

I Kalmar utvecklas geriatriken genom konsultfunktion i närsjukvården

■ Med intresse har vi tagit del av reportaget i Läkartidningen 36/2002 (sidorna 3468-9): »Multisjuka äldre-äldre sätter medicinkliniker under hårt tryck« och »Framtidens vård av akut sjuka äldre kräver ny organisation«.

Socialstyrelsens inventering

Artiklarna grundar sig på en inventering som är gjord för Socialstyrelsens äldre- och sjukvårdsenhetsräkning. Denna inventering visar att patienter som var 80 år eller äldre utgjorde nästan 40 procent av alla inlagda patienter. Av dessa hade mer än 90 procent fler än en diagnos och 75 procent behandlades med fler än fem läkemedel. Nästan var tredje patient i åldersgruppen hade 10–19 läkemedel. 40 procent kunde inte förflytta sig utan hjälp, och var tredje var så glömsk att stöd behövdes för att fungera också i en välbekant miljö. Man konstaterade också att landets medicinkliniker, med korta vårdtider och avsmalnande subspecialisering, inte är organiserade för att ta hand om dessa patienter på ett optimalt sätt.

Varför har geriatrikliniker lagts ner?

Någon lösning på problemet ges inte i artiklarna, men insikten verkar finnas att samverkan behövs mellan slutenvården, primärvården och kommunerna för att kunna tillgodose behoven hos dessa multisjuka äldre, som många gånger är funktionsnedsatta både kroppsligt och kognitivt. 40 procent av akutplatserna upptas alltså av patienter som borde tas om hand inom geriatriken i samarbete med »organspecialister«, distriktsläkare, paramedicinare och biståndshandläggare. Hur har man tänkt när man lagt ner inte bara vårdplatser inom geriatriken utan hela kliniker?

Helhetssyn och teamarbete

I Kalmar läns landsting har vi också lagt ner geriatrika vårdplatser av »besparingsskäl« men vi har fortfarande två välfungerande kliniker kvar. Under år 2001 arbetade kollegerna på de geriatrika klinikerna länsövergripande med att definiera vad vi tyckte skulle vara geriatrikens innehåll och omfattning i vårt landsting.

Vi definierade bland andra den multisjuka äldre som en patient som vi ska finnas till för. Vår värdegrund är helhetssyn och vårt arbetssätt är teamarbete. Vårdplanering är en viktig del i vår vardag och vi tycker inte att vårdplanering tar tid; vår uppfattning är att vårdplanering sparar tid och vård dagar.

Vi är nu inne i ett intensivt arbete med att hitta nya lösningar inom ramen för den i Kalmar läns landsting nya vårdlogistiken närsjukvård. Basen i närsjukvården ska vara primärvården, men geriatriken har där en viktig roll när det gäller att på ett bra sätt kunna ta hand om våra äldsta medborgare när de behöver vård. Inom geriatriken finns redan ett utvecklat annorlunda arbetssätt och kompetens att ta hand om de allra sjukaste äldre. En helhetsvård för de multisjuka som innebär ett omhändertagande ur såväl medicinsk, omvårdnadsmässig och rehabiliteringssynpunkt.

Vi vill fortsätta att utveckla den geriatrika specialiteten genom geriatrik konsultfunktion i närsjukvården inklusive profilerade rådgivningsteam inom t ex Parkinsons sjukdom, demens, palliativ vård, osteoporos, stroke och sår- läkning. Vi vill få möjlighet att finnas till även för de äldre som bor i särskilt boende.

Slutvårdsplatser behövs som bas

För att klara rekrytering och fortbildning av oss geriatriker och övriga yrkeskategorier i teamet känner vi oss övertygade om att samlade slutenvårdsplatser behövs som en bas i verksamheten. Utifrån den statistik som redovisas inledningsvis i artikeln kan vi inte förstå varför det läggs ner geriatrika vårdplatser i landet.

Vad har SFGG (Svensk förening för geriatrik och gerontologi) för vision om geriatrikens roll i framtiden?

Karin Fransson

överläkare

KarinF@LTKALMAR.SE

Arne Sjöberg

verksamhetschef,

kliniken för geriatrik och rehabilitering

Länssjukhuset, Kalmar

Redaktionell kommentar

Ett första svar på artikelns avslutande fråga ges i Läkartidningen 39/2002 (sidorna 3840-50) där Gunnar Akner, styrelseordförande i Svensk förening för geriatrik och gerontologi, redovisar en studie av organisation, bemanning och vårdproduktion inom geriatriken. Se även Gunnar Akners debattartikel i detta nummer (sidorna 3972-3) där frågan ställs om vidtagna vårdåtgärder för äldre med multiproblem är tillräckliga.

Fler inlägg välkomnas.

red

Det är ju geriatrik som efterfrågas!

■ I nyhetsartiklarna »Multisjuka äldre-äldre sätter medicinkliniker under hårt tryck« och »Framtidens vård av akut sjuka äldre kräver ny organisation« (Läkartidningen 36/2002, sidorna 3468-9) framkommer att en stor andel av medicinklinikernas platser beläggs av äldre- äldre.

Positivt att äldres vård uppmärksammas

Det känns mycket positivt att de äldres situation inom vården uppmärksammas. Vi har under vår specialistutbildning till geriatriker erfarit att den akuta medicinska vården inte alla gånger fungerar optimalt för multisjuka äldre, och håller helt med om vikten av ett särskilt omhändertagande av denna patientgrupp.

Som förslag till lösning av det växande problemet föreslår Kerstin Hultér Åsberg och Jesper Persson ökade resurser, fler vårdplatser på medicinkliniker och en ny organisation. I artiklarna efterfrågas också en bred generalistkompetens hos dem som skall ta hand om dessa multisjuka äldre.

Varför nämndes inte geriatriken?

Vi blev uppriktigt förvånade över att geriatrik specialitet och organisation inte alls nämns i artiklarna. Geriatrik är just den specialitet som syftar till att handlägga de äldre multisjukas särskilda behov och medicinska problem.

En geriatrik handläggning baseras på helhetssyn med penetration av t ex boende, socialt nätverk, kontakt med kommun och primärvård, medicinskantering och ett multiprofessionellt omhändertagande, dvs det som efterfrågas i artiklarna.

Som Kerstin Hultér Åsberg påpekar kan inläggning på sjukhus för en äldre person innebära en viktig brytpunkt i livet. Just detta anser vi att vi utbildar oss för att kunna bemöta. Geriatriken har på senare år nedrustats i Sverige. Nu efterfrågas, som vi ser det, just geriatrik kompetens.

Varför föreslår uppbyggnad av en ny organisation när man istället kunde utgå ifrån befintliga resurser och kompetens hos geriatrika kolleger och kliniker?

Marit Karlsson

Anna Milberg

Katarina Nägga

ST-läkare i geriatrik och internmedicin,

Universitetssjukhuset i Linköping

Katarina.Naggga@lio.se