



<http://www.diva-portal.org>

This is the published version of a paper published in .

Citation for the original published paper (version of record):

Akner, G. (2016)

Vision för framtidens geriatrik.

Svensk Geriatrik, (4): 9-13

Access to the published version may require subscription.

N.B. When citing this work, cite the original published paper.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-66039>



Vision för framtidens geriatrik

Geriatrisk

Ordet ”geriatrik” används i tre olika betydelser:

- **Kunskapsområde:** Det finns många tjocka läroböcker i geriatrik, lika tjocka som i t ex internmedicin eller kirurgi. Det har tillkommit allt fler vetenskapliga tidskrifter inom geriatrik/gerontologi och enligt *Journal of Citation Reports* finns nu 49 olika listade medicinska tidskrifter med impactfaktorer inom detta område.
- **Medicinsk specialitet:** Sedan 2006 är geriatrik en basspecialitet i Sverige och utgör en av åtta basspecialiteter i gruppen ”Invärtesmedicinska sjukdomar”, men saknar grenspecialiteter. Den andra åldersspecialiteten, barn- och ungdomsmedicin, har fem formella grenspecialiteter.
- **Verksamhet i hälso-/sjukvården:** Det finns många olika vårdenheter med ordet ”geriatrik” i namnet, t ex geriatrika kliniker, geriatrika rehabiliteringskliniker, medicin-geriatrika klinker etc. Figur 1 visar antalet geriatrika vårdplatser i de 21 olika landstingen år 2013¹. Här framgår att för de 18 landsting som har geriatrika vårdenheter varierar antalet mellan 13 till 284 per 100 000 invånare över 65 år, dvs 22 gångers skillnad (!). Tre landsting saknar geriatrika vårdplatser.

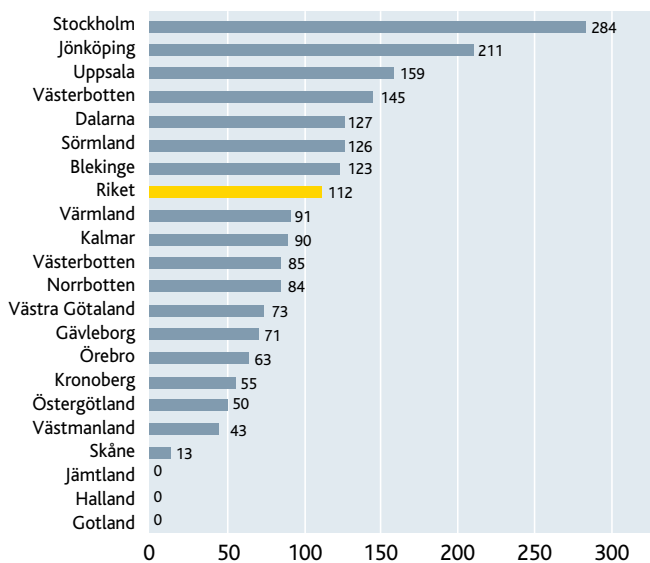
Ordet ”gerontologi” avser kunskaper om olika aspekter av det normala åldrandet, t ex biologiska, sociala, psykologiska och

existentiella. Kunskaper inom gerontologi avser *grupp nivå*, dvs uppgifter om medelvärden och spridning av många olika variabler och förhållanden. Sådana kunskaper har stor betydelse för överblick över äldre personer i befolkningen, för planering och organisation samt som bakgrundskunskap för vårdpersonal. Med hänsyn till den omfattande heterogeniteten i alla variabler har kunskaper om genomsnittligt åldrande dock liten betydelse för hälsohandläggning av enskilda äldre personer (*individ nivå*).

