

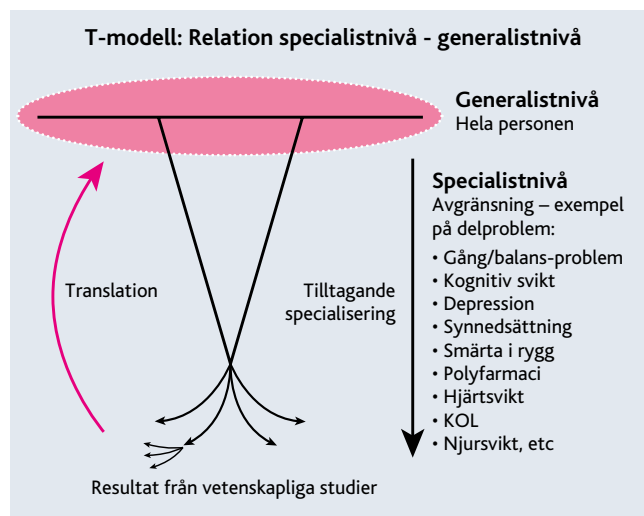
# Forskning och medicinskt ansvar vid multisjuklighet och komplexa hälsoproblem

**F**ORSKNING HAR EN INNEBOENDE TENDENS till avgränsning av frågeställningar, metodik och resultat-tolkning. I vetenskapliga studier används t ex ofta inklusions- och exklusionskriterier för att definiera en forskningspopulation och resultaten brukar redovisas som medelvärden med spridningar för olika grupper. Sådan forskningsmetodik blir alltmer olämplig ju mer heterogen en population är, vilket får särskilt stor betydelse inom generalistorienterade verksamheter som t ex geriatrik/äldreomsorg, allmänmedicin och internmedicin.

Dilemmat illustreras av figuren med T-modellen. Forskning sker typiskt genom tilltagande specialisering nedåt i figuren (specialistnivå), medan patienternas samlade hälsosituation illustreras av den horisontella axeln (generalistnivå). För att kunna användas i praktisk sjukvård måste resultat från vetenskapliga studier translateras tillbaka från specialistnivån till generalistnivån.

Inom specialiserade kliniska verksamheter som t ex hematologi eller njurmedicin ligger den vetenskapliga kunskapsnivån (artiklar, läroböcker) nära den kliniska verksamheten. Majoriteten av patienterna i sjukvården har dock flera samtidiga hälsoproblem, och då uppstår en osäkerhet om vetenskapliga kunskaper inom olika delområden är tillämpliga för patienterna i sin helhet. Detta kan illustreras med två 75-åriga kvinnor med samma grad av hjärtsvikt samt fyra andra (men olika) samtidiga kroniska sjukdomar: Den ena kvinnan har hjärtsvikt plus KOL, Parkinsons sjukdom, diabetes mellitus och utbredd artrit. Den andra kvinnan har hjärtsvikt plus reumatoid artrit, ulcerös kolit, psoriasis och undernäringstillstånd. Frågan är om hjärtsvikt kan betraktas som samma sjukdom med samma genomsnittliga behandlingsbarhet (potentiella reversibilitet), oavsett vilka andra sjukdomar som förekommer samtidigt? Detta problem blir exponentiellt större ju fler samtidiga hälsoproblem en person har. Till detta ska läggas att vetenskapliga studier av läkemedelsinteraktioner regelmässigt bara studerat två olika läkemedel i taget. Som jämförelse använder personer i åldersgruppen 75-79 år i Sverige i genomsnitt fem olika läkemedel.

Ovanstående innebär att man varken kan eller bör betrakta olika sjukdomar och skador hos en person som separata problem som kan hanteras oberoende av varandra. De utgör kommuniserande kärn som ger olika totaleffekter (unika kliniska fenotyper). För att kunna handlägga personer med flera samti-



diga hälsoproblem (generalistnivå) krävs därför en *horisontell integrering*. Patientsäkerhetslagen definierar 21 vårddyrkesgrupper med legitimation och att de enskilda legitimerade vårdgivarna har ansvar för hur de fullgör sina arbetsuppgifter inom sitt legitimationsområde. Det finns dock ingen reglering av horisontellt ansvar för patienternas samlade hälsosituation enligt DBU-modellen (Diagnostik–Behandling–Uppföljning).

Sammantaget leder detta till två viktiga slutsatser angående multisjuklighet/komplexa hälsoproblem:

- Patienter med multipla hälsoproblem måste beforskas som ett eget problemområde, som komplement till forskning på patienter med avgränsade hälsoproblem.
- Det måste finnas en ansvarig läkare som tar ett horisontellt, övergripande medicinskt ansvar att *integrera* och *koordinera* all diagnostik och behandling inklusive vård och omsorg, såväl den som ges av olika huvudmän eller vårdenheter, som den som ges av olika vårddyrkesgrupper, i nära samarbete med dessa. «

**Gunnar Akner**  
Professor och docent i geriatrik, läkare  
akner.gunnar@gmail.com  
www.gunnar-akner.se  
www.aknerblog.wordpress.com

