

Gunnar Akner, docent, överläkare, styrelseordförande, Svensk förening för geriatrik och gerontologi (SFGG), nutritions- och läkemedelsenheten, Äldreforskning NordVäst (ÄNV), Solna (gunnar.akner@chello.se)

Analys och handläggning av äldres multisjuklighet måste samordnas

Med DBU-metod tillämpad vid äldrevårdscentral kan behandling utvärderas

II Inom geriatrik och äldrevård framförs ibland argumentet att det viktiga inte är att »ställa en diagnos« utan att bedöma och stödja olika funktioner. Detta synsätt kan tolkas så att efter en viss ålder blir det viktigare med analys av olika kroppsfunktioner/integrerade funktioner (t ex förmåga att gå, klara ADL [aktiviteter i dagligt liv], social interaktion) snarare än att analysera struktur och funktion i enskilda organ (t ex hjärt-, lung- och tarmfunktion) och system (t ex blodtryck, kroppssammansättning, energiomsättning, vätskebalans/syra–bastillstånd).

Starka skäl talar dock för att hälsoproblem bör analyseras på flera nivåer parallellt. Här föreslås problemanalys på tre nivåer: organ-, system- och helhetsnivå (heltkroppsnivå, organismnivå).

Som exempel kan tas hälsoproblemet kronisk hjärtsvikt. Symtomen vid hjärtsvikt är ospecifika och kan också förekomma vid en rad andra sjukdomar [1], t ex trötthet, uttrötthet, andfäddhet, nykturi och svullnad i benen. Vid bedömningen av hjärtsvikt behövs analys på bl a:

- Organnivå (hjärta: hjärtstorlek, pumpförmåga, hjärtrytm, klaff-funktion, eventuell syrebrist i hjärtmuskeln etc).
- Systemnivå (hjärta/kärl och lungor: blodtryck i vila och arbete samt i olika kroppsställningar [ortostatism], tecken till forward- eller backward failure för respektive hjärthalva, perifer syresättning etc).
- Helhetsnivå/individnivå (påverkan på gång- och arbetsförmåga, nattsömn, sinnesstämning, social interaktion etc).

Liknande flernivåanalys är nödvändig vid alla sjukdomar och skador, men den blir självfallet mer komplicerad ju fler hälsoproblem på olika nivåer som föreligger samtidigt. Fokuseringen på en kombinerad analys av organ–system–helhet utmärker generalistinriktade specialiteter som allmänmedicin, allmän internmedicin och geriatrik, till skillnad från organinriktade specialiteter, t ex kardiologi, hematologi eller urologi, som givetvis koncentrerar sig på respektive organområde. Geriatriken intar en särställning bland generalistspecialiteterna, eftersom den är särskilt inriktad på äldre personer med komplexa och snabbt föränderliga hälsoproblem som kräver en särskilt omsorgsfull analysprocess.

Dagens äldrevård är uppsplittrad på flera sätt, t ex på olika huvudmän, vårdnivåer, specialiteter och yrkesgrupper [2, 3]. Splittringen och det utpräglade vårdgivarperspektivet i den rådande äldrevårdsorganisationen gör att det ofta är svårt att ta ställning till om behandlingsåtgärder verkligen leder till avsedd effekt över tid.

Sammanfattat



Den svenska äldrevården har en splittrad organisation och utvärderas i alltför hög grad från olika vårdgivarperspektiv. Äldre vårdtagare har ofta multipla symtom, multipla »aktuella kliniska problem« och multipla behandlingsmetoder. Inga av dessa sammanställs dock systematiskt över tid, vilket försvårar överblick och kritisk analys.

Avsaknaden av en samlad problemanalys och sammanställning av hela det aktuella behandlingsprogrammet gör det svårt att ta ställning till om behandlingsåtgärder hos äldre i elektivt (icke-akut) skede verkligen leder till avsedda effekter.

