

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 för 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 aktivisering 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 multisjuka 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 landstingens 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 arbetstygden 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 villar 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 kaffepaus 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 Björdal, Anna Elisabeth Ljunggren, Atle Klovning, Lars Slørdal

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