

re bedömdes 80 procent vara sköra/sårbara, 60 procent i åldersspannet 70–79 år. I den yngre gruppen var nedsatt ork den vanligaste indikatorn (drygt 50 procent) medan »hjälp med inköp« och »ramlar ofta« var vanligast i den äldre gruppen (drygt 70 procent). Den indikator som var minst vanlig var tre eller fler besök på akutmottagningen (cirka 30 procent i båda åldersgrupperna).

Screeningfrågorna lämpar sig väl att använda för att identifiera individer som är sköra/sårbara och behöver en geriatrisk bedömning. Skörhetsbegreppets stora fördel är att det inte fokuserar på sjukdomarna utan på den minskade reservkapacitet som uppstår i åldrandeprocessen, vilket leder till en ökad risk för hälso- och omsorgsproblem och behov av vård och omsorg.

Skörhetsbegreppet har också potential att identifiera personer innan de är alltför sjuka. Vi anser att skörhet är ett bra begrepp för att beskriva och identifiera dessa äldre.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Järbrink K, Althoff K, Naploszek M. Multisjuka äldre – en utmaning för vårddataanalytiker och hälsoekonomer. *Läkartidningen*. 2011; 108:674–5.
3. Rom M. Begreppen »sjuka äldre« och »mest sjuka äldre« är att fördra. *Läkartidningen*. 2011;108:872.
4. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:625–34.
5. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:255–63.
6. Wilhelmson K, Dunér A, Eklund K, et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatr*. 2011;11:24.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Postumt av Barbara Starfield om primärvårdens betydelse

■ Barbara Starfield, en förgrundsgestalt inom allmänmedicinsk forskning, avled hastigt förra året, 79 år gammal. Hon fortsatte som vetenskaplig skribent in i det sista. I översikten [1] har hon sammanfattat de senaste årens rön om hur sjukvården bör organiseras för att vara kostnadseffektiv och bidra till god och jämlik folkhälsa.

Här refereras en rad studier, från olika delar av världen, som visar på samband mellan utbyggd primärvård och folkhälsa, och några som visar att subspecialiserad sjukdomsorienterad vård kan vara dyr och ineffektiv. Ett exempel är den thailändska vårdreformen med etablering av en vårdcentral i varje by som ledde till minskad barnadödlighet, medan motsatt utveckling skedde i Indonesien. Ett annat exempel är den kanadensiska utvecklingen av primärvård som gav minskad dödlighet i bröstcancer, speciellt i socioekonomiskt svaga grupper, jämfört med utveck-



Barbara Starfield (1932–2011), har kallats en ikon inom allmänmedicinen.

lingen i USA under samma tid.

Enligt Starfield är nyckelfunktionerna i primärvården att den är

- första linjens sjukvård
- personfokuserad över tid, vilket inte är detsamma som patientcentrering vid enstaka möten utan kräver personlig kontakt och kontinuitet
- omfattande, mätt som möjligheten att möta så stor del som möjligt av befolkningens vanliga sjukvårdsbehov

- samordnande för att effektivt hjälpa alla dem som har oselekerade komplexa symtom och flera samtidigt kroniska sjukdomar.

Starfield argumenterar mot diagnosbaserade riktlinjer som grund för ersättningsystem och uppföljning av primärvården. Inte för att riktlinjerna är felaktiga, utan för att de tillämpas på befolkningar med en ökande komplex sjukdomsburda snarare än på enskilda diagnoser. Slutligen redovisar hon några möjliga instrument för primärvårdsuppföljning som mäter just de avgörande nyckelfunktionerna.

Josabeth Hultberg
doktorand, allmänläkare,
Norrköping
josabeth.hultberg@lio.se

REFERENS

1. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009

slutreplik om läkemedelsförsäkringen:

Vem är patientansvarig – behandlande läkare eller TLV?

■ I sitt svar angående att alla läkemedelsföretag inte är anslutna till Läkemedelsförsäkringen angav Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) genom Inger Erlands-son i LT 14–15/2012 (sidan 733) att en lösning kräver lagstiftning.

Missförhållandet är emellertid inte bristen på lagstiftning, utan att TLV inte informerar patienten när ett ordinerat läkemedel byts ut mot ett annat, som inte är försäkrat. Ovetandes riskerar pa-

tienten att vid en allvarlig biverkning inte få någon skadeersättning. TLV informerar överhuvudtaget inte patienten om vad ett byte till ett »likvärdigt«, billigare preparat innebär. Likvärdigt är inte identiskt. Utöver själva läkemedlet innehåller en tablett ett antal tillsatser, som skiljer mellan olika tillverkare. En person kan därför reagera olika på »likvärdiga« läkemedel beroende på tillverkare.

Ett utbyte av läkemedel en-

ligt läkemedelsförmånssystemet kan därför innebära såväl bortfall av försäkringskydd, som att patienten reagerar annorlunda. Vem blir då patientansvarig – läkaren som har gett en ordination eller TLV som ändrat den?

Hans Dunér
leg läkare, Bromma
marianne.duner-engstrom@telia.com

■ Diskussionen inleddes i nr 11/2012 (sidan 529) av Hans Dunér.

red.