

## Sex perspektiv på multisjuklighet och multibehandling hos äldre:

# Hur vet vi om viktiga behandlingsåtgärder är effektiva?

Hur kan vården av äldre multisjuka patienter förbättras? Den frågan diskuterar Gunnar Akner utifrån sex olika perspektiv: patientens, vårdgivarnas, landstingets, kommunens, statens och den medicinska fakultetens. Han anser att en mer rationellt organiserad sjukvårdsorganisation, inriktad på integrerad klinisk analys av multiproblem hos äldre, har stora möjligheter att optimera effekten av olika behandlingar, och undvika verkningslösa eller skadliga insatser.

### GUNNAR AKNER

överläkare, med dr, Äldreforskning Nord Väst (ÄNV), NordVästGeriatriken, Karolinska sjukhuset, Stockholm; styrelseordförande i Svensk förening för geriatrik och gerontologi, vetenskaplig sekreterare i Svensk förening för klinisk nutrition  
[gunnar.akner@chello.se](mailto:gunnar.akner@chello.se)

II Äldre personer drabbas ofta av flera olika samtidiga sjukdomar och skador (multiproblem), och ordineras därför flera samtidiga behandlingar (multibehandling). Det är ofta en grannliga uppgift att avgöra om olika behandlingsåtgärder har avsedd effekt, särskilt vad gäller långvariga (»kroniska«) behandlingar. För detta krävs en noggrann detaljanalys av de olika kliniska problemen mot bakgrund av den enskilda patientens specifika situation som rådde innan behandlingen inleddes.

### Sex olika perspektiv

Förutsättningarna för att svara vårdtagarna på den centrala frågan »Har det blivit bättre?« diskuterar här från sex olika perspektiv: vårdtagar-, vårdgivar-, landstings-, kommun-, stats- och fakultetsperspektiven. För varje perspektiv är det en fiktiv »talesman/taleskvinna« som uttalar sig om »perspektivets« bakgrund och frågeställningar.

#### 1. Vårdtagarperspektivet

*Patient:* Jag heter Maria Johansson och är en 87-årig ensamstående änka. Under det senaste året har jag sökt akutmottagningen på sjukhuset vid två tillfällen och i övrigt haft kontakt med olika läkare vid fem kliniker/enheter i min hemstad. Mina åtta olika läkemedel har ordinerats av fem olika läkare. Nyligen har jag varit inlagd 17 dagar vid en geriatrisk vårdavdelning. Den kliniska analysen under vårdtiden visade att jag har 16 olika ak-

tuella kliniska problem och behandlas med följande åtta samtidiga behandlings-/stödmeter:

- Läkemedel: Åtta olika läkemedel, totalt 18 tabletter per dygn
- Mat/nutrition: Energirik, konsistensanpassad kost samt flytande näringsdryck
- Träning: Sjukgymnastledd gång-/balanssträning två gånger per vecka
- Hjälpmedel: Fem olika typer av hjälpmedel: Glasögon, hörapparat, rollator, inkontinensskydd (blöjor) och färdtjänst
- Hemtjänst: Hjälp med städning och matlagning två gånger per vecka
- Sårvård: Omläggning av flera sår på fötterna två gånger per vecka via distriktsköterskan
- Mun-/tandvård: Justering av tandprotes samt behandling av svampinfektion i gommen
- Talträning: Talträning (efter stroke) via logoped en gång per vecka.

*Fråga:* Vart skall jag vända mig för att få mina olika problem bedömda samtidigt med ställningstagande till om alla de olika behandlingar jag ordinerats går ihop och har avsedd effekt? Min husläkare har korta mottagningstider om 20–30 minuter och är inte inriktad på äldre patienter med många samtidiga problem.

#### 2. Vårdgivarperspektivet

*Allmänmedicinare (husläkare) på patientens vårdcentral:* Under det senaste året har fem olika sjukhuskliniker tillsammans med vårdcentralen varit inblandade i handläggningen av patienten. Från landstingets öppenvård vid vårdcentralen (primärvården) och den kommunala äldrevården har tio olika yrkesgrupper med totalt 43 olika individer varit inblandade i behandlingsarbetet kring patienten under det senaste året. Efter-

som ingen klinik/enhet känt/tagit ett övergripande ansvar har följande frågor utkristalliserats efter ett särskilt seminarium kring patientens problematik och hennes frågor med deltagande av alla oss 43 inblandade personer.