I artikeln ges förslag till dels en integrerad analysmetod kallad DBU-metoden (diagnostik, behandling, uppföljning), dels en ny vårdorganisation anpassad för äldre – »äldrevårdscentral«.

En grundbult för en sådan vårdorganisation är ett nytt, helt problembaserat, pedagogiskt inriktat journalsystem uppbyggt kring DBU-metoden. Systemet ger möjlighet att följa förloppet av vårdtagarnas hälsotillstånd med upprepad kritisk granskning av effekten av alla aktuella behandlingsmetoder.

Journalsystemet kan användas i undervisning av patienter, närstående, vårdpersonal och studenter. Det tillåter även selektion av valfria grupper, vilket gör det användbart online för klinisk forskning, vårdutveckling, kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

I denna artikel ges förslag till en integrerad analysprocess betecknad DBU-metoden (diagnostik, behandling, uppföljning). Tabell I anger ett antal ord som är synonymer till eller har likartad betydelse som dessa tre ord. I Tabell I anges även

Tabell I. Ord (i bostavsordning) som är synonymer till eller har likartad betydelse som »patient« och DBU-metodens »diagnostik«, »behandling« och »uppföljning«. DBU-metoden är inte alls specifik för sjukvården – den förekommer vid all slags problemlösande verksamhet, både på lekman-nivå och vid professionell handläggning inklusive forskning. Som exempel kan nämnas handläggning av fel på ett kylskåp, vantrivsel på arbetet eller ändring av reseplaner. Om DBU-processen inte är tydliggjord för alla inblandade parter kan de olika ingående delarna komma att hanteras oberoende av varandra, vilket tyvärr är vanligt förekommande inom äldre-vården.

Patient	Diagnostik	Behandling	Uppföljning
Avnämare	Analysresultat	Bistånd	Besiktning
Avropare	Bedömning	Handläggning	Check
Boende	Behov	Hantering	Evaluering
Brukare	Betyg	Insats	Granskning
Gammal	Dom	Intervention	Inspektion
Klient	Omdöme	Kur	Kontroll
Kund	Problembeskrivning	Omsorg	Revision
Nyttjare	Probleminventering	Omvårdnad	Syn
Patient	Underlag	Rehabilitering	Tillsyn
Pensionär	Utredningsresultat	Service	Uppsikt
Senior	Värdering	Skötsel	Utvärdering
Vårdtagare		Stöd	Visering
Äldre		Terapi	Översyn
		Vård	
		Åtgärd	

Tabell II. Klinisk analysmatris för en 85-årig, multisjuk kvinna. Det framgår att patienten vid konsultation angav 16 olika symtom (A–P), och det fanns 19 olika objektiva undersökningsfynd. Analysen utmynnar i en sammanfattande bedömning som kategoriseras i en diagnostik med fem olika delar: organ-, system-, funktions- och symtomdiagnoser samt misstänkta läkemedelsbiverkningar. Fem av patientens 16 symtom var förenliga med läkemedelsbiverkning från ett eller flera läkemedel.

