

Äldre måste särbehandlas för att få rättvis vård

Äldrevården avser den samhällssektor som kanske mest av alla symboliserar det moderna välfärdssamhället. Trots detta har dagens äldrevård stora problem. Det skriver bland andra läkarna Gunnar Akner och Barbro Westerholm och pläderar för särskilda äldrevårdscentraler.

Är särbehandling av äldre uttryck för diskriminering, eller är det uttryck för ett legitimt beaktande av särskilda behov? Vi försvarar den senare ståndpunkten. Det huvudsakliga skälet till att samhället behöver ägna särskild uppmärksamhet åt just äldre personer och därmed bedriva "äldrepolitik" är att människor med åren får en påtagligt ökad risk att drabbas av sjukdomar och/eller skador. En betydande grupp äldre personer ackumulerar med åren en omfattande "multisjuklighet" med varierande grad av funktionsnedsättning med åtföljande behov av "multibehandling". Detta är ett faktum och att inte beakta det, i namn av normaliseringstänkande, är oacceptabelt. Det är möjligt att särbehandla äldre inom sjukvården utan att diskriminera. Ja, det är nödvändigt med särbehandling, om vi ska få ett rättvist bemötande av sjukvården.

Äldrevården (innefattande både äldre sjukvård och äldreomsorg) avser den samhällssektor som kanske mest av alla symboliserar det moderna välfärdssamhället. Trots detta har dagens äldrevård stora problem. En lång rad utredningar har påvisat en entydig bild – äldrevården lider av ett stort antal systemfel:

- Bristande överblick över patienternas samlade hälsoproblem.
- Bristande samband mellan akut och kronisk sjuklighet.
- Brist på strukturerad uppföljning av behandlingseffekter över tid.
- Äldrevården kvalitetssäkras på

sekundära utfallsfaktorer.

- Bristande överblick över patienternas samlade vårdkonsumtion.
- Uppdelning på två huvudmän, kommuner och landsting.
- Endast allmänmedicinare får enligt lag vara husläkare i primärvården (yrkesmonopol).
- Kommunerna får enligt lag inte anställa läkare.
- Fragmenterad journaldokumentation.
- Brist på vetenskapligt underlag för behandling av äldre (65+).
- Klinisk äldreforskning är i regel separerad från den vanliga äldrevården.
- Avsaknad av nationell strukturplan för geriatrik.
- Brist på utbildning i geriatrik för alla vårdyrkesgrupper.
- Oklara termer och begrepp.

Vart och ett av dessa systemfel är allvarligt nog, men tillsammans bildar de ett system som direkt motverkar sitt syfte – att ge äldre personer en kvalificerad äldrevård.

En utgångspunkt i förändringsarbetet kan vara att försöka ge tydliga kriterier på vad som är "god äldrevård". Ibland framställs god äldrevård i välmenande men till intet förpliktande ord som en verksamhet präglad av "trygghet", "tillit", "respekt", "tillgänglighet", "omsorg" och "snällhet".

Ett primärt mål med "god äldrevård" är enligt vår mening att verksamheten bedrivs på ett kvalificerat sätt utifrån "vetenskap och beprövad erfarenhet", där all personal har

adekvat utbildning i gerontologi och geriatrik (läran om normalt respektive sjukligt åldrande).

Vården av äldre involverar ofta ett mått av beslutande på patienternas vägnar. Det blir ibland nödvändigt att förutsätta patientens samtycke till olika åtgärder. Då är det särskilt viktigt att dessa åtgärder är noga utvärderade och att de håller en hög medicinsk standard.

Den äldre individens i många fall särskilda utsatthet innebär att det är av yttersta vikt att den äldre individens olika hälsoproblem kartläggs noggrant, att alla pågående behandlingsmetoder redovisas tydligt med ett preciserat syfte och att effekten av all behandling utvärderas kritiskt och systematiskt vid regelbundet återkommande tillfällen.

En lång rad utredningar har påvisat en entydig bild – äldrevården lider av ett stort antal systemfel

Allt detta måste givetvis ske i en vårdmiljö som är anpassad till behovet av längre tid för varje konsultation på grund av den vanliga förlängsamningen av tanke- och rörelseförmåga hos äldre personer samt till de psykosociala problem som ofta föreligger. En god och mjuk äldrevård står inte i motsats till, utan har som en nödvändig förutsättning, en genomtänkt vårdorganisation som arbetar evidensbaserat och söker svar på frågan: har vidtagna behandlingsåtgärder avsedd effekt?

Den rådande situationen inom äldrevården innebär flera etiska utmaningar:

- Kan någon försvara dagens äld-

revårdssystem som på ett så uppenbart sätt är osammanhängande och saknar en strukturerad kritisk granskning av effekter av olika vidtagna behandlingsåtgärder över tid?

- Kan vi acceptera att det vetenskapliga underlaget avseende behandlingsstudier är som sämst för äldre personer (65+) som får särskilt mycket behandling av olika slag?
- Får gemensamma resurser (subventionering) användas utan att man tillförsäkrar att de används så att de ger så god nytta som möjligt?

