

Äldre i fokus

För en patientorienterad & behovsstyrd hälso- och sjukvård av hög kvalitet

Vårdens vanligaste patient

Catharina Ihre Lundgren, Svenska Läkaresällskapets ordförande

"Varje dag räknas"

Äldre- och socialförsäkringsminister Anna Tenje

Etiken i livets slutskede

"Vi måste våga prata om prioriteringar"

Anders Castor, ordförande för Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik

Äldre och läkemedel

Gunnar Andersson, 75, tar nio olika läkemedel och kämpar för att hålla ordning.



Svenska
Läkaresällskapet

Kristian Pohl AB/Regeringskansliet

Foto: Håkan Lindaren

Foto: Privat

FRÅGOR OM INNEHÅLLET SLS kommunikationschef, Jaana Logren Bergqvist, jaana.logren@sls.se, 08- 440 88 68

”Vårdens vanligaste patient”

Mitt emot mig sitter min patient – en kvinna med konstaterad bröstcancer. Journalen säger att hon är 98 år gammal, men det är svårt att föreställa sig. Hon är pigg och närvarande, bor hemma och klarar sig utan hemtjänst. När jag föreslår ett uppföljande besök om tre månader ler hon och säger: ”Så du tror att jag lever då?” Ja, det gör jag verkligen. Hon svarar väl på behandlingen, utan komplikationer. Det är ett tydligt exempel på hur långt vi har kommit tack vare medicinsk forskning och framsteg – som har gjort att fler lever längre – en fantastisk utveckling.

Men med den ökande livslängden följer också en ny verklighet: allt fler patienter lever med flera samtidiga, kroniska sjukdomar. Vår vanligaste patient i dag är 75 år och har fem till sex diagnoser. Vården är däremot fortfarande strukturerad utifrån enskilda diagnoser och specialiteter. Det gör att äldre med multisjuklighet ofta hamnar i kläm – mellan vårdnivåer, mellan riktlinjer, och mellan huvudmän. Det finns allvarliga brister i vården för denna växande patientgrupp. Det är hög tid att ändra på det och det är därför vi valt att lyfta äldre med multisjuklighet som tema i denna tidning.

Forskningen kring patientgruppen är bristfällig. De flesta kliniska studier fokuserar på enskilda diagnoser och inkluderar sällan äldre personer med komplex sjukdomsbild. Det innebär att vi ofta saknar evidensbaserade behandlingsriktlinjer för just denna patientgrupp. Hur påverkas en 75-årig person med hjärtsvikt, KOL och diabetes av en ny cancerbehandling? Finns det läkemedelskombinationer som gör mer skada än nytta? Dessa frågor är avgörande för att kunna erbjuda en säker och effektiv vård för äldre patienter, men de får alltför lite uppmärksamhet.

Förutom forskning behövs en tydlig satsning på fortbildning för vårdens professioner. Läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal måste ha rätt kompetens för att kunna hantera den komplexa problematik som äldre patienter med multisjuklighet innebär. Vi behöver bli bättre på att förstå åldrandets effekter på sjukdomsförlopp och behandlingar.

Därtill krävs en förändrad syn på vårdens organisation och arbetssätt. I dagsläget är vården fragmenterad, och patienter bollas ofta mellan olika specialiteter på olika vårdnivåer och vårdgivare utan en samordnad strategi. En personcentrerad vård där hela patientens behov beaktas är nödvändig för att äldre med multisjuklighet ska få en fungerande och trygg vård. Där vi kan leva upp till principen om vård efter behov och där kloka kliniska val genomsyrar vården för att undvika både över- och underbehandling.

Min patient ser mig i ögonen och ler igen. Hon har levt ett långt liv och har mött många utmaningar längs vägen. Hon förtjänar den bästa vården, grundad i vetenskap, beprövad erfarenhet och helhetsperspektiv. Låt oss se till att vi ger henne och alla andra äldre den vård de förtjänar.

Catharina Ihre Lundgren, SLS ordförande, bröst- och endokrinkirurg, Karolinska Universitetssjukhuset, docent vid Institutionen för Molekylär Medicin och kirurgi, Karolinska Institutet.

”

”Läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal måste ha rätt kompetens för att kunna hantera den komplexa problematik som äldre patienter med multisjuklighet innebär”



Foto: Erik Flyg

CATHARINA IHRE LUNDGREN
Ordförande
Svenska Läkaresällskapet

Forskning – nyckeln till ökad kunskap

Äldre med multisjuklighet utgör en allt större del av patienterna inom hälso- och sjukvården och det finns mycket i det medicinska omhändertagandet och samverkan kring patientgruppen som behöver utvecklas och förstås bättre. För att öka kunskapen inom området behövs mer forskning.