*Fråga:* Hur skall vi som konkret ger patienten olika typer av behandling/vård kunna känna samhörighet och meningsfullhet när vi inte ser patientens samlade problematik och alltför ofta gör punktinsatser utifrån våra olika klinik- och yrkeskategoriperspektiv? Vi får sällan eller aldrig tillfälle att gemensamt diskutera igenom patientens situation tillsammans med patienten själv, utan är hänvisade till kortfattade skriftliga sammanfattningar. Många av oss tycker att vi gör ett bra jobb utifrån vår specifika klinik- eller yrkesroll, men vi undrar ofta hur den samlade nyttan ser ut från patientens horisont.

#### 3. Landstingsperspektivet

*Landstingspolitiker i kvinnans hemstad:* I takt med saneringen av landstingens finanser har vi i stort sett halverat antalet sjukhussängar i landet på 20 år och avskedat ett stort antal sjukvårdsbiträden och undersköterskor. Vi inser att denna ständiga fysiska brist på vårdplatser och vårdpersonal driver systemet till utmattningens gräns. Många av de inlägg-

*Har vi skapat ett system för läkarutbildningen och övriga vårdutbildningar som tydligt sätter fokus på vårdtagarperspektivet och tränar studenterna i integrerad klinisk analys av äldre patienters ofta multipla kliniska problem över tid?*

de patienterna på stora kliniker (medicin, geriatrik, kirurgi, infektion, ortopedi etc) upptas av äldre patienter med medelålder > 75 år. Vi har tvingats ta bort en mycket stor del av klinikansluten öppenvård, trots att denna var (och är) mycket uppskattad av de äldre patienterna och deras närstående, erbjuder en högt efterfrågad läkarkontinuitet och dessutom är en oöverträffad form av fortlöpande utbildning/fortbildning för läkare och övriga vårdyrkesgrupper.

Inom vårt landsting finns totalt 15 000 personer över 75 år, varav cirka 2 000 kan betecknas som »multisjuka«. Vi bävar inför tanken på att var och en av dessa multisjuka äldre individer under ett år, i likhet med fru Johansson, behandlas av tio olika yrkesgrupper och 43 olika individer. Det behövs knappast någon utredning för att klarlägga att denna mångfald vårdgivare medför avsevärda problem och i sig utgör ett hot mot vårdkvaliteten.

**Fråga:** Är det bra att vi landsting, som i praktiken har ett vårdmonopol, både beställer och utför sjukvårdsverksamhet i egen regi? Vore det bättre om vi abdikerade från producentrollen och istället ägnade oss åt övergripande prioriteringar och rambeställningar och i övrigt överlät på olika vårdproducenter att själva styra och utveckla verksamheten? Vi kunde ju ändå ha full kontroll på en mer pluralistiskt upplagd sjukvård genom avtal där sjukvårdsproducenterna fick i uppdrag att sammanställa strukturerade årsredovisningar med fokus på överblick, begriplighet, pedagogik och inte minst jämförbarhet mellan olika sjukvårdsenheter inom och mellan landstingen.

#### 4. Kommunperspektivet

**Kommunpolitiker i kvinnans hemstad:** Inom vår kommun finns 2 000 personer över 75 år, varav 300–400 kan betecknas som »multisjuka«. Hälso- och sjukvårdslagen ger oss både ett sjukvårdsansvar och ett forskningsansvar, men vi saknar en egentlig sjukvårdsorganisation och har betydande problem att rekrytera personal. Våra kommunala »särskilda äldreboenden« har numera ofta så svårt sjuka vårdtagare att de påminner om de tidigare långvårdsklinikerna, med den skillnaden att både bemanningen och sjukvårdskompetensen generellt sett är avsevärt lägre nu.