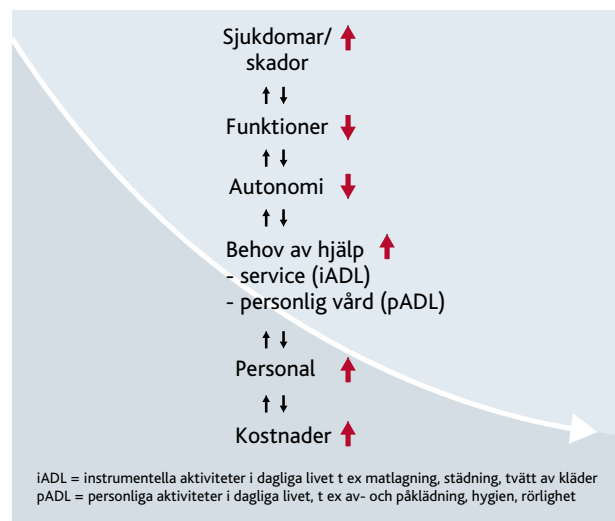
Åldrande – multisjuklighet

Åldrande är den i särklass viktigaste riskfaktorn för sjukdomar och skador och incidensen av flertalet kroniska sjukdomar och skador är starkt åldersrelaterad. Detta har lett till att multisjuklighet är det vanligaste hälsoproblemet i vårdssystemet i de flesta länder². Man kan uppskatta att personer 70 år och äldre motsvarar minst 70 procent av de inlagda patienterna på stora kliniker på sjukhus (internmedicin, kirurgi, infektion, neurologi etc), minst halva läkartiden i primärvården och hela den kommunala äldreomsorgen.

Sjukdomar och skador fungerar som motor för nedsättning av olika slags funktioner (fysiska, mentala, sinnesorgan, sociala funktioner, etc) och därmed till minskad autonomi, behov av behandling, vård och service och därigenom personal och kostnader, se figur 2.



Figur 1. Antal geriatrika vårdplatser per 100 000 invånare över 65 år varierar 22 gånger mellan de 18 landsting som har sådana vårdplatser.



Figur 2. Sjukdomar och skador driver en kaskad av växelverkande konsekvenser. En enskild persons åldrande uttrycks till stor del av vilka sjukdomar och skador denne drabbas av under livet och den samlade effekten leder till åldrandets ”sluttande plan”.

Vi har gott om väl utbildad personal och har aldrig tidigare haft fler läkare och sjuksköterskor.

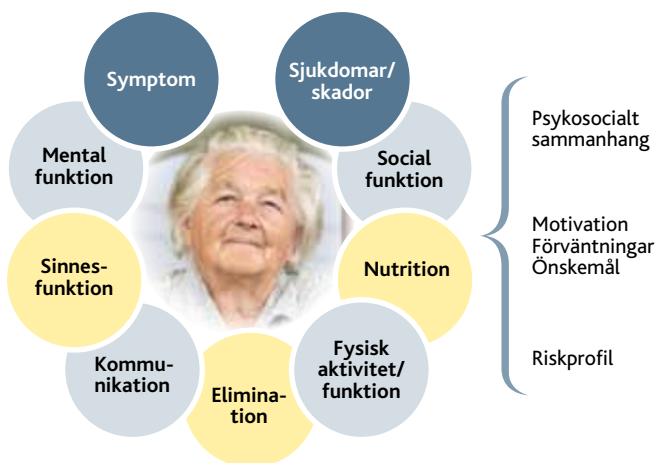
Statistiska centralbyråns befolkningsprognos visar att antalet personer 80 år och äldre förväntas öka kraftigt de kommande 45 åren³:

- 2014: 499 000
- 2030: 826 000 (ökning med 65 % jämfört med 2014)
- 2060: 1 210 000 (ökning med 142 % jämfört med 2014).

Om dessa ominösa prognoser besannas innebär det att dagens omfattande problem i äldrevården bara är en liten föraning av vad som kommer. Välfärdssystemet kommer att belastas enormt och det krävs en omfattande reformering av vårdsystemet för att vi ska kunna klara av dessa utmaningar. Ju förr vi inleder denna reformation, desto bättre.

Glädjande nog finns en rad faktorer som talar för att det bör gå att lösa problemen:

- Vi har gott om väl utbildad personal och har aldrig tidigare haft fler läkare och sjuksköterskor.
- Vi avsätter större ekonomiska resurser till hälso-/sjukvård än någonsin tidigare i vår historia.
- Många års missriktad ”styrning” av vårdsystemet för äldre personer har lett fram till omfattande effektivitetsförluster. De flesta är i princip enkla att åtgärda vid en reformation.



Figur 3. Exempel på hälsodomäner som kan ingå i en integrerad multidomänanalys hos en äldre, multisjuk person.

Vision för framtidens geriatrik

Vision för enskilda äldre personer

Vårdens vanligaste patienter utgörs sedan länge av äldre personer med multisjuklighet, multibehandling och multirisiker. De analyseras, bedöms, behandlas/vårdas och följs upp regelbundet över tid genom multidimensionell/multidomänbaserad metodik. Detta innebär kvalificerad handläggning med tydlig målstyrning av de hälsodomäner och risker som är aktuella hos en enskild äldre person, se figur 3. Detta integrerade arbetssätt genomsyrar hela vårdsystemet och är givetvis även till fördel för yngre personer.