TEXT: Lena Edberg

Trots den ökande kunskapen om multisjuklighet hos äldre finns flera utmaningar som behöver hanteras. Ett av de största problemen är fragmentering av vården, där äldre patienter ofta tvingas navigera mellan olika vårdinstanser utan en tydlig helhetsbild av deras behov. Polyfarmaci är även ett påtagligt problem hos patientgruppen, vilket bland annat orsakar biverkningar, och ett stort antal extra vård dagar till följd. En annan utmaning är de komplexa behov som många äldre med multisjuklighet har där olika samverkansmodeller har testats med mer eller mindre framgång.

Ett annat problem är att mycket av dagens medicinska forskning fokuserar på enskilda sjukdomar och där samsjuklighet är ett kriterium för att exkludera patienter ur studierna. Detta leder till att evidensbaserade behandlingsmetoder inte alltid är anpassade för äldre med multisjuklighet. Kunskaperna kring multisjuklighet är fortfarande begränsade och det behövs fler studier som tar hänsyn till hela sjukdomsbilden hos äldre patienter.

Dagens medicinska forskning

fokuserar på enskilda sjukdomar.

Tvärvetenskaplig forskning om äldre med multisjuklighet

Svenska Läkaresällskapet (SLS) verkar för att främja vetenskaplig utveckling och spridande av medicinsk kunskap samt identifierar och främjar klinisk forskning inom angelägna områden. Bland annat delar SLS ut forskningsanslag och belönar forskare som utmärkt sig genom enastående resultat och välskrivna artiklar med SLS priser och medaljer.

För att öka kunskapen om äldre med multisjuklighet utlyser SLS sedan 2023 särskilda medel som kan sökas för tvärvetenskaplig forskning om äldre med multisjuklighet. Tre forskningsprojekt kan beviljas och dela på anslaget om två miljoner kronor. Ansökningarna har hittills berört allt från pre-operativa geriatrika bedömningar och vård inför bukoperationer vid cancer, till användning av läkemedelsdata för att förutse återinläggningar och sjukdomsutfall.



Foto: Anders Wärne

Ola Winqvist, ordförande för SLS delegation för medicinsk forskning.

– Det är spännande att se alla vetenskapliga frågeställningar som belyses i ansökningarna, vilket förhoppningsvis på sikt kommer att ge effekt för äldre med multisjuklighet, säger Ola Winqvist, ordförande för SLS delegation för medicinsk forskning. Äldre med multisjuklighet utgör en utmaning för hälso- och sjukvården där antalet patienter stiger med en ökad förväntad överlevnad. Utmaningen gäller allt från diagnostik, behandling och omhändertagande där inte minst polyfarmaci ger komplexa effekter och biverkningar i en åldrande fysiologi.

– Genom att beforska området kan vi bättre förstå och förbättra diagnostik, dosanpassa behandling och ta hänsyn till interaktioner allt för att skapa bäst möjliga hälsa och välbefinnande, tillägger Ola Winqvist.

Framstående forskare belönas

SLS har under åren belönat många framstående forskare för bland annat viktiga insatser inom geriatrik och andra områden som kan komma patientgruppen äldre med multisjuklighet till gagn. Ett av de områden där det, tack vare outtröttlig forskning, gjorts stora framsteg under de senaste åren är Alzheimers sjukdom. Runt 150 000 människor i Sverige lever med en demenssjukdom och varje år insjuknar uppåt 25 000 personer. Bengt Winblads stiftelse instiftades 2017 av professor Bengt Winblad för att främja neurovetenskaplig forskning inom geriatrik med huvudsaklig inriktning mot demenssjukdomar. SLS delar årligen ut Bengt Winblads pris till en person som gjort framstående insatser inom fältet.

Foto: Hökan Lindgren



Lars Lannfelt, professor emeritus i geriatrik vid Uppsala universitet.

År 2022 belönades professor Lars Lannfelt med Bengt Winblads pris, för hans banbrytande insatser inom molekylär geriatrik som lett till en ökad förståelse för patogenesen vid Alzheimers sjukdom. Han har sedan dess tagit emot flera priser för sin forskargärning på Alzheimerfältet, specifikt för sina vetenskapliga upptäckter och bidrag till utvecklingen av nya läkemedel såsom lecanemab.

En annan auktoritet inom området är Laura Fratiglioni, professor i medicinsk epidemiologi, som belönades med Bengt Winblads pris 2023. Hennes forskning har ökat förståelsen om vilka riskfaktorer som leder till att personer insjuknar i demenssjukdomar.

Foto: Stefan Zimmerman



Laura Fratiglioni, professor i medicinsk epidemiologi, vid Karolinska Institutet.

En av hennes mest betydande insatser är uppbyggnaden av SNAC-K (The Swedish National study on Aging and Care Kungsholmen), en longitudinell befolkningsstudie som inkluderar tusentals individer, har långa uppföljningstider och vars resultat lett till banbrytande upptäckter inom demensfältet.

