

Ökad risk för vårdskador bland äldre

Sverige står inför en kraftig ökning av antalet 80-plussare redan de närmaste åren. Hälften av er män, och en tredjedel av oss kvinnor, kommer att drabbas av någon form av demenssjukdom.

Den här utvecklingen kommer att sätta extraordinär press på sjukvården, i en situation då medicinskt viktiga behandlingar redan drabbats av nedprioriteringar. Ett aktuellt och konkret exempel är hudkliniken i Lund som tvingats välja bort effektiv psoriasisbehandling av kostnadsskäl.

Framtiden tyder på att kraven på prioriteringar ytterligare ökar. Underfinansiering och kompetensbrist i sjukvården kan förmodas bli skäl för stramare tyglar för samhällets växande antal intressenter av ekonomistyrning. Under glänsande rubriker som kunskapsstyrning och kvalitetsredovisning pressas sjukvården att först finna och därefter följa regler om vad som ska göras.

Svensk sjukvård kommer i allt större utsträckning att präglas av standardisering. Diagnoser och behandlingsförlopp behöver specificeras och redovisas i förhållande till nationella riktlinjer. Offentliga ersättningssystem måste knytas till måluppfyllelse av standardiserade processer. Härligt eller farligt?

Det kan förefalla rationellt och rättvist att låta hälso- och sjukvård präglas av vad som de facto åstadkoms. Men en ökad likriktning av processer innebär mindre plats för klinisk bedömning och läkekonst. Den här utvecklingen kan i synnerhet drabba våra »sköra äldre«. De som har mest omfattande och ofta dyra sjukvårdsbehov.

Aldre patienter utesluts regelmässigt ur registerforskningen för att de antas ha en komplex sjukdomsbild, många interagerande läkemedel och sviktande organsystem. Innebörden är att våra nationella riktlinjer i dag inte kan sägas gälla denna stora och viktiga patientgrupp.

För våra mest vårdkrävande och sköra patienter använder vi för dem icke utprovade behandlingsriktlinjer. Det här är en starkt bidragande orsak till våra stora kostnader för läkemedelsbiverkningar och till att så många äldre patienter måste söka vård för sina läkemedelsrelaterade symtom.

Niklas Ekerstads doktorsavhandling, som lades fram i maj, handlar om hur vi prioriterar vården av våra äldre. Avhandlingens underrubrik »Practice what we preach or preach what we practice?« syftar på att vi förutsätts behandla enligt riktlinjer, trots att vi vet att de leder fel.

Niklas Ekerstad visar att när medicinska riktlinjer ter sig orimliga tenderar kardiologer att bortse



De litar i stället till sin kliniska blick, sin medicinska erfarenhet.

från dem. De litar i stället till sin kliniska blick, sin medicinska erfarenhet. Sannolikt är det anledningen till att många av våra sköra äldre patienters ändå har vad som skulle kunna kallas en rimlig hälsa.

Avhandlingens slutsats är att prioriteringar i vården av äldre patienter går att genomföra. Vad som krävs är en betydande mängd forskning innan det låter sig göras.

Vi saknar i dag tillräckliga kunskaper om hur vi av etiska, numerära och ekonomiska skäl borde prioritera våra insatser.

ILäkarförbundets program för vården av de mest sjuka äldre föreslås, förutom en ökad mängd forskning, en ökad läkarmedverkan. Kunskap om patienten och kontinuitet i läkemedelsbehandlingen är viktiga faktorer. Vi anser att alla sjuka äldre ska ha en namngiven läkarkontakt i primärvården.

Det är väsentligt att den läkare som sätter in ett läkemedel även följer upp behandlingen. Därför krävs också kontinuitet i kontakten mellan de äldre sjuka och specialister i till exempel internmedicin, kardiologi och geriatrik.

För att kunna förstärka den öppna vården utanför sjukhusen, i läkarhus eller liknande bör specialister som i dag arbetar på akutsjukhusen kunna erbjudas tjänstledigt på hel- eller deltid. Vi måste göra den öppna specialistvården mer tillgänglig för den sjuka och sköraste patientgruppen. Patientsäkerheten skulle definitivt öka på det här sättet.

För att organisera sjukvården runt de äldre i särskilda boenden behövs en samordnande, medicinskt övergripande funktion. En länk mellan landstingen och kommunernas vård. Vi föreslår att det inrättas kommunöverläkare som, i likhet med vad skolöverläkare gör, tar ett övergripande ansvar för sjukvården när det gäller våra mest sköra, äldre patienter. ■



Marie Wedin
ordförande
i Läkarförbundet
marie.wedin@slf.se