Handläggningen utförs av generalistorienterade läkare i samarbete med andra vårddyrkesgrupper i små, samtränade team, där alla har geriatrisk kompetens och arbetar målstyrt utan dubbelarbete med fokus på öppna vårdformer. Hälsoanalysen görs utifrån två parallella perspektiv:

Dels de olika sjukdomarna/skadorna, baserat på bästa tillgängliga vetenskapliga evidens och beprövad (= systematiserad) erfarenhet, t ex uttryckt i form av riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram.

Dels utifrån personen som har dessa hälsoproblem, t ex utifrån personens levnadsförhållanden, symptomprofil, fysiska funktionsprofil, nutritionstillstånd, riskfaktorprofil etc. Figur 4 illustrerar hur dessa två perspektiv kan mötas i en matrisstruktur.

Båda perspektiven analyseras med den äldre personen i centrum med fokus på delaktighet i enlighet med dennes motivation, förväntningar och prognos. På basen av hälsoanalysen och en individuell bedömning upprättas en integrerad och koordinerad behandlings-/vårdplan för hur de olika hälsoproblemen bör handläggas över tid. Figur 5 illustrerar hur en sådan plan kan struktureras överskådligt, uppdelad på metoder och komponenter.

Hälsoproblemperspektiv	Personperspektiv				
	Symptom	Fysisk funktion	Nutrition	Läke-medel	Risikfaktorprofil
Kognitiv svikt					
Depression					
Coxartros					
Sömnpromblem					
Kronisk hjärtsvikt					
Angina pectoris					
Diabetes mellitus					
Hypertension					
KOL					
Balansproblem/fall					
Ofrivillig viktminskning					
Hörselnedsättning					

Figur 4. Hälsoanalys bör göras från två perspektiv – hälsoproblemperspektiv och personperspektiv.



Metoder	Läke- medel	Mat/ näring- ämnen	Fysisk aktivitet/ träning	Tekniska hjälp- medel	Service (instrumentell ADL)	Personlig vård (personlig ADL)
Kompo- nenter	X	X	X	X	X	X
	X	X		X	X	X
	X			X	X	

Figur 5. Exempel på struktur för en integrerad behandlings-/vårdplan uppdelad på 6 metoder och 14 komponenter.

Individualiseringen innebär ofta att man aktivt tagit ställning till att avstå från eller modifiera olika behandlings/vårdrekommendationer. Det finns en utbredd enighet i hela vårdsystemet om att det är mycket farligt att automatiskt/algoritmiskt följa riktlinjer och vårdprogram avsedda för avgränsade hälsoproblem när det föreligger multisjuklighet⁴.

Resultatet av hälsoanalysen och behandlings-/vårdplanen visualiseras i ett proaktivt, ”interaktivt hälsoanalyssystem”, inriktat på överblick och sammanhang av hälsosituationen, *dels* vid en viss tidpunkt (tvärsnitt), *dels* hur den utvecklas över tid (longitudinellt). Denna nya typ av journalföring har helt tagit över den gamla textbaserade, datumstyrda dagboksjournalen, där olika vårdyrkesgrupper skrev anteckningar oberoende av varandra med omfattande dubbelarbete. Den är snyggt designad och lockar till analys av olika hälsosamband och till löpande kritisk re-evaluering av grunden för tidigare ställda diagnoser och alla slags vidtagna behandlingsåtgärder. Hälsoanalyssystemet innebär att de äldre personerna är väl informerade om sitt hälsotillstånd och sin behandlings-/vårdplan, och kan enkelt ställa frågor till andra läkare och vårdyrkesgrupper (*second opinion*).

Vision för anhöriga

Liksom tidigare utför anhöriga ett stort och viktigt arbete med ”informell vård”. Om de äldre personerna så önskar är anhöriga välkomna att delta vid olika vårdmöten och konsultationer, vilket ofta är mycket värdefullt för att ytterligare belysa och contextualisera hälsosituationen, särskilt vid kognitiva funktionsnedsättningar. Detta har gjort att även anhörigas hälsoförståelse ökat och de har blivit mer delaktiga i bedömning och handläggning, vilket i sin tur har bidragit till förbättrad följsamhet till behandling/vård.

Anhöriga erbjuds att delta i regelbundet återkommande anhörigräffar, vilket ger stöd och hjälp att kunna och orka fortsätta med vårdarbetet.