Forskning – för en bättre vård

För att förbättra vården av äldre med multisjuklighet behöver fler aspekter belysas. Forskning kan bidra till utvecklingen av bättre behandlingsstrategier, eftersom många kliniska riktlinjer idag är utformade utifrån enskilda sjukdomar snarare än kombinationer av sjukdomar. Bättre vårdmodeller kan minska onödiga sjukhusvistelser och främja preventiva insatser. SLS fortsätter att verka för att fler forskningsprojekt inom detta område ska få stöd och bidra till utvecklingen av en mer sammanhållen och individanpassad vård för äldre patienter.

"Trots att Alzheimers sjukdom är en enorm utmaning, ser vi nu en spännande utveckling inom forskningen – vi är på väg att göra stora framsteg, och framtiden ser lovande ut".

Dr. Reisa Sperling, professor i neurologi vid Harvard Medical School, leder *Harvard Aging Brain Study* och är en ledande expert på demens och Alzheimers sjukdom. Reisa Sperling gästade SLS under en temakväll våren 2025. Länk till inspelning se sid 14.



Foto: bwhbulletin.org

Sex skäl till att forska mer på området!



En åldrande befolkning innebär fler med flera kroniska sjukdomar, vilket ställer ökade krav på vården.



Äldre med multisjuklighet har komplexa vårdbehov som försvårar vårdplaneringen.



Bristande samordning mellan primärvård, sjukhus och kommunal omsorg kan leda till försämrad livskvalitet och ökade kostnader till följd.



Kliniska riktlinjer är i regel utformade utifrån enskilda sjukdomar snarare än kombinationer av sjukdomar.



Forskning kan bidra till kostnadseffektiva vårdmodeller som minskar onödiga sjukhusvistelser och främjar preventiva insatser.



Genom att bättre förstå multisjuka äldres behov kan vården anpassas för att förbättra livskvalitet, autonomi och självständighet för dessa patienter.

OLIKA TERMER FÖR OLIKA POPULATIONER MED OLIKA VÅRDBEHOV!

Enligt Socialstyrelsens definition avser "Multisjuka äldre" 5% av 65+ medan "Äldre med multisjuklighet" avser 95% av 65+.



INTERVJU *Niklas Ekerstad*

”Evidens och behov ska styra vården – även för äldre”

Sveriges äldre befolkning växer snabbt – men ålder i sig säger lite om vårdbehovet på individnivå. Gruppen är oerhört heterogen, och vården måste bli bättre på att se individens unika behov, menar Niklas Ekerstad, ordförande för SLS delegation för medicinsk kvalitet. För att klara framtidens äldrevård krävs mer evidens, bättre samverkan och ett skifte i synen på kostnader och kontinuitet.

TEXT: *Ulrica Segersten*

Om tio år beräknas Sverige ha 800 000 personer som är 80 år eller äldre. Men att vara 80+ gör inte en individ till patient – och gruppen är långt ifrån homogen, vilket är en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar.

– Det är en oerhört heterogen grupp, säger Niklas Ekerstad, docent, specialistläkare i kardiologi och internmedicin i Västra götalandregionen samt ordförande för Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk kvalitet.

Enligt svensk gällande rätt ska kronologisk ålder inte avgöra vem som får vård eller påverka kvaliteten på vården till det sämre. Därför behövs en individuell bedömning. Det är viktigt att undvika klumpa ihop individer till en grupp, menar Niklas Ekerstad. Sjukvård ska ges evidensbaserat efter behov, och störst vårdbehov ska gå först, enligt prioriteringsplattformen.

– Vi har 80-åringar som springer maraton och lever aktiva liv, och vi har individer i samma ålder med fem-tio kroniska sjukdomar, återkommande akuta tillstånd och stort vårdbehov. Men oavsett är det avgörande att alltid se människan bakom åldern och sjukdomsdiagnoserna.

Enligt Ekerstad måste vården bättre anpassa kunskapen på individnivå. Det saknas dock ofta ett robust vetenskapligt underlag för det – äldre med många sjukdomar inkluderas sällan i kliniska studier, ibland av förklarliga skäl. Men även med bättre studier kommer vården alltid behöva förena vetenskap, klinisk erfarenhet och individens egna önskemål.

Utöver mer forskning och individanpassning lyfter Ekerstad behovet av bättre samverkan mellan vårdnivåerna och att täppa till glappen som ofta sker i skarvarna.

– Problemen uppstår ofta i övergångarna: exempelvis från sjukhus till kommunal vård eller mellan särskilda boenden och primärvården.

Primärvården som bas

En stabil primärvård vore särskilt viktig för äldre med komplexa behov, menar Ekerstad. I Sverige har bara cirka 32 procent en fast läkarkontakt – betydligt lägre än i jämförbara länder. Detta drabbar sköra och kognitivt påverkade extra hårt.

