

rade eller ärftliga lipidrubbingar står sig vår rekommendation, (20)–40 mg simvastatin, väl i ett risk-nyttaperspektiv. Vi håller med AGO att simvastatin 80 mg inte ska användas i onödan, men det gäller även andra statiner i hög dos.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnadseffektiv statinanvändning. *Läkartidningen*. 2009;106:1992-4.
- SEARCH Collaborative Group, Link E, Parish S, Armitage J, Bowman L, Heath S, Matsuda F, et al. SLCO1B1 variants and statin-induced myopathy – a genome-wide study. *N Engl J Med*. 2008;359:789-99.
- Expertgruppen för hjärt-kärlsjukdomar. Simvastatin för kardioprotektion hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. <http://www.janusinfo.se/imcms/10841>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Lipid modification. Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. NICE clinical guideline 67.
- de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al; A to Z investigators. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z Trial. *JAMA*. 2004;292:1307-16.
- LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005;352:1425-35.
- Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al; Incremental decrease in end points through aggressive lipid lowering (IDEAL) study group. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294:2437-45.
- Ray KK, Cannon CP, McCabe CH, Cairns R, Tonkin AM, Sacks FM, et al; PROVE IT-TIMI 22 Investigators. Early and late benefits of high-dose atorvastatin in patients with acute coronary syndromes: results from the PROVE IT-TIMI 22 trial. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:1405-10.

Geriatrikutervisningens omfattning:

# Om svårigheterna att jämföra äpplen med päron

Geriatrikutervisningen i Malmö/Lund omfattar långt mer än 14 timmar. Men det är svårt att se i ett ämnesintegrerat curriculum där kunskaper och färdigheter inhämtas på flertalet enskilda terminer.



Foto: Jan Lind

**S**verige har en åldrad befolkning, och det är de äldre som främst brukar vår hälso- och sjukvård. Detta gäller på (nästan) alla kliniker. Således krävs goda kunskaper och färdigheter i geriatrik hos läkarna inom (nästan) alla kliniska specialiteter. Där är vi helt eniga med Anne Ekdahl och hennes inlägg på LT Debatt med den ödesmättade och synbart övertygande rubriken »Geriatrikutervisningen klarar inte framtidens behov« (LT 37/2009, sidan 2260).

**Däremot är vi synnerligen undrande över hennes Tabell I, där hon jämför geriatrikutervisningens omfattning vid landets sex medicinska fakulteter, och där de exakta siffrorna ger sken av absoluta sanningar. För oss i Malmö/Lund förefaller situationen vara minst sagt prekär, där vi 2009 ligger isolerade i botten med endast 14 timmar geria-**

**ANDERS HÅKANSSON**

professor i allmänmedicin, terminsansvarig; medicinsk redaktör i *Läkartidningen* anders.hakansson@med.lu.se  
**ANN-CHRISTIN HAFFLING**  
 distriktsläkare, terminsansvarig  
**MARTIN STJERNQUIST**  
 professor i obstetrik och gynekologi, programdirektör; samtliga vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö och läkarprogrammet vid Lunds universitet

trik under den 5,5 år långa läkarutbildningen. Dessutom har undervisningen minskat med 5 timmar (26 procent!) sedan 2004. Detta att jämföra med Uppsalas nuvarande 120 timmar, en ökning med 79 timmar (255 procent!) under fem år. Kan det möjligen vara så att Anne Ekdahl jämför äpplen med päron och att Uppsalas extrema upprykning beror på att man under tiden genomfört en stor curriculumreform, som radikalt förändrat förutsättningarna för att rätt räkna geriatrikutimmar?