Patientens symtom	Objektiva undersökningsfynd		Bedömning				
	Kroppsundersökning	Blodprov	Organ-diagnoser	System-diagnoser	Funktions-diagnoser	Symtom-diagnoser	Misstänkt läkemedelsbiverkning
A. Dagtrötthet	1. Snabb hjärtrytm i vila	16. Lågt Hb	Hjärtsvikt	Undernärings-tillstånd	Tillstånd efter stroke: – förlamning vä sida	Dagtrötthet	Dagtrötthet
B. Illamående	2. Biljud över lungorna	(»blodvärde«)	Diabetes mellitus	Äderförkalkning	– afasi	Förstopning	Förstopning
C. Buksmärtor	3. Svullnad av benen	17. Onormal saltbalans	Glaukom (grön starr)	Högt blodtryck	– sväljningsproblem	Buksmärtor	Illamående
D. Förstopning	4. Sår på flera tår	18. Högt blodsocker	Katarakt (grå starr)	Anemi	Minnesnedsättning	Aptitnedsättning	Aptitnedsättning
E. Aptitlöshet	5. Svaghet vä arm och ben	19. Förhöjt S-kreatinin	Kärlförträngning i benen	Perifera ödem	Depression	Bensvullnad	Muskelsvaghet
F. Nedstämdhet	6. Sänkt stämningsläge		Vaskulär demens	Hudsår	Synnedsättning		
G. Sväljningsproblem	7. Högt blodtryck		Njursvikt	Blodsalttrubning	Hörselnedsättning		
H. Minskat i vikt	8. Nedsatt minne		Urininkontinens		Muskelsvaghet		
I. Minnesnedsättning	9. Nedsatt syn				Falltendens		
J. Synnedsättning	10. Nedsatt hörsel				Fysisk inaktivitet		
K. Hörselnedsättning	11. Svårt benämna föremål						
L. Urininkontinens	12. Gångproblem						
M. Sår på flera tår	13. Muskelsvaghet						
N. Tandprotes glappar	14. Falltendens						
O. Svårt hitta ord	15. Behov av ADL-hjälp						
P. Ensamhet/isolering							

ett antal ord som avser vårdtagarna inom äldre-vården; i denna artikel används genomgående ordet »patient«. Kärt barn har som synes många namn, och mångfalden av ord/begrepp kan ibland försvåra analysprocessen.

Det bör betonas att det inte räcker med en aldrig så stringent analysprocess i klinisk praxis – DBU-metoden behöver därför givetvis kompletteras med klinisk erfarenhet, omdöme och förmåga till empati.

DBU-metoden: Diagnostik

Patientens subjektiva uppgifter om upplevda hälsoproblem (anamnes) kompletteras med objektiva undersökningar (utredning) som efter en klinisk analys leder fram till en integrerad bedömning (diagnos). Hela denna process betecknas diagnostik (från grekiska dia = genom och gnosis = kunskap; dvs en kunskapsbaserad = evidensbaserad process).

Beskrivningen av en patients hälsotillstånd består av två delar: dels den samlade symtomlistan (subjektiva hälsoproblem), dels den aktuella kliniska problemlistan (objektiva/bedömda hälsoproblem = diagnoser).

Anamnes (symtomlista, subjektiva hälsoproblem). Äldre personer har ofta en rad samtidiga subjektiva hälsoproblem (symtom, krämpor, lidanden), vilka bör sammanställas i symtomlistor, eftersom de självupplevda problemen (art och grad) bör stå i fokus vad gäller värdering av behandlingseffekt(er) över tid.

I vår kliniska forskning kring multisjuka, »bräckliga« äldre personer har nästan alla patienter mellan 10 och 20 olika subjektiva hälsoproblem samtidigt. Som exempel anges längst till vänster i Tabell II en aktuell symtomlista med 16 olika symtom (A–P) hos en 85-årig kvinna.

Utredning (objektiva undersökningar). Äldre personer har ofta en rad patologiska eller avvikande fynd vid olika slags undersökningar som status presens (kroppsundersökning), laboratorieprov, röntgen, ultraljud, EKG, cytologi/histologi, skattningssskalor, funktionstest etc. Under rubriken »Objektiva undersökningsfynd« i Tabell II illustreras totalt 19 patologiska fynd avseende två undersökningsmetoder (status presens och blodprov) hos en 85-årig kvinna.