– Kontinuitet är avgörande. Att ständigt byta läkare eller sjuksköterska skapar risker för sämre bemötande och beslut, säger han.

Sverige har dessutom bland Europas kortaste sjukhusvårdtider och lägst antal vårdplatser per invånare.

– Vårdtider vid akuta tillstånd är ofta alltför korta för sköra äldre. Det finns risk att viktig information missas och att övergången hem blir bristfällig. Och det blir både dyrt och dåligt på lång sikt.

” Att ständigt byta läkare eller sjuksköterska skapar risker för sämre bemötande och beslut.

Primärvården ska vara basen, men sköra äldre blir även de akut sjuka av exempelvis hjärtinfarkt, stroke, sepsis, höftfrakturer.

– Det kostar att lägga in människor på sjukhus, ja, men att inte behandla akuta tillstånd korrekt blir ofta ännu dyrare – både för individen och samhället. Det har vi många bevis för inom kardiologin, säger Ekerstad.



Foto: Privat

Ekerstad pekar också på att det inom kommunal omsorg ibland saknas tillräcklig medicinsk kompetens, trots att individer på särskilda boenden ofta har stora och komplexa vårdbehov och att de som jobbar där gör sitt absolut bästa.

Fyra centrala förbättringsområden enligt Ekerstad:

1. Bättre evidens och vetenskapligt underlag för vård av sköra äldre med flera diagnoser.
2. Individuella bedömningar där patientens unika situation och behov står i centrum.
3. En sjukvårdsstruktur bättre anpassad för äldre med multisjuklighet eller skörhet.
4. Mer utbildning och fortbildning om åldrande, skörhet och komplexa behov.

Därtill tillkommer utmaningar med digitalisering och ersättningssystem, som ofta inte är anpassade efter sköra äldres behov. Många äldre har svårt att ta del av digitala vårdverktyg, särskilt vid begynnande demens eller socioekonomisk utsatthet.

Begrepp spelar roll

Under pandemin blev det tydligt hur illa många äldre tog vid sig av att klumpas ihop som grupp. Internationellt används i allt större utsträckning begreppet "skörhet" (frailty) för att bättre beskriva äldres behov, och för att individualisera bedömningar, behandling och uppföljning. Detta är på gång även i Sverige.

– Multisjuklighet innebär två eller fler kroniska sjukdomar. Det betyder att över 90 procent av 65-plussarna räknas som multisjuka, säger Ekerstad.

Han menar därför att ålder i sig och antal sjukdomar inte räcker som mått, och att skörhet som begrepp når något längre i riktning mot individualiserad, behovsanpassad vård för äldre.

Utbildning krävs på flera nivåer

Ekerstad ser behov av att äldre- och skörhetsperspektiv vävs in i grundutbildningar för läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och dietister. Även i specialistutbildningar måste förståelsen för åldrande och multisjuklighet prioriteras.

– Arbetsgivare måste också skapa förutsättningar för adekvat fortbildning, trots pressade arbetsmiljöer.

Svagt evidensläge

Inom många specialiteter är evidensläget för äldre svagt. Även inom kardiologi – ett av de mest studerade områdena – är 75- och 80-plussare ofta exkluderade från kliniska studier, i synnerhet sköra individer med många sjukdomar.

– Det är svårare att forska på individer med många sjukdomar, säger Ekerstad. Därtill kräver etikprövningen tydligt samtycke, vilket kan vara svårt vid kognitiv påverkan.

I Storbritannien används ibland neutrala ställföreträdare för att bistå vid samtycke, något Sverige skulle kunna inspireras av.

Paradoxen: Fler överlever – men med följsjukdomar

Medicinska framsteg har gjort att fler överlever hjärtinfarkt, stroke och sepsis. Men många får leva länge med restillstånd: nedsatt rörlighet, hjärtsvikt, kognitiva svårigheter. Det innebär att vi fått en "långsammare död", där fler lever fler år med nedsatt förmåga att klara vardagen.

Det finns starka medicinska och etiska skäl för att kämpa för förbättringar av äldres vård, med bättre förutsättningar för bra individuella bedömningar. Men det kräver utvecklad och anpassad primärvård samt större utrymme till noggranna uppföljningar och en annan syn på kostnaden för vårdplatser, kanske.

– Under 1990-talet och framåt minskade antalet vårdplatser i tron att vi skulle leva pigga länge och dö knall och fall, men så fungerar det sällan. Det blir ofta ett utdraget förlopp med växande antal krämpor avslutar Niklas Ekerstad.