Vision för utbildning

Det råder en bred enighet hos både utbildningsansvariga inom universitet/högskolor och de som ansvarar för utformningen av den praktiska vården om betydelsen av att alla vårdyrkesgrupper som arbetar med äldre personer måste ha en gedigen utbildning i geriatrik anpassad för respektive yrkesgrupp och det kommande teambaserade vårdarbetet. Fokus i utbildningarna i

geriatrik ligger på integrerat, multidomäninriktat hälsoarbete enligt DBU-modellen: Diagnostik – Behandling/vård – Uppföljning, av såväl etablerade hälsoproblem som riskfaktorer. Stor vikt läggs vid de äldre personernas fysiska och sociala aktivitet.

Här nedan anges en vision för utbildning av läkare, och den gäller i anpassade delar även för övriga vårdyrkesgrupper.

Grundutbildning: Kunskapsområdet geriatrik undervisas *dels* som en särskild kurs under två månader, *dels* som en ”strimma” under alla terminer. Studierektorn i geriatrik har utarbetat ett sammanhängande curriculum för geriatrik och ser till att olika undervisningsmål undervisas, tränas och examineras även ur geriatrisk synvinkel. Detta gör att alla läkare är väl förberedda att arbeta i ett vårdsystem som domineras av äldre personer med komplexa hälsoproblem.

Specialistutbildning: Läkarkåren är enig om att det är mycket mer som förenar än som skiljer läkare inom olika medicinska specialiteter (dvs en ”ekumenisk” syn på läkaryrket). De tre generalistspecialiteterna internmedicin, allmänmedicin och geriatrik (som 2016 omfattade drygt 9 000 läkare, dvs cirka var tredje yrkesverksam läkare) har utformat gemensamma mål och medel för undervisningen inom kunskapsområdet geriatrik. Den tidigare uppdelningen av de tre specialiteternas huvudinriktning baserad på patienternas hälsofaser (akut fas-internmedicin, subakut fas-geriatrik, elektiv fas-allmänmedicin) har ersatts av begreppet ”generalistverksamhet”⁵.

Fortbildning: Arbetsgivaren finansierar regelbunden, systematiskt utformad teoretisk och praktisk fortbildning i geriatrik för alla läkare som handlägger äldre personer. Detta inkluderar återkommande auskultering inom olika delar av vårdsystemet för att vidmakthålla och öka deras kliniska kompetens angående handläggning av äldre personers tillstånd i olika hälsofaser.

Vision för forskning och utveckling

Den tidigare stora bristen på klinisk forskning angående hälsoproblem hos äldre personer har ersatts av omfattande strategiska satsningar på bred klinisk forskning kring personer 75 år och äldre. Detta har lett till att den tidigare tendensen att klinisk forskning inriktades på avgränsade hälsoproblem, t ex stroke, demens och osteoporos/fraktur (”geriatric giants”), har kompletterats med en satsning på forskning kring multisjuklighet som ett eget problemområde. Flera viktiga faktorer har bidragit till förändringen:

- i) Forskningsarbetet bedrivs numera till stor del direkt i vårdverksamheterna, vilket ger hög relevans och förbättrad translation från forskning till vård.
- ii) Eftersom det inte finns några skäl att arbeta med ”utvecklingsarbete” med lägre metodologisk stringens än ”forskning”, har dessa begrepp blivit synonyma, vilket gör att resurser kan synkroniseras på ett bättre sätt än tidigare.
- iii) För att möta den omfattade heterogeniteten hos äldre, multisjuka personer, där medelvärderna hos olika grupper har allt mindre betydelse, har nya metoder för behandlingsforskning utvecklats. Den tidigare state-of-the-art-metoden ”kontrollerad klinisk prövning” (*randomized, controlled trial, RCT*) har kompletterats med behandlingsstudier av enskilda patienter som utgör sina egna kontroller över tid, t ex single-subject experimental design eller n=1-design⁶.

Det pågår en bred diskussion bland all vårdpersonal om vilka hälsoproblem och frågeställningar som bör beforskas. Större, integrerade FoU-projekt integreras med doktorandstudier, mastersprojekt, projektarbeten under olika vårdutbildningar, etc. Resultaten sammanställs överskådligt och pedagogiskt på internet och diskuteras vid regelbundna möten med personalen, andra företrädare för vårdgivare, pensionsorganisationer, osv.

Vision för styrning

Organisation:

Den tidigare kontraproduktiva och farliga uppdelningen mellan landsting och kommuner är borttagen, eftersom den skapade ständiga samordningsproblem som trots massiva, dyrbara försök under många år inte kunde lösas med organisatorisk ”samarcan”.

