

skap och information bidrar till att patienterna hanteras mer enhetligt. I samarbete med sjukhusspecialisterna utvecklas mallar för symtom- och sjukdomsspecifika remisser. Exempelvis får allmänläkaren förslag till innehåll i remiss för en patient med reumatoid artrit i artikeln om reumatoid artrit. Klara instruktioner om vilken uppföljning patienten bör ha efter utskrivning från sjukhus ingår också. NEL är inte tvingande. Det ges inte råd om vad man ska utan vad man kan göra. Inom många medicinska områden råder oenighet om vad som är korrekt diagnostik eller behandling. NEL:s uppgift är då att förmedla de skilda uppfattningarna om vad som kan göras. Till syvende och sist är det klinikern som måste ta beslutet.

**I Danmark ledde** starkt intresse för NEL bland allmänläkare till att det 2008 slöts ett avtal mellan NHI och Danske Regioner om att leverera NEL till Danmark. En dansk redaktion är nu etablerad, vars uppgift till att börja med är att översätta och anpassa artiklarna till danska förhållanden. Ett nära samarbete mellan den danska redaktionen och den norska har etablerats. Ett gemensamt system för redigering och publicering gör det lätt att utbyta artiklar, illustrationer, bilder och videor.

**I Sverige finns många** mindre beslutsstöd. Det största uppslagsverket är Internetmedicin.se, som delvis är finansierat av läkemedelsindustrin. Dessutom har flera landsting utvecklat lokala metodböcker. Ingen av dessa har ett sådant omfång och en sådan vetenskaplig förankring som NEL. En svensk NEL skulle kunna ge Sverige en flygande start av ett omfattande, nationellt, evidensbaserat verktyg för beslutsstöd.

För att kunna användas i Sverige måste NEL översättas till svenska. En svensk redaktion som anpassar innehållet till svenska förhållanden måste etableras, och medarbetare med specialistkompetens måste knytas dit för att kvalitetssäkra innehållet. Den norska erfarenheten är att nya artiklar bör skrivas av redaktionen för att få en enhetlig produkt, men att specialister granskar och eventuellt korrigerar innehållet. Huvudkällorna till innehållet i NEL är internationella tidskrifter, vilket gör att det mesta av innehållet har global giltighet. Inom de enskilda medicinska områdena finns emellertid nationella riktlinjer som måste integreras i artiklarna.

**Vi vill ha med Sverige** i ett skandinaviskt samarbete. Vi tror att ett nära samarbete mellan de tre skandinaviska länderna bättre kan säkra en svensk, dansk och norsk läkarhandbok än vad en nationell redaktion kan. Gemensam struktur på produkten och på de enskilda artiklarna, samma funktionalitet, gemensam teknisk plattform, gemensamma arbetsmetoder och ett ömsesidigt utbyte av uppdateringar och nya artiklar skulle kunna stärka det medicinska samarbetet i Skandinavien.

Tre samarbetande redaktioner skulle bättre kunna kvalitetssäkra innehållet, dela på kostnader för produktutveckling och inköp av illustrationer, bilder och videor. Kanske är det också viktigt att få en skandinavisk produkt som kan konkurrera med motsvarande engelskspråkiga produkter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Terje Johannessen är delägare i Norsk Helseinformatikk, företaget som ger ut Norsk elektronisk legehåndbok.*

Översättning: Elisabet Ohlin.



## Bättre vård och omsorg för multisjuka äldre kräver samverkan och ansvariga vårdgivare

Utän en välfungerande äldreomsorg kan inte vården av multisjuka äldre bli bra, oavsett hur väl sjukhusvård och primärvård fungerar. I artikeln presenteras ett pågående projekt i Mölndal, som syftar till att skapa en sammanhållen vårdkedja mellan kommun, sjukhus och primärvård.

**D**et är mycket lovande och glädjande att »Arbetsgruppen för en bättre vård för multisjuka äldre« inbjuder till diskussion och debatt kring hur vi kan förbättra vården för multisjuka äldre personer [1]. Precis som gruppen uttrycker i sin debattartikel är mycket självklart i det policydokument gruppen tagit fram. Det är självklart att man måste se till helheten och inte bara de medicinska behoven. Så varför görs inte redan det som är självklart?

**De äldre är ofta multisjuka** med begränsningar i funktions- och aktivitetsförmåga. De är därmed beroende av vård och omsorg från många olika verksamheter och på olika vårdnivåer. God vård kräver då samverkan mellan de involverade verksamheterna inom såväl sjukhusvård och primärvård som äldreomsorg. Visst kan kanske samverkan underlättas av gemensamma fikarum, men utan ett tydligt ansvar för samverkan och helhetssyn hos alla verksamheter löses inte problemen. Om vi kan

**KATARINA WILHELMSON** med dr, specialistläkare, Geriatriken Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska; Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, enheten för socialmedicin  
katarina.wilhelmson@socmed.gu.se

**ANNA DUNÉR** fil dr, universitetslektor, Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete

**KAJSA EKLUND** fil dr, universitetslektor, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, sektionen för neurovetenskap och rehabilite-

**GUNILLA GOSMAN-HEDSTRÖM** docent, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, sektionen för neurovetenskap och rehabilitering  
**HELENA GUSTAFSSON** med dr, verksamhetschef, överläkare, verksamhetsområde Medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Mölndal

**SYNNEVE DAHLIN-IVANOFF** professor, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, sektionen för neurovetenskap och rehabilitering; forskningschef; samtliga (utom Helena Gustafsson) vid Vårdalinstitutet, forskningsplattformen Äldre och äldres vård och omsorg

**Lyssna till Terje Johannessen på riksstämman: onsdag 16.15–17.15**

leva upp till policydokumentets målsättningar, vilka alla känns mycket självklara, skulle mycket vara vunnet på vägen mot en god vård och omsorg för äldre. Men hur når vi dit? Här är alla vård- och omsorgsverksamheter lika viktiga.