Potential till förbättringar

- **Evidensunderlaget:** Genomför fler studier som inkluderar både pigga och äldre med multisjuklighet för att förbättra evidensunderlaget.
- **Mer utbildning och fortbildning:** Utveckla och implementera utbildningsprogram på grundnivå, vidareutbildningsnivå och fortbildningsnivå som fokuserar på äldre och deras specifika behov.
- **Strukturella förbättringar:** Förbättra kommunikationen mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård för att säkerställa kontinuitet och kvalitet i vården av äldre.
- **Digitalisering och ersättningssystem:** Anpassa digitala verktyg och ersättningssystem för att bättre möta sköra äldres vårdbehov.
- **Uppföljning av läkemedel:** Följ noggrant upp effekten av nya läkemedel hos äldre patienter.
- **Samarbete mellan primärvård och sjukhusvård:** Stöd primärvården genom att i utvalda fall dela ansvaret för uppföljning av patienter med komplexa problem under en period.
- **Stärk primärvården:** Arbeta för att öka antalet primärvårdsläkare och säkerställa att de har en rimlig arbetsbörda per person.

Äldre- och socialförsäkringsminister
Anna Tenje (M)

Foto: Kristian Pohl AB/Regeringskansliet



INTERVJU *Anja Ténje*

Varje dag räknas – om behovet av sammanhållen vård för äldre

En åldrande befolkning är ett tecken på framsteg – men också en utmaning för vården. Äldre- och socialförsäkringsminister Anna Ténje lyfter vikten av samverkan, fast läkarkontakt och en mer tillgänglig vård för att möta behoven hos äldre med komplex sjukdomsbild. Med regeringens nya demensstrategi och förstärkta satsningar på primärvården vill hon skapa trygghet i livets slutskede.

TEXT: *Ulrica Segersten*

Enligt lagen ska de äldre ha tillgång till fast läkarkontakt och, om man har behov enligt SoL och HSL, även en individuell plan. Det säger äldre- och socialförsäkringsminister Anna Ténje som vid flera tillfällen höjt sin röst både mot ålderismen, "som resursslöseri" och för att kvaliteten i äldreomsorgen måste stärkas. Hon påminner samtidigt om att det faktum att de äldre blir allt fler är ett resultat av förbättrad folkhälsa och medicinteknisk utveckling. Att det är en fantastisk utveckling, men att med stigande ålder ökar risken för mer komplexa sjukdomstillstånd.

– Dessa personer har ofta behov av både enkla och kvalificerade primärvårdsinsatser och insatser från den specialiserade hälso- och sjukvården. Denna utveckling ställer särskilda krav på hur regioner som kommuner, organiserar och tillgängliggör hälso- och sjukvård. Det gäller bland annat tillgången till medicinteknisk utrustning, personalens kompetens, bemanning och inte minst samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar; regional och kommunal primärvård samt den specialiserade vården som regionerna ansvarar för, säger Anna Ténje.

Det är lätt att äldre faller mellan stolarna. För att vården ska kunna upplevas som sömlös, menar ministern att båda huvudmännen behöver samverka kring planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

– Detta behöver göras med invånarnas behov som utgångspunkt. Här vet vi att det fortsatt finns stora utmaningar.

Den kommunala hälso- och sjukvården möter i hög grad äldre patienter med sammansatta behov, personer med kroniska sjukdomar och multisjuka

personer. För att möta dessa individers behov och erbjuda dem en god och säker vård krävs medicinsk kompetens.

– Regeringen tillsatte mot denna bakgrund en utredning som lämnade förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård. Utredaren föreslog även åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslagen som innefattar möjligheten för kommuner att anställa läkare för kliniskt arbete, överlämnades till regeringen i november 2024. Utredningen lämnade också förslag för tydligare och mer enhetliga avtal om läkarmedverkan mellan region och kommun samt en ledarskapsutbildning för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården.

I takt med att vi lever längre ökar också antalet sjuka år, inte minst med kroniska sjukdomar, samtidigt som vi kan göra mer rent medicinskt. Hur ser du på politikens roll i att anpassa hälso- och sjukvården till denna demografiska och medicinska utveckling?

– Nuvarande organisering av hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige kom till i en annan tid och den fungerar inte fullt ut för att hantera befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Det är just denna utveckling som i hög grad är motivet till den pågående omställningen till god och nära vård som regeringen nu arbetar med.

– En utvecklad nära vård med en stärkt primärvård kan ge en effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Samt att patienten, oaktad ålder, är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Anna Tenje poängterar att vi behöver bli mer fokuserade på vilka vi är till för, inte i vilken regi vård- eller omsorgsinsatser sker. Att även politiken behöver samarbeta bättre.

– Det sista vi vill är att äldre med stort vårdbehov hamnar på akuten. Här behöver både den kommunala och regionala hälso- och sjukvården samt omsorgen hantera vårdbehovet.

I januari tog regeringen beslut om en ny utvecklad nationell demensstrategi: "Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025–2028".

