

Replik

Replik

Kerstin Hulter-Åsberg och Lennarth Johansson har nyligen beskrivit sin syn på "god äldresjukvård" i en artikel i Nordisk Geriatrik (1). De avslutar artikeln med förslag till hur en "genomtänkt samordning av insatser" bör gå till för att uppnå målet "god äldresjukvård". Här föreslås att "kunskap om äldres sjukdomar, läkemedelsbehandling och funktionsförmåga måste spridas till alla yrkesgrupper och till alla specialiteter som kommer i kontakt med gamla människor" och att "gemensamma strategier vid försämringstillstånd behöver utvecklas i samarbete mellan sjukvården, socialtjänsten och patientorganisationerna". De konkluderar "Så kan den viktiga värdepisoden på medicinkliniken skapa bättre förutsättningar för bästa möjliga hälsa efter sjukhusvistelsen".

Många av deras förslag är bra och borde sedan länge vara rutin inom äldrevården. Dilemmat är bara att gå från "hur" till "vad": Krävs det någon särskild geriatrik kompetens för att handlägga äldre, multisjuka individer? Klarar man detta på medicinkliniken? Inom primvården? En allmänmedicinare på Vaxhoms vårdcentral har nyligen deklarerat att en husläkare mycket väl klarar av de äldres behov av vård: "Deras problematik är inte så specifik. Det gäller bara att ta på sig andra glasögon och se: Hur hjälper jag just den här patienten till ett så positivt liv som möjligt och en bra livskvalitet?" (2).

Jag förundras över att det verkar vara så lätt att glida förbi kraven på gedigen utbildning i geriatrik. Geriatrik är en generalistspecialitet för äldre personer, i första hand för äldre personer med multipla kliniska problem och multipla behandlingsprogram (multisjuka äldre). Handläggning av multisjuka äldre patienter tillhör det mest komplicerade man kan ägna sig åt inom klinisk medi-

cin: Utöver den rent kliniska problematiken är det ofta svårt att få anamnesuppgifter, ofta atypisk klinisk presentation, betydande inslag av psykosociala och etiska problem etc.

I Hulter-Åsberg och Johanssons artikel nämns ordet "geriatrik" endast två gånger; när de beskriver hur medelvårdtiden och antalet vårdplatser för äldre har reducerats under 1990-talet. Dock nämns ej "geriatrik" alls i samband med beskrivningen av hur vi kan arbeta för att uppnå målet om en "god äldresjukvård". Däremot nämns "medicinklinik". Mot denna bakgrund skulle jag vilja ställa några frågor till författarna och läsarna av Nordisk Geriatrik:

1. Kompetens

Antag att patienten är en 87-årig kvinna med en symptomlista om 14 aktuella problem (varav flera allvarliga funktionsnedsättningar), 12 olika formella diagnoser, 6 samtidiga behandlingsmetoder, där bara behandlingsmetoden "läkemedel" består av 10 olika kontinuerliga preparat (varav 5 enligt Fass kan ge biverkningar med symptom som stämmer med patientens symptomlista).

Behövs det någon särskild kompetens inom geriatrik för att handlägga denna problematik eller kan alla generalist-specialister klara detta? Bör man kräva formell utbildning i geriatrik för att handlägga dessa patienter?

2. Utbildning

På vilket sätt bör vidare- och fortbildning i geriatrik och kompetens vad det gäller diagnostik, behandling och uppföljning av äldre multisjuka patienter kvalitetssäkras inom allmänmedicin respektive internmedicin och andra specialiteter som handlägger äldre patienter? Vilken roll spelar geriatriken här? En hög kompetens

inom geriatrik uppstår enligt min mening inte automatiskt bara genom att arbeta med äldre patienter. Här krävs även systematiska studier och träning, såväl under vidareutbildning som under regelbunden fortbildning (3).

3. Organisation

Vilken är geriatrikens roll i svensk äldre(sjuk)vård/äldreomsorg avseende slutenvård (på sjukhus eller andra slutna vårdenheter), öppenvård (på sjukhus, vårdcentraler eller i bostad) respektive inom kommunal äldreomsorg? En färsk utredning visar att geriatriken i Sverige är en påtagligt heterogen verksamhet avseende termer/beteckningar, sjukvårdsstruktur, bemanning och vårdproduktion (4).

Dessa frågeställningar togs även upp vid "Geriatrikdag 2003" på Läkaresällskapet i Stockholm 8 oktober. Här diskuterade föreläsare från SFGG samt sju inbjudna gäster från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Äldrevårdsutredningen, Pensionärernas Riksorganisation samt Sveriges Pensionärsförbund huvudfrågan: "Geriatriken i Sverige: Hur ser den ut? Vad och vart vill vi?"

Referenser

1. Hulter Åsberg K, Johansson L. God äldresjukvård – före, under och efter sjukhusvård. Nordisk Geriatrik 2003; nr 1: 40-43.
2. Malmros M. Äldre får vård med turboeffekt. Sting 2003; nr 2: 4-6
3. Akner G. Geriatrikens roll måste stärkas i svensk äldrevård. Läkartidningen 2003; 100: 1737-8.
4. Akner G. Geriatriken i Sverige saknar en övergripande struktur. Läkartidningen 2002; 99: 3840-50.

Av Gunnar Akner, överläkare, med. dr.,
Styrelseordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG),
e-post: gunnar.akner@chello.se
Stockholm, Sverige.