Sambandet mellan subjektiva hälsoproblem och objektiva

ANNONS

ANNONS

Symtom																		
A. Dagtrötthet	•	•	•		•	•		•	•			•	•		•	•	•	•
B. Illamående	•				•											•	•	•
C. Buksmärtor	•																•	
D. Förstoppning					•	•						•	•		•	•	•	•
E. Aptitlöshet					•	•		•				•	•		•	•	•	•
F. Nedstämdhet					•	•		•		•						•	•	•
G. Sväljningsproblem					•	•		•				•			•	•		
H. Viktminskning	•	•	•		•	•		•				•			•	•	•	•
I. Minnesnedsättning					•	•		•		•						•		
J. Synnedsättning					•			•							•			
K. Hörselnedsättning								•							•			
L. Urininkontinens	•	•	•		•			•							•		•	
M. Sår på flera tår			•	•			•					•			•			•
N. Tandprotes som glappar					•							•			•			
O. Svårt hitta ord					•			•		•								
P. Ensamhet/isolering	•	•			•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Objektiva undersökningsfynd																		

Figur 1. Potentiella samband mellan patientens symtom (A–P) och objektiva undersökningsfynd (1–15 = fynd vid kroppsundersökning; 16–19 patologiska blodprov), se även Tabell II. Varje punkt i figuren definieras således genom kombinationen av en bokstav och en siffra och indikerar därmed ett potentiellt samband mellan patientens symtom och fynd.

undersökningsfynd är inte alltid entydigt. Figur 1 illustrerar det stora antalet potentiella samband mellan dem och därmed komplexiteten i den kliniska analysen.

Diagnos (integrerad bedömning). Patientens samlade symtom och objektiva undersökningsfynd leder till en integrerad klinisk bedömning (»aktuell klinisk problemlista«). Denna bedömning bör alltid betraktas som en provisorisk (preliminär) beskrivning av patientens tillstånd, där kompletterande information om patienten inkluderande observation av det kliniska förloppet kan påverka bedömningens validitet.

Analysmatris. Frågan är hur den diagnostiska processen bör bedrivas och resultatet beskrivas för att bli så pedagogiskt som möjligt och kunna användas såväl i den kliniska analysen av olika patofysiologiska samband och av olika behandlings effekter som i kommunikations- och undervisningssammanhang med patienten, närstående, vårdpersonal, studenter etc.

I den högra delen av Tabell II ges ett förslag till hur den kliniska analysen av den ovan nämnda 85-åriga kvinnan kan sammanfattas i en bedömning, som kategoriseras i en diagnostik med fem olika delar: organ-, system-, funktions- och symptomdiagnoser samt misstänkta läkemedelsbiverkningar. De fem diagnoskategorierna är inte helt separata, utan många hänger ihop i en komplex väv som ofta kompliceras ytterligare av t ex sociala, psykologiska, etiska problem.

De olika diagnoserna under rubriken »Bedömning« kan underbyggas (se Tabell II) genom att man efter diagnosen anger de symtom (A–P) respektive objektiva undersökningsfynd (1–19) som är potentiellt hänförliga till diagnosen i fråga. Som exempel kan tas organdiagnosen »hjärtsvikt«. Denna diagnos kan i en första analysomgång potentiellt kopplas till symtomet A och undersökningsfynden 1, 2, 3 och 7. På motsvarande sätt kan funktionsdiagnosen »muskelsvaghet« potentiellt kopplas till symtomen A och H och fynden 5, 12, 13, 14 och 15.

En dylik matris illustrerar den samlade aktuella multisjukligheten (komorbiditeten) och ger förutsättningar för en integrerad analys. Fördelen med denna analysmodell kan illustreras med systemdiagnosen »hypertoni« som ofta (men långtifrån alltid) anges med eget diagnosnummer i epikriser (slutanteckningar från slutet vård). Hypertoni är ju vanligen en

symtomfri riskfaktor för ohälsa. Den kan motsvara allt från å ena sidan isolerad systolisk, diastolisk eller kombinerad hypertoni till å andra sidan att vara kombinerad med sannolika organkomplikationer av olika art och grad, t ex hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, njursvikt, perifer cirkulationssvikt i benen etc. Med en redovisning enligt Tabell II kan man snabbt få en överblick över detta problem.

