

# Äldrekirurgin är diskriminerad

## Hälso- och sjukvården illa rustad möta gamla patienter



**BARBRO WESTERHOLM**, professor emerita, riksdagsledamot, tidigare ordförande Sveriges pensionärsförbund, Stockholm  
barbro.westerholm@riksdagen.se

Riksstämmesymposiet 2006 om kirurgi på gamla människor som sammanfattas i detta nummer av Läkartidningen var viktigt och dess slutsatser av stor betydelse såväl för dem som arbetar i vården som för ansvariga för utbildning, tillsyn, forskning och inte minst för politiker med ansvar för hälso- och sjukvård och utbildning.

Under 1900-talet lade vi ett kvarts sekel till vår medellivslängd.

Nu kan en nyfödd pojke räkna med att leva tills han blir 79 år och en nyfödd flicka tills hon är 83. Och det verkar som om vi fortsätter höja medellivslängden, även om det finns vissa signaler på stagnation.

De flesta vunna åren är friska år, men man kan urskilja två faser, en tidigare då vi har sk reparationsmedicinska behov som byte av knän, höfter, ögonlinser, kranskärl m m, och en senare då vi kan drabbas av demens och/eller multisjuklighet.

### Ökade krav på sjukvården

Medan befolkningen i stort sett inte kommer att öka fram till år 2050 så kommer andelen 65-åringar och äldre att öka med 55 procent, andelen 85-åringar och äldre att mer än fördubblas och gruppen 100-åringar och äldre att öka fyrfaldigt.

Det här kommer att ställa ökade krav på sjukvården och särskilt kirurgi och angränsande specialiteter. Det är en helt annan sak att operera en åldrad människa än en ungdom. Äldre är mer olika varandra, eftersom vi åldras individuellt. Dessutom har äldre oftare flera andra hälsoproblem som kan påverka operationsresultaten. Samtidigt är hälso- och sjukvården illa rustad att möta de äldre patienterna.

Geriatrisk kirurgi har låg status jämfört med barnkirurgin. Detta är att betrakta som ren och skär diskriminering

av äldre. Äldre har sällan ingått i prövningar av nya behandlingsmetoder och utvärdering av befintliga metoder, också det en form av åldrediskriminering.

### Forskning och utvärdering behövs

Vi behöver således forskning och utvärdering av de behandlingsmetoder som redan används och krav på evidens när det gäller behandling av äldre vid införandet av nya metoder.

Läkemedelsbehandlingen kräver särskild omsorg. Före ett kirurgiskt ingrepp måste man göra en genomgång av vilka läkemedel patienten behandlas med och en bedömning av hur medicineringsen kan påverka förloppet och vilka läkemedel som kan sättas ut.

### Ska vi alltid göra allt vi kan?

En viktig fråga i det här sammanhanget är: Ska vi alltid göra allt vi kan? Inom hälso- och sjukvården har man alltid strävat efter att bevara och förlänga liv. Inom den moderna medicinen har det, inte minst under 1900-talet, utvecklats behandlingar som

gör det möjligt för patienter som tidigare dog i diabetes, cancer, njursvikt, hjärtinfarkt m m att leva ett bra liv.

Respiratorbehandling, dialys och sondmatning är exempel på behandlingsmetoder som räddat livet på människor. Samtidigt ser vi att behandlingen inte alltid gagnar patienten utan tvärtom påverkar personens livskvalitet negativt.

### Autonomi lyfts fram i riktlinjer

Svenska Läkaresällskapet har formulerat riktlinjer för läkarnas handlande i livets slutskede, där vikten av människors självbestämmande lyfts fram.

Läkaresällskapets riktlinjer betonar att om en patient är beslutskapabel, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ ska patientens önskan respekteras att livsuppehållande behandling inte inleds eller att redan inledd behandling avslutas. Detta gäller även i situationer då patienten inte befinner sig i livets slutskede och där behandling medicinskt sett skulle kunna gagna patienten.



Frakturkirurgin på äldre ställer prioriteringsfrågan på sin spets. Förslaget om 1 dygns vårdgaranti för akutope- ration är välmotiverat.

Illustration: Du Cane Medical Imaging/SPL/IBL

För det krävs att läkaren tar sig tid att informera den äldre patienten på ett begripligt sätt. Om patienten inte är beslutskapabel kan tillgång till livstestamente/vårddirektiv vara till hjälp. Det finns ett utredningsförslag om ett sådant som sedan 2004 väntar på behandling i regeringskansliet.

### Humanitär och ekonomisk betydelse

En annan fråga gäller prioritering av patienterna. Den kunskap som finns i dag talar för att äldre människor inte ska vänta på frakturkirurgi. Förslaget om vårdgaranti på 24 timmar för akutope- ration för de geriatriska patienterna är välmotiverat.

Äldrekirurgin måste uppmärksammas på grund av sin omfattning och stora humanitära och ekonomiska betydelse.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### SAMMANFATTAT

**Andelen** 65-åringar och äldre kommer att öka med 55 procent fram till år 2050.

**Detta ställer** ökade krav på sjukvården, särskilt kirurgin. Operation av en äldre människa ger helt andra problem vad gäller t ex samsjuklighet och läkemedelsbehandling än då yngre opereras.

**Ökat fokus** krävs på äldrekirurgin och dess stora humanitära och ekonomiska betydelse.