study design; single-case research study design, SCRED) [7, 8]. Denna n=1-metodik gör det möjligt att bedriva klinisk forskning direkt i den vanliga kliniska verksamheten.

Dessa och många andra aspekter på analys och handläggning av äldre, multisjuka personer kommer att diskuteras

vid ett internationellt Berzeliussymposium med rubriken »Personalized geriatric medicine« i Stockholm 20–22 augusti 2014 [9].

Detta är den första internationella kongressen för geriatrik som arrangeras i Sverige. Världsledande internationella kliniker och forskare har bjudits in. Förhoppningen är att symposiet ska locka forskare och kliniker från olika medicinska specialiteter och vårdyrkesgrupper, ekonomer, beslutsfattare på olika nivåer och andra med intresse av att förbättra vården och omsorgen för äldre, multisjuka personer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ SAMMANFATTAT

Stigande ålder är den viktigaste riskfaktorn för sjukdomar och/eller skador.

Fokus måste förskjutas från »en sjukdom hos en person« till »en person med flera samtidiga sjukdomar och en individuellt unik fenotyp«.

Randomiserade kliniska prövningar lämpar sig dåligt för dessa ofta multisjuka patienter, eftersom studiegruppernas heterogenitet försvårar resultatutvärderingen.

Det finns stora behov av utveckling och förbättring av sjukvård och omsorg för äldre, multisjuka personer vad gäller bl a arbetssätt, teamsammansättning, medicinsk journal, organisation av vård och omsorg, nationella riktlinjer och vårdprogram samt styrning och behandlingsforskning.

REFERENSER

1. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition – multimorbidity. *JAMA*. 2012;308:238.
2. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:E1-25.
3. Boyd CM, Leff B, Wolff JL, et al. Informing clinical practice guideline development and implementation: prevalence of coexisting conditions among adults with coronary heart disease. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:797-805.
4. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD008451.
5. de Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:272-85.
6. Fortin M, Dionne J, Pinho G, et al. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med*. 2006;4:104-8.
7. Byiers BJ, Reichle J, Symons FJ. Single-subject experimental design for evidence-based practice. *Am J Speech Lang Pathol*. 2012;21:397-414.
8. Guyatt G, Sackett D, Adachi J, et al. A clinician's guide for conducting randomized trials in individual patients. *CMAJ*. 1988;139:497-503
9. Svenska Läkaresällskapet. Berzeliussymposium: Personalized geriatric medicine. <http://www.sls.se/Utbildning/Berzeliussymposier/geriatricmedicine>