En annan fördel med denna analysmodell är att man direkt kan ange alla misstänkta läkemedelsbiverkningar på symptomlistan i en särskild kolumn, inte bara livshotande eller »nya« (vilka enligt biverkningskapitlet i Fass skall rapporteras) utan även »banala« [4], och löpande ha överblick över dem i den kliniska analysen (denna del kan enkelt automatiseras via dator). En dylik löpande analys över potentiella läkemedelsbiverkningar är särskilt väsentlig hos äldre personer, eftersom deras symptomlistor ofta överensstämmer med ett flertal potentiella läkemedelsbiverkningar enligt Fass.

DBU-metoden: Behandling

Den integrerade bedömningen ligger till grund för ett samordnat behandlingsprogram där alla olika pågående behandlingar om möjligt bör understödja (i vart fall inte motverka) varandra. Som exempel kan nämnas att en ordination av ett fysiskt träningsprogram till en äldre person inte bör göras utan kännedom om individens hjärt-, kärl- och lungfunktion, vätske- och elektrolytbalans, nutritionstillstånd, träningstillstånd samt motivationsnivå, dessutom bör en plan göras för hur effekterna skall utvärderas.

Trots att det råder stor brist på vetenskapligt underlag när det gäller behandling av personer över 65 års ålder [2] ordinerar äldre personer ofta särskilt många olika behandlingsmetoder. Som exempel kan nämnas en inventering från Socialstyrelsen 1999 [5], som visade att personer i åldern 75 år och äldre i genomsnitt behandlades med fem olika läkemedel per person; variationen var stor, 0–25 läkemedel per person. Utöver läkemedel förekommer även en rad andra behandlingsmetoder hos äldre, t ex nutrition, fysisk träning, hjälpmedel, sårvård, fotvård, tandvård, kirurgi etc.

Äldre personer ordinerar således ofta multipla behandlingar, och det är viktigt att dessa behandlingar, inom både sjukvård och omsorg, alltid sammanställs i form av strukturerade

Tabell III. Integrerat behandlingsprogram för en 85-årig kvinna. Programmet omfattar tio olika behandlingsmetoder med totalt 29 olika delkomponenter. Siffrorna inom parentes i den vänstra kolumnen avser antalet behandlingskomponenter under »Specifikation 1«.

Behandlingsmetod	Specifikation 1	Specifikation 2
ADL-träning/-hjälp (3)	På- och avklädning Hygien (dusch) Städning	
Anpassningsåtgärder (2)	Bostadsanpassning Belysning	Borttagning av trösklar Läslampa
Fotvård (2)	Klippning naglar Slipning av förhådnader	
Fysisk träning (3)	Muskelstyrka Balans Kondition	Quadriceps-träning Cykling, promenader
Hjälpmedel (4)	Gång Syn Hörsel Urininkontinens	Rollator Glasögon Hörapparat Blöjor
Extern kompression (1)	Stödstrumpa	
Läkemedel (8)	Antidepressiva Lugnande medel Sömnmedel Betablockerare Diuretika Antidiabetika Antidyspepsi Laxantia	Citalopram Oxazepam Zopiklon Metoprolol Furosemid Glibenklamid Omeprazol Laktulos
Nutrition (3)	Specialkost Konsistensanpassad kost Näringsstillägg	Energi- och proteinrik kost Finfördelad kost Proteintillägg
Sårvård (1)	Omläggning av sår	Förband
Tandvård (2)	Borttagning av karies Utprovning av ny tandprotes	

behandlingsprogram som går att utvärdera och där alla aktuella behandlingsmetoder anges med tydliga specifikationer vad beträffar behandlingstyp, dosering och behandlingstid. Tabell III illustrerar ett dylikt integrerat behandlingsprogram med angivande av behandlingsmetod och specifikation på två nivåer hos en 85-årig multisjuk kvinna. Totalt omfattade programmet 10 olika behandlingsmetoder med 29 olika behandlingsdelkomponenter. Om man betraktar endast läkemedel som »behandling« kommer man inte bara att mycket kraftigt underskatta antalet olika behandlingsåtgärder som pågår inom äldre vården, utan även riskera att vissa åtgärder inte optimalt understödjer varandra.