**Vid vår medicinska fakultet**

har vi ett ämnesintegrerat curriculum upplagt på terminsbasis. Således har betydelsen av de enskilda ämnena tonats ner till förmån för helheten, samtidigt som den enskilda termen blivit den minsta enheten för samordning och kunskapskontroll. Särskilda kurser i individuella ämnen/specialiteter förekommer inte. Detta gör det svårt, och ibland helt omöjligt, att räkna ut exakt hur många undervisningstimmar ett enskilt ämne har, särskilt ett sådant som geriatrik, där kunskaperna och färdigheterna inhämtas på flertalet enskilda terminer. Vi skulle bli förvånade, om man inte haft liknande svårigheter när man räknat timmar vid övriga fakulteter.

Under den avslutande terminen är den kliniska under-

visningen i Malmö/Lund samordnad under beteckningen »Individ och samhälle«, och där finns inslag av främst allmänmedicin, men även av rättsmedicin, arbets- och miljömedicin, geriatrik samt ledarskap/organisation.

**Vad vi kan förstå** är den i Tabell I angivna siffran 14 timmar för 2009 lika med endast den undervisning i geriatrik som under denna termin ges av enbart geriatriker. Men därutöver tas geriatriska aspekter upp i flertalet av de falldiskussioner enligt case-metodik, där studerandegrupperna under sex halv dagar leds av allmänmedicinare. Och under den fyra veckor långa primärvårdspraktiken ingår, förutom möten på mottagningen med åtskilliga äldre med brett sjukdomsspanorama, även obligatoriska hembesök i de äldres hem och på särskilda boenden.

Dessutom ingår i handledarnas checklista att kontrollera de studerandes förmåga att handlägga vanliga sjukdomstillstånd hos äldre. För allmänmedicinare är kunskaper och färdigheter i geriatrik ständigt aktuella, vilket är en grundförutsättning för att arbetet på vårdcentralerna ska fungera. Vi menar att även allmänmedicinare med framgång kan undervisa de studerande i geriatrik.

**Under övriga kliniska** terminer, som vi i vårt nya curriculum helt enkelt benämner »Klinisk medicin 1–4«, före-

kommer naturligtvis många geriatriska inslag, när andra specialister undervisar om olika folksjukdomar som främst drabbar äldre, exempelvis hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, stroke, höftfrakturer och demens. Vi är övertygade om att kardiologer, lungläkare, neurologer, ortopedier och psykiatrer då på ett självklart sätt tar upp relevanta geriatriska aspekter, men att det samtidigt knappast är möjligt att avgöra hur många undervisningstimmar som ska tillgodoräknas den ena eller andra specialiteten.

**Vi vet genom personliga kontakter, genom artiklar i Läkartidningen och genom Högskoleverkets utvärderingar, att läkarutbildningens uppläggning varierar stort mellan landets sex medicinska fakulteter och att curriculum dessutom under senare år förändrats radikalt vid nästan alla fakulteter.**

För att om möjligt kunna avgöra viken upplägg som är det bästa, och som ger »de bästa läkarna«, är det naturligtvis viktigt med jämförande studier. Men dessa måste göras med god vetenskaplig metodik, så att det som jämförs verkligen är jämförbart. Först då kan vi lära av varandra och föra utvecklingen framåt.

**Sammanfattningsvis är vi som företrädare för läkarprogrammet vid Lunds universitet inte på långa vägar lika oroliga för framtiden som ordföranden i Svensk geriatrisk förening, och vi ser med tillförsikt fram emot att på ålderns höst bli behandlade av läkare utbildade vid vår fakultet. Under tiden strävar också vi efter att ytterligare förbättra undervisningen i geriatrik (liksom i alla andra ämnen), och vi är övertygade om att olika specialister på flertalet terminer måste fortsätta att ge sina bidrag till de studerandes sammanlagda kunskaper och färdigheter, också i ämnet geriatrik.**

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

**REPLIK:**

## Geriatrikutervisningens omfattning – avgörande för framtidens sjukvård

■ Repliken från Anders Håkansson, Ann-Christin Haffling och Martin Stjernquist speglar en alltför utbredd missuppfattning, nämligen att geriatrisk kompetens innehas av var och en som arbetar mycket med äldre patienter.