– Strategin syftar till att tydliggöra områden inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården som är av särskild betydelse för personer som har en demenssjukdom, lyfta fram behov av utveckling och att följa upp utvecklingen. Strategin kan vara ett stöd för kommuner, regioner och andra aktörer i arbetet med kvalitetsutveckling, så att personer som har en demenssjukdom får tillgång till vård och omsorg av god kvalitet. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att främja utvecklingen inom vården, omsorgen och tandvården för personer med demenssjukdom.

Det finns en återkommande kritik om att äldre med komplexa vårdbehov "faller mellan stolar-na" – mellan primärvård, specialistvård och kommunal omsorg. Finns det konkreta politiska initiativ eller visioner för att förbättra samordningen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan vårdnivåerna?

– Äldre multisjuka personer har ofta komplexa vårdbehov och därmed särskilt stort behov av trygghet, kontinuitet och samordning. Vård- och omsorgsinsatser utförs av flera olika professioner inom kommunen och läkarinsatser utförs av regionens primärvård. Många äldre personer har även behov av specialiserad hälso- och sjukvård från regionen. Samordningsbehoven är därmed betydande, svarar Anna Tenje.

Ministern återkommer till att god och nära vård handlar just om att säkerställa att den är samordnad. Regioner och kommuner behöver därför arbeta med planering och samverkan mellan kommun och region i hälso- och sjukvården, för att kunna ta del av medlen för god och nära vård.

– Ett annat viktigt område som huvudmännen behöver arbeta med för att få ta del av medlen är fast läkarkontakt, säger Anna Tenje.

Enligt Anna Tenje kan vikten av fast läkarkontakt inte nog överskattas.

– Kontinuitet underlättar informationsutbytet och har därmed positiv effekt för behandlingen av patienten och patientens upplevelse av vården.

Inom hemtjänsten finns idag fast omsorgskontakt, och under 2026 inför regeringen även fast omsorgskontakt inom särskilt boende. Rapporter visar att personer med en fast kontakt i vården har bättre erfarenheter när det gäller tillgänglighet, delaktighet och samordning än personer utan en fast kontakt.

– Samtidigt vet vi att färre än hälften av de som har behov av en fast läkare upplever att de har tillgång till det. Detta trots att lagen säger att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.

– Jag vill också påminna om att det av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen följer att en individuell plan ska upprättas när en individ har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Sådana individuella planer benämns ofta samordnade individuella planer, SIP. I min tidigare roll som kommunstyrelseordförande i Växjö lade vi stor vikt vid en god SIP, just för att det får en otroligt positiv effekt för den enskilde.

Hur ser du på den långsiktiga nedgången i tillgång till vårdplatser för äldre multisjuka, och dess konsekvenser för exempelvis akutsjukvården? Vad anser du borde vara den bärande filosofin kring hur många vårdplatser som behövs?

– Regeringen ser flera tecken på att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte är anpassad för att möta dagens behov, med bland annat långa värdköer, bristande tillgänglighet och ett otillräckligt antal vårdplatser med bristande patientsäkerhet som följd. Att öka vårdkapaciteten, där antalet disponibla vårdplatser ingår som en viktig del, och korta värdköerna är en prioriterat fråga för regeringen, säger Anna Tenje.

Regeringen har tagit flera initiativ för att stärka tillgängligheten och öka vårdkapaciteten. Under 2025 fördelar regeringen 5,9 miljarder kronor till regionerna. Medlen är prestationsbaserade och ska användas för att stärka tillgängligheten, öka vårdkapaciteten, och förbättra kompetensförsörjningen och arbetsmiljön. Regioner som inte kan visa på resultat blir återbetalningsskyldiga.

Regeringen har sedan tidigare även gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell plan för att minska vårdplatsbristen. I uppdraget ingår att Socialstyrelsen ska stödja regionerna i arbetet med att uppnå riktvärdet och öka vårdkapaciteten. För att det ska lyckas måste kompetensförsörjningen stärkas och arbetsmiljön förbättras, så att hälso- och sjukvårdens personal har förutsättningar att vilja och orka arbeta i hälso- och sjukvården.

Hur skulle du själv definiera ett "framgångsrikt åldrande"? Och vilken roll spelar samhället och vården i att möjliggöra detta?

– För mig kan regeringens nya demensstrategi sammanfatta min syn på framgångsrikt åldrande; att varje dag räknas. Varje dag räknas, där regeringens satsningar på ofrivillig ensamhet uppmärksammas, att hälsosamtal görs i kommuner och att socialtjänsten och vård- och omsorg arbetar mer förebyggande. För varje dag räknas för alla individer i vårt samhälle. Sverige som välfärdssamhälle ska se, bry sig om och uppmärksamma de sista åren av en människas liv på motsvarande sätt som vi ser på de första åren i livet - med förhoppningar, engagemang och omtanke, avslutar minister Anna Tenje.

