

Äldrevård måste grundas på etik – också i kommunal regi

Tack till Gunnar Akner som i sin artikel »Äldrevård måste grundas på etik«, i LT 41/2006 (sidan 3068), lyfter fram patientperspektivet såsom överordnat allt övrigt.

Problemet i dag är verklighetens diskriminering av de multisjuka inom kommunal »omvårdnad«. De flesta gamla finns *inte* på geriatriska universitetskliniker, där man dels har etiska diskussioner, dels vet vad etik innebär. De flesta multisjuka gamla förvaras på olika Särskilda Boenden med personal som aldrig varit med i etiska diskussioner, personal som upplever sig som mindre värda och som upplever sig framför allt ha arbetsuppgifter som riktar sig mot städning och »fylla i papper« – inte omvårdnad som man blivit lärd. För övrigt är den sjuke i kommunal regi »brukare, vårdtagare, kund, gäst« m m – *allt* utom att få vara en multisjuk medmänniska, dvs *patient* med medicinska behov.

Jag ställdes häromdagen inför följande frågeställning i kommunal regi:

»På vårt korttidsboende har vi sju boende, varav en i livets slutskede med behov av palliativ vård som vi inte kan ge. Övriga boende är alla multisjuka och rullstolsburna. Vi har en mycket störande person som 20 gånger per dag ropar högt och måste till toaletten, vilket är tungt, komplicerat och utan att något produceras på toaletten. Två personer måste hjälpa till för att klara av- och påklädning. Övriga sex boende blir svårt störda och irriterade av de ständiga höga ropen, som vi inte kan hantera, då mänsklig närvaro är det enda som tystar och hjälper. Vi klär av och på, serverar mat och dryck, städar, städar, städar och skriver rapport. Någon 'omvårdnad' finns inte tid till. Vad är det egentligen – omvårdnad? – när man inte ens får dricka kaffe tillsammans med våra brukare, för då ska vi städa.«

Så ser vardagen ut för personal utanför den geriatriska kliniken och i kommunal regi, såväl på landet som i staden.

Så nog ställs etiken på prov alltid. Innan man på akademisk nivå börjar diskutera »gemensamma värdegrunder för det geriatriska teamet« måste verkligheten in i bilden. I kommunens särskilda boenden finns:

- inga patienter (bara kunder etc)
- inga geriatriska team
- inga medicinska diskussioner
- inga fast anställda läkare

- inga etiska diskussioner
- ingen kvalitetssäkring
- ingen forskningstradition
- ingen som bryr sig?

Den frågeställning som jag ställdes inför födde min motfråga: Skulle Du vilja att Din mor/far fick bo här? Svaret var: »Aldrig i livet!« Då har jag bara ett råd att ge Dig: »Gör så gott Du kan, och behandla Dina brukare så som Du själv skulle vilja bli behandlad!«

Kanske är det den värdegrundsnivån som vi måste börja vårt Sisyfosarbete på: »Allt vad I viljen att människorna skola göra Eder, det skolen I ock göra dem.«

Replik:

Dags att gå från ord till handling

Jag vill tacka professor Barbro Beck-Friis för positiva kommentarer till min artikel att äldrevård måste grundas på etik, där den enskilda patientens bästa alltid skall stå i fokus [1]. Hon framhåller att många multisjuka äldre personer inte befinner sig på geriatriska universitetskliniker, utan i olika typer av kommunala s k särskilda boenden för äldre. Hon poängterar att dessa kommunala boenden så gott som helt saknar geriatriskt tänkande, fast anställda läkare, etiska diskussioner, kvalitetssäkring och forskningstradition för att ta hand om de äldre personer som bor där.

Jag instämmer i den bild Barbro Beck-Friis beskriver och som dessutom är känd sedan länge genom en rad offentliga rapporter. Den kommunala äldreomsorgen är inte alls anpassad för att handlägga de massivt sjuka och/eller skadade personer som idag bor där. Det är onekligt ett etiskt dilemma hur denna paradoxala situation kunnat uppstå!