Samtidigt ändrades även den orimliga och onödiga uppdelningen mellan sjukhusvård och primärvård. Istället infördes professionellt styrda ”hälsovårdsorganisationer”, som handlägger de äldre personernas hälsa enligt DBU-modellen över tid, oberoende av i vilken hälsofas de befinner sig (se ovan) så att ovan nämnda kliniska hälsoarbete ska kunna genomföras så integrerat, smidigt och serviceminded som möjligt. Här ingår även hjälp med service (instrumentella aktiviteter i dagliga livet; i ADL) och personlig vård (personlig ADL; pADL). Detta innebär att tidigare hemtjänst och hemsjukvård nu ingår i hälsovårdsorganisationernas ansvar och att denna personal ingår i vårdteamen och ger dem en god förståelse för de äldre personernas hälsoproblem som grund för sitt arbete inom den integrerade och koordinerade behandlings-/vårdplanen.

Merparten av vården ges i öppna vårdformer på hälsocentraler, antingen lokala eller kopplade till sjukhus. Flera olika medicinska specialiteter har verksamhet på hälsocentralerna och de äldre personerna kan fritt välja vilken läkare de vill ha som sin ”fasta läkarkontakt”. Valet underlättas av att alla läkare har skyldighet att lägga ut sin CV på vårdcentralernas

externa hemsidor med information om utbildning och fortbildning i geriatrik, sin kliniska och eventuella akademiska erfarenhet samt inte minst sina personliga ambitioner. På vissa håll har det etablerats geriatriska centra och äldrevårdscentraler, som helt inriktas på äldre personer med komplexa hälsoproblem och som aktivt bidrar till att utveckla metoder och arbetssätt kopplat till FoU-arbete.

Om en patient har behov av vård på sjukhus deltar även patientens ”fasta läkarkontakt” i handläggningen i nära samarbete med specialiserade sjukhusläkare. Både inläggningar och utskrivningar sker i nära samarbete med hälsovårdsorganisationens läkare och team i samarbete med sjukhusläkare, vilket har lett till en mycket stor kvalitetsförbättring och ökad säkerhet. De tidigare vanligt förekommande problemen vid ”vårdövergångar” har därmed försvunnit.

En konsekvens av att vården nu ges av till stor del självstyrande hälsovårdsorganisationer är att det tidigare så vanliga dubbelarbetet, missförstånd, fel och patientskador minskat dramatiskt, vilket kraftigt ökat personalens känsla av sammanhang, mening och trivsel och har i hög grad underlättat rekrytering av vårdpersonal. Parallellt har även kostnaderna minskat drastiskt.

Genom ovanstående utveckling har den politiska rollen inom hälso-/sjukvården kunnat renodlas till a) Allokering av skattemedel till olika delar av vårdsektorn baserat på transparenta prioriteringar och b) Årlig efterhandskontroll av att hälsovårdsorganisationerna i stort sett följt prioriteringarna samt hållit budgeten.

Den nya vårdorganisationen är baserad på en hög grad av tillit från medborgarnas förtroendevalda politiker till de professionellt styrda hälsovårdsorganisationerna och vidmakthålls av löpande öppna diskussionsseminarier, där resultat från utredningar och forskningsprojekt redovisas.

Utredningsarbete:

Landstingen och kommunerna har slutat att själva eller via dyra konsultföretag utreda olika delar av hälso-/sjukvården. Istället uppdrar de åt universitet/högskolor att genomföra sådana utredningar, vilket inneburit ett avsevärt närmare samarbete mellan vårdens kunskapsförsörjning och den praktiska vårdverksamheten. Dessutom har kvaliteten på alla utredningar ökat avsevärt och ingår ofta i olika doktors- eller mastersavhandlingar, och håller nu alltid minst C-uppsatsnivå. Resultatet av olika utredningar integreras med ovan nämnda FoU-arbete.

Interventioner:

Det råder bred enighet om det självklara i att interventioner på gruppnivå ska vara lika noga underbyggda som på individnivå. Därför skickas alla förslag till interventioner och ”satsningar” inom äldrevården till Regional forskningsetisk kommitté för yttrande innan eventuella projekt inleds. Nya interventions-

projekt inleds i liten skala och integreras med ovan nämnda forskningsprojekt, där resultaten noga utvärderas innan eventuell utvidgning sker.