I den reguljära hälso- och sjukvården är det ofta bara behandlingsmetoden »läkemedel« som specificeras så tydligt (preparat, styrka, dosering) att det finns förutsättningar för en kritisk analys av effekter över tid. I elektivt (icke-akut) läge föreligger dock ofta en rad oklarheter även för läkemedelsbehandlingen, vilket försvårar den centrala effektanalysen:

- Vilka specifika indikationer gäller för varje enskilt ordinerat läkemedel?
- Hur länge har behandlingen med respektive läkemedel pågått?
- Hur följer patienten ordinationen (ordinationsföljksamhet)?
- När, hur och varför har behandlingen modifierats över tid?
- Ger patientens aktuella symtomlista misstanke om biverkningar, såväl allvarliga som »banala« [4]?

Andra behandlingsmetoder än läkemedel har inte samma »or-

dinationsstatus«, varför det ofta är svårt att uppfatta dem som ingående i patientens behandlingsprogram och därmed löpande kritiskt granska också deras effekter.

DBU-metoden: Uppföljning

Syftet med hälso- och sjukvård är att förhindra att ohälsa uppkommer respektive att reducera uppkomna subjektiva och objektiva hälsoproblem. Därmed blir den systematiska, kritiskt granskande uppföljningen av vidtagna behandlingsåtgärder visavi definierade hälsoproblem en central fråga för hela verksamheten. Det är därför svårast förståeligt att de ansvariga för hälso- och sjukvården ägnat så lite intresse och kraft åt att skapa strukturer som möjliggör just en kvalificerad effektanalys i elektivt (icke-akut) skede. Tvärtom, en ofta kritiserad del av hälso- och sjukvården är det bristande sammanhanget i olika handläggningar och att man ofta inte vet vilka specifika resultat som uppnås på individnivå [6].

Uppföljningen bör i princip motsvara en regelbundet upprepad diagnostisk process för att undersöka om hälsotillståndet förändrats efter det vidtagna behandlingsprogrammet och huruvida eventuella förändringar kan knytas till ordinerade behandlingsmetoder eller om de är uttryck för t ex varierande naturalförlopp.

Analys av multisjuka, äldre personer med komplexa hälsoproblem kräver inte en ändrad fokusering från att »ställa diagnos« till att »stödja funktioner«. Det är uppenbart att det behövs både och. Varför skulle behovet av bedömning av t ex hjärtats funktion och effekten av hjärtsviktsbehandling minska bara för att en person blivit 80 år, behandlas med bl a fyra olika hjärtläkemedel och utöver hjärtsjukdom även drabbats av ett antal andra samtidiga hälsoproblem?

Klinisk forskning kontra klinisk reguljär verksamhet

Den beskrivna DBU-metoden utgår från att praktisk hälso- och sjukvård i princip motsvarar klinisk behandlingsforskning (t ex kliniska läkemedelsprövningar). Skillnaden ligger i att man i forskningssammanhang arbetar mer systematiskt med standardiserade metoder och tillämpar en mer omfattande datainsamling vid varje bedömningstidpunkt (baslinjeundersökning respektive uppföljningar). Reguljär klinisk verksamhet måste ofta förlita sig på en mer begränsad informationsmängd om patienterna. Dock bör framhållas att det även vid reguljär klinisk äldre vård samlas in en mängd mätdata och annan information om patienterna från olika yrkesgrupper inom vård och omsorg – men att materialet i regel inte sammanställs så att det blir möjligt att göra en systematisk, integrerad kritisk effektanalys över tid.

