

# Vart tog doktorn vägen?

## Åldrande sjuka undanhålls geriatrisk specialistkompetens

**I** hälso- och sjukvårdens målparagraf (§ 2) kan vi för om 1 januari 1998 läsa att: »Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. LAG 1997:142.»

Det är ord och inga visor, det är t o m lagstadgad ändring av tidigare målbeskrivning. Det är särskilt intressant efter Ädelreformen (1992), som över en natt förklarade alla sjuka och multihandikappade på sjukhem för »boende». Den sjuke blev »brukare» eller »biståndstagare» eller »klient», bara inte »patient». Och undersköterskorna, som inom landstinget haft både kompetens och brosch på landstingets rockar, blev över en natt vårdbiträden i privata kläder. Den sjuksköterskeledda avdelningen ersattes med självstyrande grupper, där sjuksköterskans roll eliminerades till företrädesvis administratörens.

**Och vart tog doktorn vägen?** Bort från den sjuke genom att göras till »konsultläkare» – helst utan geriatrisk specialkompetens, utan teamsamverkan och snart nog utan kännedom om »sina» f d patienter i de särskilda boendena. Till detta kan fogas ekonomiska pålagor för dem i särskilt boende. Varje läkarbesök kostar pengar. »Ronden» har ersatts med att »söka doktorn» – om man anser sig ha råd med det, respektive om den patientnära vårdaren (som inte behöver vara sjuksköterska) anser att man behöver läkarvård.

Hög ålder är i sig förknippad med hög risk för sjukdom och handikapp. Vårdbehovet ökar med stigande ålder på grund av att med det biologiska åldrandet följer en ökad känslighet för sjukdom. Dessutom lider äldre patienter (över 80 år) oftast av flera sjukdomar samtidigt, men med avvikande symtom jämfört med yngre individer med samma åkommor. Smärtbilden är annorlunda, t ex vid hjärtinfarkt och även temperaturreaktionen vid infektion, depres-



FOTO: BJÖRN DAVIDSSON/BLIHUSET

**Den gamla och sjuka människans problem** är lika specifika, kunskapskrävande och problemintensiva som det mycket lilla barnets. Symtomen måste handhas med kunnande, analys och utvärdering om vi verkligen önskar förbättra och förändra äldrevården, skriver Barbro Beck-Friis.

sionsbenägenheten ökar samtidigt som kommunikationsförmågan är reducerad på grund av syn-, hörsel- eller tal-svårigheter.

**Dessa basala fakta** ställer särskilt stora krav på läkarens/vårdarens geriatriska kompetens. Den äldre patienten har dessutom ofta många läkemedel och med det risk för många biverkningar som också kan te sig oklara och förbryllande. Men var finns doktorn?

Vi har idag en inflammerad diskussion om äldrevården. Det är lätt att för-

stå, ty efter Ädelreformen har de sjukaste och svagaste berövats medicinsk kompetens i kommunens strävan att »avmedikalisera» äldrevården och hoppas på att medicinska behov saknas. I kommunens särskilda boende finns varken doktorn med geriatrisk kompetens eller sjuksköterskan vid sängen på 4-salen.

Där står kommunens vårdbiträdespersonal i självstyrande grupper. På dem vilar ansvaret att larma då sjukdomsbilden ändras, t ex då hjärtinfarkten yttrar sig som magont, eller luft-

vägsinfektionen går utan både feber och hosta men resulterar i en obehandlad pneumoni. Det är samma vårdpersonal som en gång var undersköterskor i ett vårdteam, lett av läkare och sjuksköterskor och med tillgång till både kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut som kände den sjuke, hade tillgängliga journalhandlingar och ett medicinskt medvetande. I dag – sex år efter Ädelreformen – är den medicinska kompetensen hos de f d undersköterskorna gravt reducerad på grund av brist på träning i och kommunikation med medicinska frågeställningar.

Visst finns det undantag, väl fungerande boendeformer även ur medicinsk synvinkel – men de är undantagen, inte regeln! Och vårdcentralens läkare gör väl så mycket tiden, orken och lusten tillåter, »4–6 timmar/vecka», men de boende är multihandikappade, med många diagnoser och de tar tid! De är gamla, sjuka och svårkontaktade, dessutom demenssjuka i 60–70 procent av fallen. Vårdcentralen är full av yngre personer som också behöver hjälp och som är produktiva, effektiva, krävande, oberoende, självständiga och dessutom klara och rediga ...

Det är både lagstridigt och oetiskt att blunda för de medicinska behov som de gamla i de särskilda boendena uppvisar. Det är de som har »största behovet av hälso- och sjukvård och skall ges företräde till vården» – enligt lagen. Doktorn med intresse för äldrevård och med geriatrisk kompetens måste åter in i vården av denna ökande skara av gamla och svaga.

Teamsamverkan måste återupprättas och pånyttfödas mellan kommun och landsting, där också undersköterskekompetensen tas till vara och erkänns, och där sjuksköterskan återfinns »bedside» och inte i administrationsrummet.

På akutsjukhusen i dag överförs de »medicinskt färdigbehandlade», dvs de gamla, de sjukaste och mest vårdbehövande, som »lämpliga för kommunens omsorger» efter mycket korta vårdtider, om kommunens biståndsbedömare (oftast utan medicinsk utbildning) anser det lämpligt, och vanligtvis utan geriatrisk uppföljning, rehabilitering eller bedömning. Det har föga med »respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet» att göra. Det handlar om pengar och vårdplatser – eller brist på pengar och vård-



#### **KRÖNIKÖR**

**BARBRO BECK-FRIIS**  
professor, med dr, Borensberg.

*”Vi har i dag en inflammerad diskussion om äldrevården. Det är lätt att förstå, ty efter Ädelreformen har de sjukaste och svagaste berövats medicinsk kompetens i kommunens strävan att ’avmedikalisera’ äldrevården och hoppas på att medicinska behov saknas”*

platser. Det handlar om revirbevakning och en inställning som bäst skulle kunna beskrivas som »det man inte vet har man inte ont av».

**Den gamla och sjuka** människans problem är lika specifika, kunskapskrävande och problemintensiva som det mycket lilla barnets. Symtomen måste handhas med kunnande, analys och utvärdering om vi verkligen önskar förbättra och förändra äldrevården.

Att undanhålla den åldrande och sjuka medmänniskan – var hon än vårdas – doktorn med den geriatriska specialistkompetensen är hybris och demonstrerar ett djupt förakt för de gamla, sjuka och svaga och för den geriatriska kompetensen som sådan. •