

# Bättre vård för multisjuka äldre

Det är många som måste hjälpas åt för att vården av de multisjuka äldre ska fungera bättre. Det traditionella sjukdomsorienterade arbetssättet bör ersättas med ett situationsbaserat förhållningssätt.

**V**ården för de multisjuka äldre fungerar dåligt. Sjukvården måste tänka om. Det traditionella sjukdomsorienterade arbetssättet, där fokus ligger på diagnos-behandling, behöver förändras till ett situationsbaserat förhållningssätt. Vilken verklighet lever den människa vi ser framför oss i, vad kan vi göra för att den personens vardag ska fungera? Det måste skapas en vård där helhetssyn och generalistperspektiv är det viktiga, en vård på de multisjuka äldres villkor, en vård som också minimerar återkommande oplanerade vårdtillfällen i slutenvården.

**Situationen för de multisjuka äldre** är en aktuell fråga, såväl massmedialt som i rapporter från Socialstyrelsen och landstingsrevisorerna [1-4]. Från medicinskt håll har intresset för patientgruppen funnits länge, men de lösningar som prövats har ofta drivits enbart av eldsjälar eller i form av kortlivade projekt [5]. Det har också funnits en tendens att försöka lösa problemen med olika mer eller mindre svårrealiserbara organisationsförändringar.

Båda de stora politiska blocken har uttryckt en uttalad vilja att förbättra vården för denna patientgrupp, men det har hittills varit svårt att komma fram

## ARBETSGRUPPEN FÖR EN BÄTTRE VÅRD FÖR MULTISJUKA ÄLDRE:

### ANNIKA EKLUND-GRÖNBERG

ordförande, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)  
annika eklund-gronberg@sfam.a.se

### MIKAEL KÖHLER

ordförande, Svensk internmedicinsk förening  
mikael.kohler@ltdalarna.se

### ANNE EKDAHL

ordförande, Svensk geriatrisk förening (SGF)  
Anne.ekdahl@lio.se

### SONJA MODIN

ordförande, SFAM:s råd för hemsjukvård  
sonja.modin@sll.se

### ARNE SJÖBERG

vice ordförande, SGF  
arnes@ltkalmars.se

till effektiva och långlivade satsningar. Delvis kan detta ha berott på avsaknaden av ett faktaunderlag, ett tydligt gemensamt uttalande från den medicinska professionen. Mot denna bakgrund har tre stora läkarspecialitetsföreningar, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk internmedicinsk förening (SIM) och Svensk geriatrisk förening (SGF), skapat ett gemensamt policydokument. Det största hindret för dokumentet var glädjande nog inte meningsskiljaktigheter utan praktiska svårigheter för de tre föreningarnas ordförande att hitta gemensamma tider för möten. Något som också speglar situationen i dagens sjukvård.

Efter dokumentets färdigställande har det förankrats i de egna föreningarna, i landets fem största pensionsföreningar, hos distriktssköterskorna, de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna och i andra yrkesföreningar med anknytning till multisjuka äldre. Överallt har det tagits emot positivt. Pensionsföreningarna har till och med lite förebrående uttryckt att implementations-takten varit för långsam, »varför har ni inte talat om detta tidigare?«.

**Dokumentet innehåller inte** några revolutionerande nyheter utan sådant som vi alla vetat länge, men som på något sätt ändå alltid försvunnit på vägen:

Det självklara i att man måste se till helheten, och inte bara de medicinska behoven för denna patientgrupp. Vikten av ett boende och en daglig omsorg som minskar risken för försämrat hälsotillstånd och möjliggör ett värdigt liv. Först därefter kommer sjukvården.

Det självklara i att när en gammal och multisjuk person får många besvär samtidigt måste vården våga ta ett helhetsgrepp och väva samman olika behandlingsformer så optimalt som möjligt för just den individen, vilket inte sällan kräver avsteg från diverse vårdprogram som är utformade för specifika sjukdomstillstånd. Vården måste kunna använda ett situationsorienterat arbetssätt och inte ett sjukdomsorienterat.



Foto: Fredrik Kjellén

Det behövs en diskussion kring hur vi bäst kan förbättra vården för multisjuka äldre.

Det självklara behovet för denna patientgrupp av allmänmedicinsk generalistkunskap och geriatrisk kompetens. Kunskap om hur olika vanliga sjukdomstillstånd och kombinationer av sjukdomstillstånd presenterar sig hos äldre och hur dessa lämpligast behandlas med minsta möjliga biverkningar och bästa möjliga livskvalitet.