**Eklund-Grönberg och** medförfattare lyfter fram många viktiga synpunkter, såsom vikten av att se helheten och inte bara de medicinska behoven, och att ha ett situationsorienterat arbetssätt. Författarna lyfter även fram det självklara behovet av allmänmedicinsk generalistkunskap och geriatrisk kompetens [1]. Ett situationsorienterat arbetssätt, beskrivet i litteraturen, är en omfattande geriatrisk bedömning (comprehensive geriatric assessment). Vi instämmer i alla dessa synpunkter och vill delta i den diskussion man inbjuder till. Behovet av tvärprofessionell kompetens inom vård, omsorg och rehabilitering behöver lyftas fram på ett tydligare sätt.

**Tyvärr är kommunens** äldreomsorg ganska osynlig i Eklund-Grönbergs och medförfattares inlägg. Den största delen av vården och omsorgen av de äldre sker i kommunens regi. Utan en välfungerande äldreomsorg kan inte vården av multisjuka bli bra, oavsett hur väl sjukhusvård och primärvård fungerar. Kommunen är en mycket viktig samarbetspartner när det gäller att skapa och bibehålla god vård och omsorg, och att säkerställa samverkan mellan olika verksamheter.

**För att belysa de delar** vi tycker är viktiga att förbättra vill vi beskriva det pågående projektet »Vårdkedjan: från akutmottagning till eget boende«, som är ett samarbetsprojekt mellan Vårdalinstitutet, Sahlgrenska akademien, Mölndals stad, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Mölndal och primärvården Mölndal. Projektet syftar till att



Bildcollage: Ewa Knutsson

Många pusselbitar måste falla på plats för att vården av multisjuka äldre ska bli bra. Ett exempel som lyfts fram är det pågående samarbetsprojektet »Vårdkejan« i Mölndal.

skapa en sammanhållen vårdkedja för äldre sårbara personer, från akutmottagning till det egna hemmet, och därmed ett bättre omhändertagande med ökad vård- och omsorgskvalitet för den enskilde och ökad kostnadseffektivitet för samhället. I projektet prövar vi ett arbetssätt som stämmer väl med de målsättningar som anges i policydokumentet.

Arbetsättet innefattar sjuksköterska med geriatrisk kompetens på akutmottagningen, en »case manager« (kontaktsjuksköterska) med ett multiprofessionellt team i kommunen, tidig kontakt mellan kontaktsjuksköterskan och sjukhuset då någon äldre person sökt vård på akuten, samt ett tidigt och kontinuerligt anhängigt stöd.

Teamet består av kontaktsjuksköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast. Kontaktsjuksköterskan har en samordnande roll vid planering av de äldres hemgång från sjukhuset, vilket bidrar till en tätare koppling mellan kommunens äldreomsorg, sjukhusvården och primärvården. I samordningen ingår också ett ansvar för att den äldre personen inte »faller mellan stolar-

na« utan får adekvat vård, rehabilitering, omsorg och stöd efter utskrivning till hemmet.

Omfattande geriatrisk bedömning sker i den äldre personens hem av det multiprofessionella teamet tillsammans med den äldre och dennes anhöriga. Anhöriga involveras tidigt och får kontinuerligt information och stöd såväl på akutmottagningen och vårdavdelningen som i bostaden.

**Arbetsättet grundar sig** på beprövad erfarenhet som finns i kommunens, primärvårdens och sjukhusets verksamhet och på evidens enligt litteraturen. Internationellt sett har studier som prövat en sammanhållen vårdkedja baserad på »case manager« visat att kostnaden för vårdkonsumtion kan minska och att den enskildes hälsa kan påverkas positivt [2]. Multidisciplinär behandling och rehabilitering som bygger på en omfattande geriatrisk bedömning har visat god effekt för den multisjuka äldre personen [3]. Organisation med multidisciplinära team har också visat sig ha en bättre effekt på hälsa för denna målgrupp [4]. Evidens finns för

att stöd för anhöriga signifikant minskar vårdkostnader och minskar anhörigas »börda«, oro och depression och ökar deras livskvalitet [5].

**Vi är övertygade om** att det arbetssätt vi utvecklar inom projektet ska leda till ett förbättrat omhändertagande av de multisjuka äldre. Vår ambition är att, utifrån resultat och erfarenheter från projektet, utveckla ett vårdprogram för omhändertagande av multisjuka äldre personer. Vårdprogrammet kommer att fokusera såväl på samverkan mellan olika verksamheter och vårdgivare som på att tydliggöra ansvaret för denna samverkan i de olika organisationerna, och därmed skapa en sammanhållen vårdkedja mellan kommun, sjukhus och primärvård.

Genom geriatrisk och gerontologisk kompetens inom alla verksamheter och med samarbete, ansvar och respekt för varandras kunskaper och kompetens kan vi skapa bättre vård och omsorg för multisjuka äldre personer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Eklund-Grönberg A, Köhler M, Ekdahl A, Modin S, Sjöberg A. Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen*. 2009;106:2512-3.
2. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009;17:447-58.
3. Johansson G, Eklund K, Gosman-Hedström G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scand J Occup Ther*. 2009 May 22:1-16. [Epub ahead of print.]
4. Gustafsson S, Edberg AK, Johansson B, Dahlin-Ivanoff S. Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *Eur J Ageing* 2009;6:315-29. Published online: 17 October 2009.
5. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, et al. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;328:1099. <http://www.bmj.com/cgi/reprint/328/7448/1099>