

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

Några reflexioner inför höstens "Geriatrikdag 2003" på Läkaresällskapet onsdagen 8 oktober.

Kunskapsläge

Har behandling med olika metoder, t.ex. läkemedel, fysisk träning, nutrition, hjälpmedel etc., lika bra effekt hos äldre som hos yngre? En färsk SBU-rapport, "Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget" (www.sbu.se), visar att det vetenskapliga underlaget för all slags behandling inom äldrevården (över 65 år) är mycket bristfälligt. För individer över 75 år finns endast sporadiska behandlingsstudier. Detta gör att behandling av äldre personer baseras på extrapolation av forskningsresultat hos yngre personer samt på beprövad erfarenhet.

Förbättringsmöjlighet: Det behövs en kraftig förstärkning av behandlingsforskning hos äldre personer. Tänk om EU-länderna gemensamt kunde samordna förslag till angelägna forskningsprojekt och svara för finansiering.

Organisation

Är organisationen av äldrevården evidensbaserad? Finns det studier som jämför olika typer av vårdorganisation och journalföring för att optimera förutsättningarna för kvalificerad, integrerad diagnostik, behandling och utvärdering (DBU-principen)? Mitt svar är – tyvärr nej. I själva verket är den svenska äldrevården organiserad så att den i hög grad motverkar en hög vårdkvalitet hos den enskilde patienten över tid. Det är nästan aldrig möjligt att i olika journalhandlingar följa förloppet av kroniska, ofta progredierande, sjukdomar och funktionsnedsättningar över tid, t.ex. lungfunktion, njurfunktion, ADL, depressionsskattningar etc. Informationen finns ofta i systemet, men är inte tillgänglig för analys vid samma tillfälle parallellt med andra variabler.

Förbättringsmöjlighet: Eftersom det ofta är fråga om multipla problem och multipla behandlingar ställer det särskilt stora krav på en särskilt anpassad organisation av äldrevården för att ge möjlighet till kvalificerade kritiska utvärderingar av förlopp och behandlingseffekter (positiva, negativa och uteblivna) i varje enskilt fall. En förutsättning för detta är att vi utvecklar en enhetlig, problemstyrd journal med fokus på grafisk illustration av förloppet av olika valfria variabler samt effekten av olika behandlingar över tid.

Utbildning

Hur är det med utbildningen i geriatrik – är den evidensbaserad och anpassad till behoven i den praktiska sjukvården för att ge en nära koppling mellan teori – praktik respektive forskning och reguljär klinisk drift? Tyvärr är mitt svar nej även här.

Läkarnas grundutbildning i geriatrik är endast 1–3 veckor lång och ligger ofta i slutet av utbildningen, strax före allmäntjänstgöringen. Denna korta utbildning motsvarar inte alls den kliniska verkligheten där läkare inom många olika specialiteter kommer att ägna betydande delar av sin arbetsdag åt komplext sjuka och skadade, äldre patienter. Motsvarande gäller i varierande grad för utbildning av andra yrkeskategorier inom äldrevården.

Förbättringsmöjlighet: Omfattningen av geriatrik inom läkarutbildningen och övriga vårdutbildningar bör öka kraftigt med fokusering på gerontologi samt integrerade bedömningar av multipla samtidiga problem och effekter av multipla behandlingar över tid. Med hänsyn till känd och prognosticerad demografi kunde gärna hela den sista terminen av läkarnas grundutbildning ägnas åt geriatrik – detta skulle även automatiskt innebära värdefull repetition av centrala delar av tidigare kurser, fast i ett integrerat sammanhang med betoning på analys av komplexa problem och komplexa behandlingsprogram hos äldre personer med beaktande av de sociala och etiska problem som ofta föreligger.

Vi tar upp dessa och andra problemställningar till diskussion på "Geriatrikdag 2003".



Gunnar Akner
överläkare, med dr
styrelseordförande i Svensk Förening för
Geriatrik och Gerontologi (SFGG)
e-post: gunnar.akner@chello.se
Hemsida: www.svls.se. Klicka på
"sektioner" följt av "g" för geriatrik.