Journaler:

Det tidigare olämpliga och kostnadsdrivande systemet att landstingen utan tydliga kravspecifikationer "handlade upp" storskaliga journalsystem från fristående stora journalföretag har sedan länge avslutats. Istället samarbetar hälsovårdsorganisationerna i utvecklingen av ändamålsenliga journalsystem i nära samarbete med datorföretag. Detta har lett till att den tidigare omfattande, hårt reglerade och kritiserade "dokumentationen" av vårdarbetet har ersatts av "interaktiva hälsoanalysystem" inriktade på överblick och sammanhang via visualisering av hälsosamband och hälsoutveckling över tid. Detta har lett till att intresset för och kvaliteten på den sammanställda hälsoinformation kraftigt förbättrats och kunnat inriktas på hälsopedagogik och hälsoförståelse hos både vårdtagare och vårdgivare. Parallellt har nästan all sedan lång tid hårt kritiserad onödig "dubbeldokumentation" försvunnit, vilket frigjort mycket tid för vårdpersonalen till ökad kontakt och arbete med de äldre personerna.

Kvalitetsregister:

Det råder bred enighet om att registrering av kvalitetsindikatorer som samlas i kvalitetsregister kan vara en viktig metod för att förbättra vårdkvaliteten för avgränsade, tekniska åtgärder, t ex operation av höftfraktur, förträngda kranskärl i hjärtat och grå starr, men att avgränsade indikatorer kan innebära låg kvalitet om de tillämpas för personer med flera samtidiga hälsoproblem. Variabler i kvalitetsregister analyseras och re-evalueras löpande kritiskt inom hälsovårdsorganisationerna, och man registrerar bara indikatorer som i forskningsprojekt

Sverige har blivit ett *internationellt föredöme* för handläggning av äldre personer, både på individ- och gruppnivå ...

visats ha betydelse för användning vid utveckling och förbättring av vården. Bara sådana indikatorer redovisas i årligt återkommande publicerade "Öppna jämförelser". Genom att kvalitetsregistersystemet överförs till universitet och högskolor har både kvaliteten, relevansen och trovärdigheten förbättrats avsevärt och utgör nu en integrerad del i utbildningen av läkare och vårdpersonal.

Sammantaget är vårdssystemet för äldre personer nu mycket välfungerande. Kvaliteten på handläggningen av de enskilda äldre personerna över tid har förbättrats påtagligt, vilket lett till avsevärt bättre hälsopedagogisk förståelse, bättre följsamhet till de gemensamt överenskomna behandlings-/vårdplanerna, bättre behandlingsresultat, färre biverkningar till läkemedel och andra behandlingsmetoder och avsevärt färre vårdskador. Denna effektivisering av vården har medfört att stora personella och ekonomiska resurser har kunnat frigöras för att möta den kraftiga ökningen av personer 80 år och äldre.

Personalen trivs i de självstyrande hälsovårdsorganisationerna och de tidigare omfattande problemen med hög personalomsättning, brist på läkare i primärvården och brist på sjuksköterskor har helt försvunnit. Sverige har blivit ett internationellt föredöme för handläggning av äldre personer, både på individ- och gruppnivå, utifrån utgångspunkten att vårdsystemets huvudsakliga uppgift är att maximalt underlätta arbetet med de äldre patienternas hälsoproblem över tid. <<

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. 2013
Webadress: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/omhandertagande-av-aldre-som-inkommer-akut-till-sjukhus-med-fokus-pa-skora-aldre/>
2. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *J Am Med Assoc (JAMA)* 2012; 307: 2493-4.
Webadress: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083627/>
3. Statistiska Centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2015–2060: Tre miljoner fler bor i Sverige år 2060. Rapport 2015.
Webadress: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/389899/
4. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried L, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. *J Am Med Assoc (JAMA)* 2011; 294: 716-24
Webadress: http://medstopper.com/files/ClinicalPracticeGuidelines_Quality-Care-for-Older-Patients-with-Multiple-Comorbid-diseases.pdf
5. Akner G, Berglund J, Dehlin O, Montnémy P, Rundgren Å, von Zur-Mühlen B. Stort behov av ny generalistläkare – förslag till övergripande verksamhet. *Läkartidningen* 2008; 105: 551-2
Webadress: <http://ww2.lakartidningen.se/07engine.php?articleid=8846>
6. Akner G. Förslag om utveckling av forskningsmetodik kring nutritionsrelaterade problem vid komplex ohälsa (idealiserade behandlingsrutiner). Bilaga 5 till rapport 228 från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) "Kosttillägg till undernärda äldre", 2014.
Webadress: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/kosttillagg-for-undernarda-aldre/>