Vårdorganisation anpassad för äldre

Dagens svenska äldre vård har en mängd systemfel som på olika sätt direkt försvårar och motverkar en kvalificerad klinisk analys över tid [7]. Många av bristerna beror till stor del på att vårdens struktur och organisation inte är fokuserad på att kritiskt granska förlopp och effekter av olika vidtagna behandlingsåtgärder. I stället är den styrd efter olika vårdgivarfrågor, t ex vårdnivåer (primärvård, slutenvård), specialiteter, kliniker, yrkesgrupper etc, och följdriktigt utvärderas därför sådant som vårdtider, personaltäthet, vårdkostnader, kvalitetsindikatorer (t ex antal patienter som utvecklar vissa kvalitetsindikatorproblem som trycksår och fallskador), andel korrekt levererade läkemedelsordinationer etc. Dessa fakta på gruppnivå är givetvis viktiga, men de är sekundära och får aldrig ersätta en av de primära kvalitetsfaktorerna inom äldre vården – en kvalificerad analys och kritisk granskning av effekten av alla pågående behandlingsmetoder över tid hos enskilda äldre individer.

Äldrevårdscentral. De problem som tas upp i denna artikel

ANNONS

diskuteras närmare i den nyligen publicerade boken »Multisjuklighet hos äldre« [7]. Där lämnas ett utförligt förslag till en ny typ av vårdorganisation – »äldrevårdscentral« – som är anpassad för äldre. I korthet är syftet med denna organisation

- att flytta fokus i hela verksamheten från vårdgivare till vårdtagare,
- att flytta fokus inom geriatrik och äldrevård från slutenvård på sjukhus till öppen vård i primärvården (med adekvat tillgång till slutenvård),
- att utveckla en ny, problembaserad journal för regelbundet upprepade, kritisk granskning av behandlingseffekter. Dagens »dagboksliknande« registrering av journaldata kan därmed utvecklas till en integrerad »pedagogisk kommunikationsmetod« fokuserad på grafisk förloppsanalys,
- att betona den pedagogiska processen i hela verksamheten dels genom att ombesörja att all personal har adekvat grundutbildning och strukturerad fortbildning i geriatrik, dels genom det nya journalsystemet, som är uppbyggt för att ge en överskådlig och begriplig bild av förloppet av de äldre vårdtagarnas hälsoproblem,
- att skapa goda förutsättningar för klinisk forskning, särskilt behandlingsforskning, inom ramen för den reguljära äldrevårdsverksamheten.

Målgruppen för äldrevårdscentral kan vara

- äldre personer över 65 år som själva önskar tillhöra en samlad organisation för integrerad hälso- och sjukvård med fokus på riskfaktorprofilanalys och prevention av ohälsa,
- personer över 75 års ålder, med samma uppläggning som punkten ovan,
- personer över 75 års ålder med komplexa hälsoproblem och dessutom betydande nedsättning av fysisk och/eller mental funktion med behov av ADL-stöd.

För alla patienter som vill lista sig vid äldrevårdscentral upprättas samlade symtomlistor, aktuella kliniska problemlistor och integrerade behandlingsprogram enligt ovanstående beskrivning.

I visionen om denna vårdorganisation ingår att erbjuda målgruppen både öppen och slutenvård. Tyngdpunkten ligger på öppen vård på äldrevårdscentralens öppna mottagning eller i bostaden. Därtill kan denna typ av vårdcentral erbjuda slutenvård för t ex observation/utredning, rehydrering, blodtransfusion, förberedelse för koloskopi eller andra undersökningar, vård efter fall med kontusionsvård utan fraktur med behov av mobilisering och smärtlindring etc. Enklast kan detta ordnas genom att äldrevårdscentralen fritt får förfoga över olika existerande »slutenvårdsresurser« som korttidsplatser, växelvårdsplatser, avlastningsplatser, rehabiliteringsplatser etc som i stället betecknas samlad som äldrevårdscentralens vårdplatser. På vissa håll kan äldrevårdscentralens slutenvård ges vid närsjukhus, om möjligt av vårdcentralens egen personal. Äldrevårdscentralen handlägger inte »blåljusvård« (stroke, hjärtinfarkt, frakturer etc).