**Det är ett otvetydigt faktum att det framförallt är äldre som brukar hälso- och sjukvård, och likaså är det ett faktum att samtidig sjuklighet i flera organsystem ökar dramatiskt hos patientgruppen 80 år och äldre. Den geriatriska kompetensen innefattar kunskap om äldre patienters speciella förutsättningar beträffande utredning och behandling med en grundläggande gedigen kunskap om både det normala åldrandet och multisjuklighet. Därutöver är geriatrik är en av få specialiteter där kompetensen medför situationsorienterad vård med fokus på hela människan i stället för som vanligtvis organorienterad. Detta medför ett utpräglat tvärprofessionellt arbetssätt med fokus på varje individs optimala funktionsnivå fysiskt, psykiskt och socialt.**

**Ett visst mått av självvranskan manar deras replik dock till. Kanske har vi inom geriatrisk verksamhet inte varit tydliga nog med att beskriva kompetensområdet geriatrik, vilket vi beklagar. Därför vill vi förmedla denna översiktliga sammanställning av vad kompetensområdet geriatrik innefattar:**

- Kunskap om det normala åldrandet med de aspekter det innebär för medicinsk utredning och behandling
- Medicinsk utredning och behandling vid flera samtidiga, svåra och ofta kronis-

**»Vi anser att det är av största vikt att ämnesområdet geriatrik lärs ut av den som innehar geriatrisk specialistkompetens.«**

ka sjukdomar (multisjuklighet)

- Rehabilitering med situations- och individbaserad utgångspunkt
- Ämnesområdet kognitiva sjukdomar
- Medicinsk kompetens för vård i livets slutskede.

Håkansson och medförfattarna skriver vidare att »... kardiologer, lungläkare, neurologer, ortopedier och psykiatrer på ett självklart sätt tar upp relevanta geriatriska aspekter ...«. Det finns studier som visar att geriatrickerbaserad vård mera effektivt tar hand om akuta geriatriska patienter än internmedicin gör [1, 2] och att geriatrickerbaserad vård mera effektivt och med färre komplikationer tar hand om vården av geriatriska patienter efter höftoperation än vanlig ortopedisk vård [3]. Detta visar tydligt att behovet av den geriatriska kompetensen är nödvändig för rätt målgrupp, nämligen den geriatriska patienten.

**Vi anser inte heller att t ex allmänläkare eller distriktsköterskor ska undervisa i gynekologi eller pediatrik, även om man bedriver både barnhälsovård och mödrhälsovård framgångsrikt. Vi menar att detta i förlängningen skulle minska den ämnesspecifika kunskapen och urholka och försämra den specialistsjukvård vi har i dag, vilket även resultaten från studierna ovan visar.**

**Tabell I i artikeln** i LT 37/2009 är baserad på data från ämnesansvariga i geriatrik vid respektive lärosäte. Utifrån resonemanget ovan anser vi inte att det nödvändigtvis är att jämföra äpplen med päron eftersom det vi vill peka på är just hur den ämnesspecifika utbildningen i geriatrik varierar mellan lärosätena.

Vi anser alltså att det är av största vikt att ämnesområdet geriatrik lärs ut av den som innehar geriatrisk specialistkompetens. Att vara den som lär ut ställer höga krav på genuin kunskap i ämnet. Vi ser därför fram emot en ökad uppmärksamhet i frågan, och vi deltar gärna i debatten!

**Anne Ekdahl**  
ordförande  
anne.ekdahl@lio.se

**Arne Sjöberg**  
vice ordförande

**Peter Nordström**  
vetenskaplig sekreterare

**Dag Salaj**  
pressekreterare; samtliga i Svensk geriatrisk förening

**REFERENSER**

1. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48:1381-8.
2. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b50.
3. Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, Englund U, Borssén B, Svensson O, et al. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporos Int.* 2007;18:167-75.