Det är också viktigt att betona att antalet multisjuka äldre personer med komplexa hälsoproblem och behandlingar är betydligt större än de drygt 100 000 personer som idag bor i »särskilt boende«. Behovet av förbättringar och utveckling är mycket stort även inom landstingens slutna och öppna äldrevård.

Enighet kring kunskapsområdet. Geriatrik är läran om sjukdomar i samband med åldrandet, och det torde råda allmän enighet om att *kunskapsområdet geriatrik* hårbärgerar en stor del av den

Därför tycker jag att Gunnar Akners artikel är så viktig i den här akademiska debatten: starta från kärnan – patientperspektivet! Återför den geriatriska patienten till geriatriken! Befria kommunen från ansvaret för ett område man inte behärskar, och låt kommunen få anställa städerskor i stället för vårdbiträden.

Äldrevård måste grundas på etik – också i kommunal regi.

Barbro Beck-Friis
professor, MD, PhD,
Borensberg
barbro.beckfriis@spray.se

vetenskap och beprövade erfarenhet som finns inom detta område. Målet för geriatriken är ett integrerat omhändertagande av multisjuka äldre personer över tid.

Handläggning av komplexa hälsoproblem kräver 1) en bred utredning och analys av hälsotillståndet inklusive funktionsförmågor (kognitivt, fysiskt, socialt etc) och social situation, 2) ett integrerat behandlingsprogram där de olika, aktuella behandlingsmetoderna är noga motiverade och synkroniserade samt 3) en regelbundet upprepade uppföljning av hälsoutvecklingen med kritisk granskning av behandlingseffekterna. Detta har beskrivits som DBU-metoden [2].

För att kunna genomföra ovan beskrivna integration över tid krävs givetvis en vårdorganisation som är utformad med integrerat processtänkande. Några nödvändiga förutsättningar för detta är nära samverkan mellan öppen och sluten vård samt kommunal äldreomsorg; samtränade personalteam med adekvat geriatrisk kompetens och kvalitetssäkrad fortbildning samt en ändamålsenlig och lätt överblickbar dokumentation.

Trots den förmodade enigheten om principerna för kvalitetssäkrad handläggning av multisjuka äldre personer över tid har vi märkligt nog en hälso- och sjukvårdsorganisation och kommunal äldreomsorg som inte alls är anpassad till de kunskaper och erfarenheter som finns inom kunskapsområdet geria-

trik. Många av de arbetsmetoder som utförligt beskrivs i den vetenskapliga geriatrika litteraturen saknas i den praktiska äldre vården. Som exempel kan nämnas metoden »comprehensive geriatric assessment«, som i flera kontrollerade studier och översiktsartiklar visats ge betydande positiva effekter, både i öppen och slutenvård, särskilt om man har möjlighet att selektera patienterna beroende på vilken kombination av hälsoproblem som föreligger; på engelska »targeting« [3].

I min bok diskuterar jag en lång rad, delvis överlappande, systemfel som vart och ett för sig försvårar ett redan från början svårt arbete och som tillsammans bildar ett vårdssystem som ofta förhindrar en hög vårdkvalitet över tid hos äldre personer [2]. Trots att läkare och vårdpersonal vid olika vårdenheter gör sitt bästa blir vårdkvaliteten ändå otillfredsställande när patienten handläggs vid olika enheter som arbetar var för sig utan en integrerad arbetsprocess.

Ett tydligt exempel på onödigt låg vårdkvalitet är de många osammanhängande behandlingar som många äldre personer ordinerar. För behandlingsmetoden läkemedel har det gått så långt att verksamhetsledningen i många fall bedömt att det är nödvändigt med särskilda skäl läkemedelsgenomgångar, trots att det adekvata givetvis vore att effekterna av alla slags behandlingsmetoder granskades kritiskt vid regelbundet återkommande bedömningstillfällen i elektivt skede inom den ordinarie verksamheten [4]. Effekterna av behandling med just läkemedel kan ju inte bedömas oberoende av den övriga handläggningen (nutrition, fysisk träning, hjälpmedel, social aktivering etc).