Äldrevårdscentralen bör ha egen fast anställd personal för nyckelgrupperna läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, dietist/nutritionist och arbetsterapeut, där alla har intresse för samt dokumenterad utbildning och strukturerad fortbildning i geriatrik. All personal bör rekryteras via öppen annonsering och anställas utifrån äldrevårdscentralens vision tolkad genom verksamhetsplan och individuella tjänstgöringsplaner. Utöver detta bör äldrevårdscentralen ha ett antal kontrakterade och lätt tillgängliga (via mobiltelefon, videotelefoni, e-post etc) konsulter, som har intresse för äldre personers hälsa och som delar äldrevårdscentralens vision. Exempel på dylika konsulter kan vara nefrolog, kardiolog, onkolog, algolog, psykiater, klinisk farmakolog, apotekare, tandläkare, kurator,

fotvårdare etc beroende på behovet. Om möjligt bör kommunens biståndsbedömare vara anställda inom, eller åtminstone fysiskt placerade i, äldrevårdscentralen.

All personal dokumenterar i en gemensam journal, som i första hand är inriktad på vårdtagarnas problem (»vad?«), i andra på hand på »hur?« och »vem?«. Ett eller flera av patienternas olika mätdata (t ex graderade symtom, laboratorieprov, funktionsskattningar, graderade kriteriediagnoser etc) kan selekteras valfritt och illustreras grafiskt över tid och ställas i relation till det integrerade behandlingsprogrammet vid olika analysstidpunkter. Detta ger en överskådlig bild av förloppet av de olika hälsoproblemen.

Genom att journalen är konstruerad enligt DBU-modellen (se ovan) blir hela verksamheten vid en äldrevårdscentral automatiskt forskningsbar online, vilket innebär en angelägen och kraftig stimulans av klinisk behandlingsforskning inom äldrevården. Dessutom kan journalen användas online för verksamhetsuppföljning, kvalitetsutveckling, vårdutveckling etc.

Vid behov av inläggning på akutsjukhus är äldrevårdscentralens journal tillgänglig för akutsjukhuset genom en krypterad Internetlösning. Vid utskrivning från akutsjukhuset kvitterar äldrevårdscentralen omgående återtagandet av det medicinska vårdansvaret.

Den stora potentialen i organisationen med äldrevårdscentraler ligger i att dels samla ihop landstingets och kommunens äldrevård i en och samma vårdorganisation och låta den styras professionellt utgående från vårdtagarnas hälsoproblem, dels på ett enkelt och överskådligt sätt kunna redovisa komplexa hälsoproblem och analysera hur de utvecklas, inkluderande analys av effekten av behandlingsåtgärder för enskilda patienter.

En äldrevårdscentral utformad enligt denna modell har stora möjligheter att lösa många av problemen inom dagens svenska äldrevård – till gagn för dagens och morgondagens pensionärer.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Blomqvist K, Örtoft K, Åkerlind I. Funktionsvärdering av hjärtsviktspatienter i primärvården. NYHA-systemet opålitligt då annan sjukdom ger liknande symtom-bild. Läkartidningen 2001;98:2713-7.
2. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
3. Akner G. Geriatriken i Sverige saknar en övergripande struktur. Läkartidningen 2002;99:3840-50.
4. Fass. Rapportering av läkemedelsbiverkningar. Stockholm: Läkemedelsindustriföreningen; 2003. p. 1844.
5. Diagnoser och förskrivning av läkemedel. En nationell kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
6. Landstingen är dåliga på verksamhetsuppföljning [intervju med SBU:s chef Nina Rehnqvist]. Läkemedel i förändring 2003;(24):4-5.
7. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldrevårdscentral. Stockholm: Liber; 2004.



=artikeln är referentgranskad