**För att dessa självklarheter** ska bli verklighet krävs en tydligt uttalad politisk vilja och en resursfördelning som stöder en utbyggd primärvård och vårdplatser med en god geriatrisk kompetens där man bedriver situationsorienterad vård enligt vår beskrivning och med snabb tillgång till sängplatser, det vill säga »luft i systemet«. Dessutom behövs ersättningsystem, vårdprogram och uppföljningsinstrument anpassade för denna patientgrupp.

Mer detaljerat: Generalistkompetens (även inom slutenvårdens specialiteter) och ett situationsbetingat arbetssätt måste premieras. Primärvårdens ersättningsystem måste utformas så att de inte missgynnar denna patientgrupp. Den geriatriska kompetensen måste värnas såväl i grundutbildning som i vidare- och fortbildning, vilket bland annat innebär att det måste finnas geriatriska kliniker på fler ställen i landet.

Det krävs också en bättre uppföljning och återkoppling av exempelvis resultaten av kirurgi på gamla. Återbesöken är till stor del avskaffade, varför direkt

uppföljning på opererande klinik uteblir, och kvalitetsregistren täcker endast mycket bristfälligt behoven av återkoppling på individnivå [6]. Vi måste sluta att slaviskt följa vårdprogram om det inte gagnar helheten för patienten [7], kanske rent av skapa flexibla vårdprogram för vanliga tillstånd hos denna patientgrupp.

Önskvärt vore också en översyn av vård- och omsorgsområden för att underlätta formella och informella kontakter mellan exempelvis vårdcentral och hemtjänst – tänk bara vad gemensamma fikarum skulle kunna göra.

**Vi inbjuder med denna debattartikel** till en diskussion kring hur vi bäst kan förbättra vården för multisjuka äldre. Vi är många som måste hjälpas åt om det ska bli bättre.

Policydokumentet finns att tillgå i sin helhet på <http://www.slf.se/templates/AssociationPage.aspx?id=27087>.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Fler debattinlägg på sidan 25495.**

## ■ POLICYDOKUMENTETS HUVUDPUNKTER

- Varje multisjuk äldre person ska ha en namngiven huvudansvarig vårdgivare, såväl inom kommunens hemtjänst som inom primärvården (läkare, sjuksköterska, hemtjänstansvarig).
- Den multisjuka äldre med större vårdbehov ska också inom slutenvården ha en huvudansvarig namngiven vårdgivare med geriatrisk kompetens, där man kan bedriva situationsorienterad vård.
- Kring varje multisjuk äldre person ska finnas ett för individens behov anpassat multidisciplinärt och multiprofessionellt team.
- Ansvarig allmänläkare inom primärvården eller geriatriken/annan lämplig specialist ska ha tillgång till snabb särskild konsultkontakt inom övriga medicinska specialiteter. Detta inte minst för att minska behovet för den äldre multisjuka att ta sig till sjukhusens öppenvårdsmottagningar.
- Vid behov av sluten vård ska den multisjuka äldre ha en »gräddfil«, det vill säga inläggning ska kunna ske på särskild vårdplats genom direkt kontakt mellan primärvården och den avdelning där den huvudansvarige vårdgivaren inom slutenvården arbetar. Inte via akutmottagningen!
- Varje multisjuk äldre person ska vid behov ha tillgång till situationsorienterad hemsjukvård.

## REFERENSER

1. Gurner U. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
2. Landstingsrevisorerna. »Styckevis och delat«. Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2006. Projektrapport nr 19/2005.
3. Socialstyrelsen. God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
4. Socialstyrelsen. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
5. OECD. Sweden. The safety of older people. OECDj Rewiews of Risk Management Policies. Paris: OECD Publishing; 2007.
6. Svensson O, Gustafsson L, Gustafsson Y, Olofsson N, Söderqvist A, Wallin G. Kirurgi på gamla människor måste anpassas efter individen. Åldrandets fysiologi en faktor för operationsresultatet. Läkartidningen. 2009;106:1722-5.
7. Östgren CJ, Sjöblom P, Tengblad A, Löfgren U-B, Rosenqvist U, Mölstad S. Fördel minskad diabetesbehandling hos svårt multisjuka med lågt HbA1c. Läkartidningen. 2009;106:1649-51.