”Splittrat ansvar gynnar inte vården av äldre”

För att möta de komplexa vårdbehoven hos äldre är det avgörande med rätt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Flera utredningar har lyft fram brister i läkarmedverkan inom sektorn, och 2024 presenterades förslag för att stärka tillgången till läkare. SLS välkomnar flera av förslagen men avvisar helt förslaget om att kommuner ska kunna anställa läkare.

TEXT: Jaana Logren Bergqvist

Den kommunala hälso- och sjukvården möter många äldre patienter med komplexa vårdbehov, ofta multistjuka, som kräver en samordnad insats från flera olika vårdgivare. Frågan om kommunernas möjlighet att anställa läkare har diskuterat sedan Ädelreformen trädde i kraft 1992. Med anledning av Coronakommissionens förslag att kommuner ska kunna anställa läkare tillsatte regeringen i juni 2023 en utredning. I november 2024 presenterades betänkandet ”Stärkt kompetens i kommunal hälso- och sjukvård”.

SLS välkomnar en stärkt läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården men ser en risk för otydlig ansvarsfördelning mellan region och kommun. För att säkerställa en långsiktigt hållbar vård måste primärvården stärkas, genom fler specialister i allmänmedicin som kan erbjuda en fast läkarkontakt för en avgränsad patientlista.

– Kontinuitet i vården är avgörande, särskilt för äldre med multistjuklighet som ofta är beroende av kommunal primärvård både i ordinärt och särskilt boende. Vi stödjer förslagen om att läkare ska vara tillgängliga för nära personcentrerat medicinskt arbete. För det krävs god och ändamålsenlig organisering liksom tydlighet kring vilken kompetens som krävs för uppdraget, säger Susanna Althini, specialist i allmänmedicin och ledamot i SLS nämnd.

SLS varnar samtidigt för en alltför detaljerad reglering av läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.

– Detaljerade regler kan vara ändamålsenliga i vissa delar av landet men mindre välfungerande där förutsättningarna skiljer sig åt. Stelbenta system som inte kan anpassas efter lokala behov bör därför undvikas. Viktigare att säkra medicinsk kompetens i det strategiska ledningsarbetet, menar Susanna Althini.

När det gäller förslaget om att kommunerna ska kunna anställa läkare för patientnära kliniskt arbete samtidigt som regionerna behåller huvudansvaret, är SLS starkt kritiskt.

– Om kommunerna får anställa läkare för uppgifter som egentligen är regionernas ansvar, kan vi få två huvudmän som konkurrerar om samma läkare

eller två läkare som ska ronda samma patienter. Vi ser uppenbara risker med att frikoppla läkarinsatser i kommunal primärvård från läkarlistningen i regional primärvård. Möjligheten att erbjuda fast läkarkontakt för alla patienter kan försämrats och därmed motverka syftet att stärka primärvården, avslutar Susanna Althini.

FÖRSLAGEN I KORTHET

- Kommunerna ska kunna anställa läkare för patientnära kliniskt arbete.
- Regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan ska kvarstå.
- Krav ska införas på att kommunal hälso- och sjukvård ska ha tillgång till läkare och sjuksköterska för medicinsk bedömning dygnet runt.
- Socialstyrelsen ska ta fram föreskrifter för avtal om läkarmedverkan mellan kommun och region.
- Det ska finnas medicinsk kompetens på ledningsnivå i både region och kommun.
- En nationell samordnare tillsätts för att uppnå målet om 1 100 invånare per specialistläkare i primärvården.



Susanna Althini, specialist i allmänmedicin och ledamot i SLS nämnd.

Foto: Privat

Hälso- och sjukvård i förändring: Lärdomar från England

Äldre med multisjuklighet är världens vanligaste patient, men också en av de mest komplexa patientgrupperna. Samtidigt som Sverige kämpar med att samordna vårdinsatser mellan regioner och kommuner, finns liknande problem i många andra länder. I mars 2025 gästade professor Lord Darzi Svenska Läkaresällskapet för att belysa utmaningarna inom Englands sjukvårdssystem. Professor Lord Darzi ledde den oberoende granskningen av NHS (National Health Service) 2024 och fann att systemet är i ett kritiskt tillstånd.

TEXT: Lena Edberg



Foto: © House of Lords / photography by Roger Harris

Foto: Collage (www.tomorrowpapers.co.uk/uk-front-pages-12th-of-september-2024)

Under SLS temakväll den 10 mars 2025 belystes de utmaningar och möjligheter som präglar hälso- och sjukvårdssystemen i både England och Sverige. Hedersgäst var professor Lord Darzi, som lett den oberoende översynen av det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet NHS (National Health Service) 2024. Professor Ara Darzi höll en insiktsfull presentation om det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet, dess nuvarande status, förändringar och utmaningar samt gav sina reflektioner om vägen framåt.