För att kunna göra något radikalt åt de rådande missförhållandena som Barbro och jag och många andra påvisat är det angeläget att vi går från ord till handling och omgående inleder försöksverksamheter med att reformera vårdorganisationen utgående från ett reellt nytänkande inriktat på hög vårdkvalitet och värdig vård för multijuka äldre personer, oavsett om de befinner sig i sin bostad, på vårdcentral eller på akutsjukhus.

Gunnar Akner

docent i geriatrik,

Karolinska institutet, Stockholm,
överläkare, Jakobsbergs-geriatriken/FoU,

Jakobsbergs sjukhus
gunnar.akner@chello.se

REFERENSER

1. Akner G. Äldrevård måste grundas på etik. Den enskilda patientens bästa skall alltid stå i fokus [medicinsk kommentar]. *Läkartidningen*. 2006; 103: 3068-9.
2. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldrevårdcentral. Stockholm: Liber; 2004.
3. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull*. 2005;71:45-59.
4. Akner G. Läkemedelsgenomgång på distans – en tillfällig nödlösning. Inför istället mer ändamålsenlig organisation på äldreboendena! *Läkartidningen*. 2005;102:1129-30.

Hur kan 2 000 vara mer än 3 000? Primärvården har svaret!

Man kan fundera på vad det är som gör att det är lätt att ha 3 000 patientbesök per läkare och år i privat regi, medan det är så slitsamt att klara 2 000 på lands- tingsens vårdcentraler. Det handlar naturligtvis inte om att offentligt anställda allmänläkare är lata eller gnälliga, inte heller om att de förvandlas till giriga vårdproducenter när de jobbar för egen räkning.

Den extrema arbetstyngden för läkare i offentlig primärvård är inte fiktiv utan högst verklig och kan inte förstås av någon annan än oss själva. Ungefär så som att bara en fågel kan förstå hur det är att flyga. Det arbete som utförs på den sk administrativa tiden är som ett svart draperi för andra yrkeskategorier och möter olika reaktioner. I bästa fall inser man att det behövs, men det förekommer antydna uppfattningar om att vi viljar oss, surfar på Internet eller något annat. Att någon överhuvudtaget kan tro sådant beror naturligtvis på att man i sin verklighetstolkning alltid relaterar till sin egen verklighet, och verkligheten är olika för olika yrkesgrupper på en offentlig vårdcentral.

När man jobbar i egen regi får man möjlighet att dela verkligheten med den eller de få medarbetare man har. Det är lättare att ha samma verklighet när man är få. Ingen kanske trivs med att gå hem förrän alla är klara med dagens jobb. Ingen kanske känner sig bekväm med att i lugn och ro ta sin lagstadgade kafferastr förrän det finns förutsättningar för alla i gruppen att göra det. Och förutsättningarna skapas ju genom samverkan.

Jobb som hyrläkare vidgar perspektivet på primärvårdens problem. När man har varit på flera olika vårdcentraler inser man att idealstället inte finns, men att olika vårdcentraler är olika bra och att nyanserna har stor betydelse. Det är också nyanserna som gör att man väljer en vårdcentral framför en annan.

Tillkortakommandena varierar från

ställe till ställe. Några typiska anledningar till att mottagningar inte flyter är:

- otympliga datasystem som försvårar läkarens arbete
- väntetid på personal för att få assistans
- överbokningar
- dåligt fungerande apparater
- eftersläpning i journalutskrift
- störningar i form av »enkla» konsultationer, receptbegäran och dylikt som flikas in under mottagningstid
- brist på lediga undersökningsrum
- dåligt förberedda patienter
- rutiner avsedda att underlätta arbete för andra yrkesgrupper med merarbete för läkare som följd.

Allt detta kan man komma ifrån när man arbetar i egen regi, och det räcker gott och väl för att förklara hemligheten bakom smidiga och smärtafria 3 000 patientbesök per år.

Ted Goliger

hyrläkare i allmänmedicin,
Bodafors
ted.goliger@telia.com

Läs mer på webben

<http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=3336>

SBU-rapport om smärtbehandling missvisande om effekt av NSAID
Jan M Bjordal, Anna Elisabeth Ljunggren, Atle Kloving, Lars Slørdal

Replik: Så här beräknade vi effekten av NSAID-preparaten
Mårta Segerdahl, Susanna Axelsson, Måns Rosén