

»Nu märker vi problemen med ett halvt sjukhus«

Priset var personligt, men samtidigt var det lilla sjukhusets fördelar med små ytor och spontana kontakter en förutsättning för bra handledning.

Det säger Shirani Jayawardena, reumatolog och överläkare på medicinkliniken i Bollnäs som under läkarstämman i Göteborg fick ta emot Läkarförbundets utmärkelse som landets bästa handledare. I Bollnäs har hon arbetat i runt 20 år efter att ha fått en del av sin specialistutbildning på sjukhuset. Under

många år var intresset stort för att komma till Bollnäs för ST-tjänstgöring, men efter den senaste strukturförändringen har det svalnat.

– Jag förstår underläkarna med tanke på de neddragningar som görs. Utan kirurgi och ortopedi kan vi inte ge en heltäckande utbildning, även om jag tror att det positiva utbildningsklimatet inom invärtes medicin kommer att finnas kvar.

Hon tycker att Bollnäs nya beteckning som närsjukhus är missvisande. Specialistmottagningarna är kvar, men till den akuta kirurgiska vården har avstånden ökat.

– När resurserna krymper blir det en maktkamp. Ett mindre sjukhus har en röst som inte hörs lika tydligt. Då är det lätt att bli överkörd, säger hon.

– Jag tycker varken att man ordentligt tänkt på konsekvenserna av beslutet eller försökt se fördelarna med ett mindre sjukhus.

Den medicinska intensivvården finns kvar i Bollnäs. Men förlusten av kirurgisk akutvård får ändå stora återverkningar.

– Allt är så sammanflätat. På område efter område märker vi nu problemen med ett halvt sjukhus. Det är svårt att ge avancerad medicinsk vård utan kirurg eller stöd från andra specialiteter. Vi har svårt att ta emot akutpatienter med oklar sjukdomsbild och kan inte klara en bra, allsidig observation av en del patientkategorier, säger Shirani Jayawardena.

Fredrik Mårtensson

Fotnot: Priset som Årets handledare delades med Erik Nilsson, kirurg i Motala.

Brister i äldreomsorg ämne för hearing i riksdagen

Femton procent av alla inläggningar på sjukhus från 65 år och uppåt är relaterade till suboptimal läkemedelsbehandling, det vill säga risk för över- eller underbehandling.

Det hävdade överläkaren Gunnar Akner vid Äldreforskning Nordväst i Stockholm när han deltog i Socialdepartementets hearing inför slutspurten av arbetet med den parlamentariska äldreberedningen »Senior 2005«.

II Gunnar Akner, även ordförande för en SBU-rapport om äldre som blir klar under 2003, beskrev den suboptimala läkemedelsbehandlingen som ett formidabelt problem. Han förklarade bristen på motåtgärder med att sjukvårdssystemet inte är konstruerat för att kritiskt analysera effekterna av långvarig läkemedelsbehandling i icke-akut skede.

– Trots att äldreomsorgens patienter ofta har en multipel sjuklighet görs alltför sällan någon strukturerad sammanställning av hela den kliniska problematiken. Här bör grunderna för de olika bedömningarna anges för att ge förutsättning för kritisk utvärdering. Det skulle vara till nytta för såväl patienten som för de anhöriga och för vård- och omsorgspersonalen.

Brist på samlad strategi

Gunnar Akner efterlyste problembaserade i stället för deskriptiva sjukjournaler, evidensbaserade vårdprogram och sammanhållna äldreomsorgsenheter som konkluderar och utvärderar behandlingsprogrammen.

– Andra behandlingsmetoder än läkemedel bör också bli föremål för kritisk effektanalys, till exempel rullatorn. Den kan vara avgörande i ett akut skede, men det finns risk att äldrepatienten blir så beroende av sin rullator att delar av balansinnet i fortsättningen understimuleras.

Inför äldredelegationen uttryckte Gunnar Akner bekymmer över brist på samlad strategi i äldreomsorgens organisation. Antalet vårdplatser på geriatrisk klinik varierar tio gånger mellan landstingen, och fyra landsting hävdar att de inte behöver någon geriatrik alls.

– De tror att allmän- och invärtesmedicinen ska klara av det. Men analys, handläggning och uppföljning av multi-

sjuka äldre tillhör det mest komplicerade arbetet som finns i vården. Det krävs särskild utbildning och träning och datorbaserat analysstöd för att göra integrerade bedömningar, ett avgörande argument för att utveckla geriatriken i Sverige. De flesta patienter på sjukhus är ju äldre människor med många komplexa sjukdomsbilder, sade Gunnar Akner.

Kapitel om demens efterlystes

Anders Wimo, familjeläkare vid Bergsjö hälsocentral i Hälsingland, efterlyste ett särskilt kapitel om demens i äldreberedningen med motiveringen att antalet dementa ökar stadigt, från 133 000 år 2000 till beräknade 200 000 år 2020 när fyrtioåringarna har åldrats.

Det är dessutom en resurskrävande grupp som behöver både dyr sjukvård och en omfattande informell vård. Majoriteten anses också ha behov av särskilt boende, en kontroversiell fråga eftersom en del forskare menar att understimulansen i den avgränsade demensbostaden skyndar på sjukdomen.

– Självt har jag svårt att tro att en sjukdom där nervceller dör skulle påskyndas av det faktum att man byter bostad, förklarade Anders Wimo, men tillade att han visst tror att stimulans kan vara viktig för att bromsa demensförloppet.

Iréne Olsson
frilansjournalist

Fakta/Senior 2005

- »Senior 2005« är namnet på den parlamentariska beredning som har fått i uppdrag av regeringen att utveckla äldrepolitiken på lång sikt, från år 2005 och framåt.
- Beredningen ska bidra till att uppfylla de nationella äldrepolitiska mål som riksdagen beslutade om 1998, och som bland annat innebär att äldre människor ska ha tillgång till god vård och omsorg.
- Beredningens arbete ska redovisas för regeringen i höst.