**Fråga:** Kan det, med hänsyn till de omfattande behandlingsprogram som flertalet vårdtagare inom kommunal äldrevård ordinerar (i likhet med fru Johansson), finnas skäl att ge läkare i uppdrag att, förutom stöd vid akuta incidenter, också genomföra regelbundna elektiva (icke-akuta) bedömningar, att sam-

*Hur vill »Maria, 87« ha sin vård?*

ordna och bedöma effekterna av vårdtagarnas integrerade behandlingsprogram över tid samt att medverka i planeringen av den kommunala äldrevården?

#### 5. Statsperspektivet

**Tjänsteman på Socialdepartementet:** Vi ville genom Ädelreformen få bort den gamla medikaliserande och i många fall ovärdiga långvården för de äldre multisjuka medborgarna och ersätta den med en socialt inriktad, modern äldrevård med betoning på den friska kärnan och funktionsperspektivet. Det var därför vi medverkade så kraftfullt till en delvis ny terminologi för att markera distans till den gamla långvården:

Landsting		Kommun
Patient	→	Boende
Sjuk	→	Frisk
Sjukdoms-mekanismer	→	Friskhets-mekanismer
Sjukvård	→	Hälsovård
Diagnos	→	Funktions-nedsättning
Medicin	→	Omsorg
Behandling	→	Funktions-stöd

I vår nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop 1999/2000:149) betonade vi kraftigt primärvårdsperspektivet och avsåg med detta principiellt kopplingen till den allmänmedicinska specialiteten.

**Fråga:** Borde vi tydligare diskutera äldrevården ur ett systemperspektiv och i samråd med flera av de generalist-

FOTO: PRESSENS BILD

specialiteter som är närmast berörda (allmänmedicin, geriatrik, internmedicin) försöka utveckla systemlösningar som bättre än nu tillgodoser de sjuka äldre medborgarnas problem?

#### 6. Fakultetsperspektivet

**Företrädare för den medicinska fakulteten i en universitetsort nära kvinnans hemstad:** Eftersom en så stor andel av patienterna inom både öppen och framför allt slutenvård är äldre behöver vi diskutera läkarutbildningens mål och kvalitet i ett äldreperspektiv och ge studenterna ett rimligt förhållningssätt till åldrandet som normalfysiologiskt skeende (gerontologi). Vi vet att det till stor del saknas behandlingsforskning som rör patienter över 75 år (i synnerhet vid multisjuklighet) och att olika behandlingsprogram för äldre ofta baseras på forskning avseende yngre individer. Det finns därför starka skäl till ökad behandlingsforskning hos äldre.

**Fråga:** Har vi skapat ett system för läkarutbildningen och övriga vårdutbildningar som tydligt sätter fokus på vårdtagarperspektivet och tränar studenterna i integrerad klinisk analys av äldre patienters ofta multipla kliniska problem över tid?

#### Sammanfattning

Det är angeläget att vården organiseras så att det blir möjligt för läkare och vårdpersonal att adekvat analysera och bedöma de äldre, ofta multisjuka, patienternas tillstånd, dokumentera det på ett översiktligt och begripligt sätt och kritiskt värdera effekten av olika insatta behandlingsåtgärder över tid inom en kontinuerlig analysprocess. Detta förutsätter bl a entydigt definierade termer och begrepp, kontinuitet i analys och bedömningar, tillräcklig kontakttid med patienterna, datorstödd informationshantering, integrerad och problemstyrd journaldokumentation samt tillgång till second opinion vid behov.

En mer rationellt organiserad sjukvårdsorganisation inriktad på integrerad klinisk analys av multiproblem hos äldre över tid har stora möjligheter att optimera effekten(-er) av olika behandlingar och undvika behandlingar som är verkningslösa eller kanske till och med skadliga för patienten. Hela verksamheten bör dessutom genomsyras av ett evidensbaserat förhållningssätt till äldrevården. Det är ett berättigat medborgerligt krav och därtill god patientetik att så långt som möjligt sträva efter att den behandling som ordinerar skall ha ett solitt stöd i vetenskapliga behandlingsstudier. •

\*  
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.