



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

### Behov av geriatrisk kompetens inom äldre vården

Specialiteten geriatrik ser mycket olika ut inom olika landsting i Sverige. En utredning som publicerades 2002 (1) visade att geriatrik utgör en påtagligt heterogen verksamhet avseende bl. a. termer/beteckningar, sjukvårdsstruktur, bemanning och vårdproduktion. Rapporten konkluderade att:

***"det saknas en övergripande strukturplan för geriatrikens roll i svensk sjukvård där det finns ett nära samband mellan innehåll och dimensionering av specialistutbildningen i geriatrik och den praktiska utformningen av verksamheten".***

Orsaken till detta är att landstingens politiska beställarstyrelser - med begränsad medicinsk och obetydlig geriatrisk kompetens - beställer vård av äldre ad hoc, fr. a. slutet s.k. akutgeriatrik med liten eller ingen öppenvårdsverksamhet, varför merparten av patienterna skrivs ut för fortsatt uppföljning hos allmänmedicinare i primärvården.

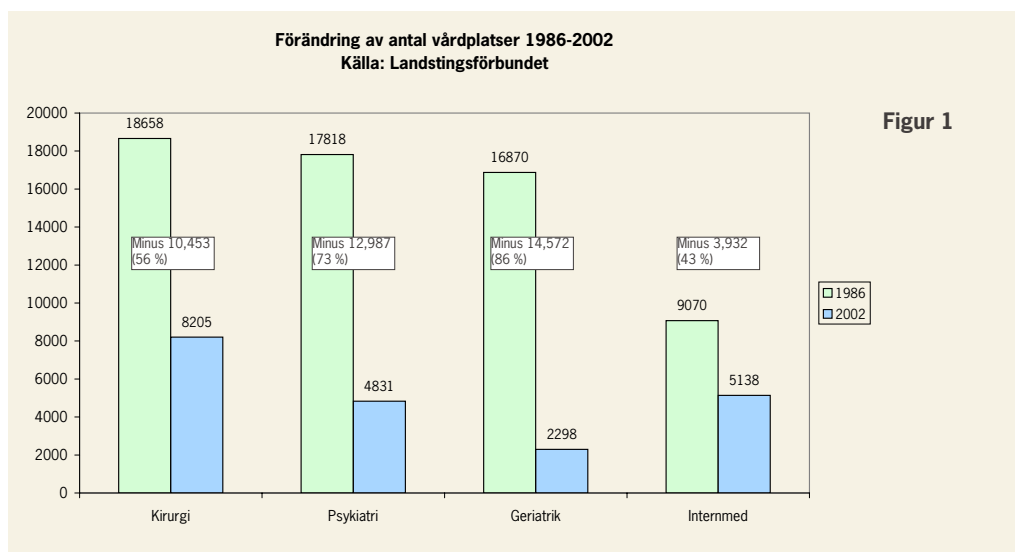
Detta har lett till att geriatriken sedan länge hamnat i försvarsställning i relationen till både beställare och andra, mer etablerade, specialiteters krav på vårdresurser. Det

finns inga tecken till att detta destruktiva vårdgivarperspektiv gagnar de äldre vårdtagarna.

Jag har sedan länge argumenterat för att istället betrakta äldre vården ur vårdtagarperspektivet och analysera vilken kompetens som krävs av läkare och andra vårdyrkesgrupper inom äldre vården. En central fråga är: Hur mycket specifik geriatrik-utbildning inklusive fortbildning behövs för att på ett kvalificerat sätt handlägga äldre personers hälsoproblem? Räcker det med att kunna det pensum som t. ex. undervisas inom allmän internmedicin och tillämpa detta på äldre patienter? Finns det något mervärde i att lära ut kunskaper i geriatrik, dvs att anpassa analys och handläggning av komplexa hälsoproblem till ålder med allt vad därtill hör av psykosociala problem och etiska dilemman på det sluttande planet?

Patienter med multisjuklighet och multibehandling med behov av multiprofessionella team finns inte alls bara inom äldre vården, utan förekommer i alla åldrar och inom många andra specialiteter och kan exemplifieras med

- cystisk fibros hos barn, där en specifik genotyp leder till en mycket heterogen fenotyp



- psykisk sjukdom med inslag av t.ex. asocialitet, missbruk och kriminalitet
- patienter med systemsjukdomar ("kollagenoser") inom reumatologin som ofta uppvisar komplexa organ- och system-manifestationer och omfattande multibehandling.

Alla dessa och många andra patientkategorier med komplex klinisk problematik kräver bred kompetens. Den omfattande mutisjuklighet och multibehandling som föreligger hos äldre personer i livets slutskede ställer dock särskilda krav på gedigen kompetens i geriatrik och utgör ett starkt argument för en integrerad äldre-vårdverksamhet inom både öppen och sluten vård. Av dessa skäl hävdar jag att utbildningen i geriatrik bör förstärkas kraftigt inom alla vårdutbildningar, inte minst för att möta den oerhörda demografiska utveckling som förestår. För 45-årsperioden 2004–2050 prognosticerar Statistiska centralbyrån nästan en fördubbling av antalet 80+ (480 000 – 890 000 personer).

I ovan nämnda utredning hävdade flera av landstingens kontaktpersoner för äldre att det inte behövs någon geriatrik – "det går lika bra" med allmänmedicin och internmedicin. Ett tydligt exempel på konsekvenserna av detta synsätt är massnedläggningen på geriatriska slutenvårdsplatser: I figuren här intill visas statistik från Landstingsförbundet sammanställd av Läkarförbundets utredningsavdelning. Under 16-års perioden 1986–2002 lade de svenska landstingen varje år ner nästan 1 000 (ett-tusen) slutenvårdsplatser i geriatrik; detta motsvarar en vårdplatsminskning med 86% på 16 år. Figuren visar att geriatrik (och psykiatri) har fått den i särklass största procentuella nedläggningen av slutenvårdsplatser.

Även idag lever ett antal geriatriska kliniker med ständiga hot om neddragning av vårdplatser eller omorganisation från klinik till sektion inom internmedicinsk klinik. En strid ström av rapporter från forskningsenheter, departement, myndigheter, kommuner och landsting etc. visar entydigt att problemen i den svenska hälso- och sjukvården är särskilt stora inom just geriatrik och psy-

kiatri. Min misstanke är att den omfattande resursneddragning som skett inom geriatriken är en viktig bidragande förklaring till den pågående krisen i äldrevården.

Ett sätt att dyrka upp de många lösningar som finns på detta område vore att: att ge nytänkande entreprenörer stor frihet att disponera vårdresurser i helt nya organisationsformer som integrerar hälso- och sjukvård för äldre över tid, oavsett om man ser patienten i akut, subakut eller elektivt skede. Dyliga centra kan med fördel även integreras med forskning, utveckling och utbildning (FoUU) och därmed få en viktig roll i den geriatriska utvecklingsprocessen.

Dessa och många andra frågeställningar kommer att belysas under årets geriatriska forum på Essinge konferenscenter i Stockholm 8–9 september, vg. se annons på annan plats i detta nummer av Nordisk Geriatrik. Vi avser att belysa äldrevården i ett brett perspektiv och hoppas på ett stort intresse och konstruktiv diskussion. Mycket välkomna!

#### Referens

1. Akner G. Geriatriken i Sverige saknar en övergripande struktur. Läkartidningen 2002; 99: 3840-50.



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