Sammantaget anser vi att det finns mycket starka skäl till en reformering av äldrevården. Följande tre grundbultar bör vara vägledande i denna process:

1. Geriatrisk kompetens: All personal som arbetar med äldre personer bör ha adekvat utbildning i geriatrik.
2. Journalen som analysinstrument: Ju fler samtidiga sjukdomar och/eller skador som föreligger hos en enskild äldre person, desto större krav ställs på en systematisk och integrerad klinisk analys. Till stöd för detta krävs en problembaserad journal där man enkelt och översiktligt kan grafiskt illustrera och följa förloppet av olika hälsoproblem över tid samt effekten av olika behandlingsåtgärder. På detta sätt kan journalen samtidigt användas för både reguljärt kliniskt arbete, klinisk forskning och verksamhetsutveckling. Detta innebär även mycket goda förutsättningar för undervisning av vårdtagare, närstående, vårdpersonal och studenter.
3. Anpassad vårdorganisation: Det primära i äldrevården är handläggningen av de enskilda äldre individernas hälsoproblem över tid.

Organisationen av äldrevården måste vara underordnad detta mål. Den ska ha som enda uppgift att optimalt understödja det primära målet.

En utmaning inför framtiden är att utforma en ny typ av äldrevårdsorganisation, en Äldrevårdscentral, ävc, i första hand avsedd för "multisjuka" äldre, men där även äldre med lägre grad av sjuklighet kan erbjudas att lista sig.

Syftet med en sådan Äldrevårdscentral skulle vara

- att flytta fokus i hela verksamheten från vårdgivare till vårdtagare.
- att flytta fokus inom geriatrik och äldrevård från slutenvård på sjukhus till öppen vård i primärvården (med adekvat tillgång till slutenvård).
- att fokusera på analys av förlopp av olika hälsoproblem över tid med kritisk analys av behandlingseffekter, såväl positiva (önskade) som utelivna och negativa (biverkningar).
- att betona den pedagogiska processen i hela verksamheten och så långt det är möjligt göra de äldre individerna delaktiga i och medan-

En utmaning inför framtiden är att utforma en ny typ av äldrevårdsorganisation

svariga för sin vård.

En avgörande faktor i reformarbetet, om det ska bli framgångsrikt, är att i mycket högre grad än nu koncentrera intresset till innehållet i vården. Politiska beslutsfattare måste vara beredda att respektera den djupa kunskap, som finns på området. Professionella vårdmedarbetare med utbildning i gerontologi och geriatrik måste tillåtas bli delaktiga i äldrevårdens organisation och konkreta utförande.

En äldrevårdsorganisation utformad enligt denna modell har enligt vår mening stora möjligheter att lösa många av de problem som föreligger inom dagens svenska äldrevård. Detta vore till gagn för dagens och morgondagens pensionärer och det skulle vara uttryck för en ansvarsfull hantering av de stora ekonomiska belopp som med nödvändighet måste satsas på denna angelägna uppgift.

Gunnar Akner, Sten Jakobson, Göran Selander, Torbjörn Tännsjö, Bengt Westerberg, Barbro Westerholm

Gunnar Akner är docent i geriatrik, överläkare, styrelseordförande i Svensk förening för geriatrik och gerontologi, överläkare äldrecentrum nordväst, Stockholms läns landsting.

Sten Jakobson är ordförande i Äldreforum (samarbetsorgan för PRO, SPF och SPRF) i Solna.

Göran Selander är överläkare, äldreforskning nordväst, Stockholms läns landsting.

Torbjörn Tännsjö är professor i praktisk filosofi vid Stockholms universitet.

Bengt Westerberg är ordförande i branschorganisationen Äldreomsorgsförbundet.

Barbro Westerholm är ordförande för Sveriges pensionärsförbund, SPF.

TA CHANSEN!

23 maj–26 juni 2005

Lär dig mer om Hälso- och sjukvård i Europa

Årets tema: "Patients safety"

Landstingsförbundet representerar Sverige i HOPE – The Standing Committee of the Hospitals of the European Union. HOPE verkar för ett utökat samarbete och erfarenhetsutbyte mellan sjukhusen i Europa och erbjuder genom sitt utbytesprogram – HOPE Exchange Programme – möjlighet till fyra veckors "praktiktjänstgöring" på ett sjukhus i något av EU-länderna.

Programmet vänder sig till administratörer, läkare, sjuksköterskor m fl med minst tre års erfaren-

het av ledningsuppgifter. 2005 års utbytesprogram pågår mellan den 23 maj och den 26 juni.

Sista anmälningsdag för att delta som värd eller deltagare i HOPE Exchange Programme 2005 är fredag den 12 november 2004.

Förutsättningarna för att delta är att man har **minst tre års erfarenhet av ledningsuppgifter** och att arbetsgivaren beviljar 1 månads tjänstledighet med bibehållen lön och för vårdsjukhus att bostad erbjuds.

Information och ansökningshandlingar kan fås av:

Sveriges koordinator *Camilla Bergström*

Landstingsförbundet, telefon 08-452 76 73, e-post: cam@lf.se

