

Bättre vård för multisjuka äldre:

Hur klarar vi rekryteringen av dem som ska göra jobbet?

Vården och undervisningen rörande äldre patienter handlar inte om geriatrik eller internmedicin utan om geriatrik *och* internmedicin. Vi kommer aldrig att klara det framtida rekryteringsbehovet om inte dessa båda kompetenser samverkar.

Läkartidningen 40/2009 (sidan 2512) presenterar glädjande nog företrädare för internmedicin, allmänmedicin och geriatrik ett gemensamt policydokument som förmedlar ett nytt synsätt rörande vården av multisjuka äldre: situationsbaserat arbetsätt. Med detta menas att varhelst i vårdkedjan ett behov uppstår ska detta mötas med att man fokuserar på patientens behov ur ett helhetsperspektiv i stället för, som nu oftast är fallet, på diagnoser och tillstånd. Detta senare synsätt, inklusive slaviskt tillämpande av vårdprogram, lämpar sig ofta inte för multisjuka äldre och riskerar att leda till onödig vårdkonsumtion och i värsta fall negativa effekter av insatt behandling. Det är lätt att instämma med författarna i de slutsatser som framgår ur policydokumentet.

Men en viktig fråga återstår: Hur klarar vi rekrytering av läkare och annan vårdpersonal för att möta detta behov?



LARS STAVENOW
docent, överläkare,
verksamhetschef,
Akutcentrum, Univer-
sitetssjukhuset MAS,
Malmö

Lars.E.Stavenow@skane.se

Undertecknad (internmedicinare) har erfarenhet av vården kring multisjuka som projektledare för NISSE-projektet i Malmö, och jag beskriver därför problemet ur ett sjukhusperspektiv.

På större sjukhus används en betydande del av vårdplatserna för multisjuka äldre; på mindre sjukhus dominerar denna patientgrupp. Traditionellt är vården organiserad utifrån medicinska specialiteter, och ju större sjukhus, desto lättare riskerar multisjuka äldre att »falla mellan stolarna«. De har blivit över när specialistheterna renodlat sina uppdrag. På många ställen har internmedicin tagit på sig ansvaret för denna patientgrupp, på andra ställen är det geriatrik. Många multisjuka ligger på ortopediklinik med bruten höft men utan adekvat geriatriskt eller internmedicinskt stöd. En positiv rekrytering av medarbetare förutsätter ett förändrat synsätt. Här finns ett stort behov av att vi med olika medel hjälps åt att höja statusen på vården av de multisjuka.

Det är viktigt att inte fastna i diskussioner om huruvida geriatrik eller andra specialiteter, främst internmedi-

cin, är mest lämpade att sköta vården och undervisningen rörande äldre patienter (LT 40/2009, sidorna 2551-2).

För mig handlar det inte om geriatrik eller internmedicin utan om geriatrik *och* internmedicin. Vi kommer aldrig att klara det framtida rekryteringsbehovet om inte dessa båda kompetenser samverkar. Geriatriker är i dag en bristvara, åtminstone i stora delar av landet. Internmedicinare finns det bättre tillgång till, men de flesta väljer att fokusera på sin grenspecialitet eftersom incitamenten att satsa på generalistverksamhet är för svaga.

Jag tror inte att separata geriatriska kliniker är lösningen, men däremot är jag övertygad om vikten av geriatrisk kompetens. För mig är det viktigt att internmedicin och geriatrik samarbetar inom de olika organisatoriska strukturer som finns i dag och anpassar sig till olika lokala förutsättningar.

Dagens akutmottagningar är inte optimalt rustade för de äldres behov, och inte minst därför måste såväl geriatriker som internmedicinska generalister vara delaktiga även i akutverksamheten. Självfallet ska patientgruppen så ofta som möjligt få snabbspår för direktinläggning på vårdavdelning, men det kommer att ta tid innan detta system är fullt utvecklat.

I Malmö har vi därför provat en modell med ett när-sjukvårdsteam på akutmottagningen, bestående av kompetens från kommunen, primärvården, paramedicinare

och en specialutbildad äldre-sköterska, för att bättre kunna möta de äldres speciella behov.

I praktiken måste generaliststatusen höjas, inte minst inom internmedicin. Lönekriterier bör ses över på ett sätt som gynnar rekryteringen. Det måste bli lika attraktivt att vidareutveckla sig på bredden som på djupet. Det är viktigt att detta beaktas redan vid tillsättningen av ST-tjänster. Varför inte verka för ST-tjänster som ger kompetens såväl inom allmänmedicin som internmedicin eller inom geriatrik och internmedicin? Vi har tillsatt två tjänster i Malmö med den förra inriktningen. Självfallet måste också generaliststatusen stärkas inom läkarutbildningen. Jag tror att vi får bäst effekt om geriatrik, internmedicin och allmänmedicin *tillsammans* verkar för att undervisningen kring multisjuka äldres speciella behov på ett tydligare sätt lyfts fram än vad som i dag är fallet.

Jag ser därför, som företrädare för internmedicin, positivt på ett ökat samarbete med geriatriken, men inte utifrån separata klinikbildningar och verksamhetsområden. Den geriatriska kompetensen kommer gruppen multisjuka bättre till godo genom att verka inom de olika vårdprocesser som riktar sig mot den aktuella patientgruppen, och sådana vårdprocesser finns inom olika delar av sjukvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*