På plats för att beskriva det svenska hälso- och sjukvårdssystemet var Ulrika Winblad, professor i hälso- och sjukvårdsforskning vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet samt SLS vetenskapliga sekreterare Jonas F Ludvigsson. Kvällen bjöd på intressanta jämförelser, engagerade diskussioner och viktiga lärdomar om hur framtidens hälso- och sjukvårdssystem kan utvecklas för att möta befolkningarnas växande behov.

Nuläge och bakgrund

Sverige och England står idag inför liknande utmaningar: en åldrande befolkning, ökad multisjuklig-

het och begränsade resurser. Samtidigt är vi på väg in i en revolution inom hälsa och vård, där genetik, AI och precisionsmedicin omdefinierar vad som är möjligt. Frågan är inte om sjukvården kommer att förändras, utan hur vi kan se till att dessa förändringar leder till bättre folkhälsa och mer hållbara sjukvårdssystem.

Sjukvårdssystem i förändring

Trots att både Sverige och England länge rankats bland världens bästa sjukvårdssystem (England på tredje plats och Sverige på sjätte enligt Commonwealth Fund), visar en studie från UCL:s Institute for Global Health att de har stora förbättringsområden. När det gäller patientsäkerhet placerades Sverige på elfte plats och England på 23:e. Det är tydligt att även världsledande sjukvårdssystem har förbättringspotential och mycket att lära av varandra. Lord Darzi uttryckte en oro för att våra två sjukvårdssystem nu börjar divergera. Medellivslängden i Sverige är fortsatt bland de högsta i världen och spädbarnsdödligheten bland de lägsta. Patientnöjdheten är även den fortsatt mycket hög då över 80 % av svenskarna rapporteras vara nöjda. I kontrast till detta har många viktiga prestationsmått planat ut eller till och med försämrats i England. Under det senaste decenniet har livsläng-

den stagnerat och 2022 var spädbarnsdödligheten nästan dubbelt så hög som i Sverige. Allmänhetens frustration över de långa vårdköerna har inneburit att patientnöjdheten sjunkit till en historiskt låg nivå på endast 24 %. Det var utifrån denna bakgrund som Englands hälsominister utsåg Lord Darzi till att genomföra den oberoende granskning av NHS tillstånd som publicerades i september 2024.

NHS i kris: Orsaker och konsekvenser

Lord Darzi kom i sin granskning fram till att NHS tillstånd är kritiskt och trots att han arbetat inom NHS i över 30 år blev han själv chockad över resultatet. Folkhälsan i England har försämrats under det senaste decenniet. Dödlighet orsakad av behandlingsbara tillstånd är oväntat hög. Dessutom är tillgången till vård kritisk inom alla delar av NHS med alldeles för långa väntetider. Oavsett om det handlar om att träffa sin allmänläkare, söka vård inom psykiatri eller få behandling på sjukhus så är väntetiderna alldeles för långa.

Tre avgörande händelser som har påverkat NHS!



FINANSKRISEN 2007–2008

Orsakade eftersatt infrastruktur, teknikbrist och ett investeringsunderskott på 37 miljarder pund, vilket sänkte produktiviteten.



THE HEALTH AND SOCIAL CARE ACT 2012

En omvälvande politisk reformering av NHS vilken ändrade hur sjukvården skulle organiseras och finansieras. Den syftade till att förbättra effektiviteten, öka konkurrensen och ge patienter större kontroll över sin egen vård. Detta beskrivs av Lord Darzi som en katastrof utan internationellt motstycke och som lämnade NHS splittrat och oflexibelt.



COVID-19-PANDEMIN

Pandemin drabbade NHS hårdare än många andra sjukvårdssystem, främst på grund av att de två föregående händelserna redan hade försvagat systemet. NHS tvingades att skjuta upp eller helt ställa in fler rutinbehandlingar under pandemin än något jämförbart sjukvårdssystem.

”Tillgången till vård är kritisk inom alla delar av NHS.

Kan NHS vända utvecklingen?

Lord Darzi menar att det är möjligt, men bara om man drar lärdom av erfarenheterna. NHS måste gå från ord till handling, genomföra sina planer och agera. Man måste även förstå problemets verkliga orsaker. Trots fokus på personalbrist har sjukhusens vårdpersonal ökat med 20 %, medan produktiviteten stått still. Darzi ser därför en produktivitets-kris snarare än personalbrist. Regeringen arbetar nu på en 10-årsplan för hälso- och sjukvården, som presenteras våren 2025.

Viktiga lärdomar

Lord Darzi lyfte fram viktiga lärdomar för att förbättra sjukvårdssystemen. Först betonade han att sjukvård bör ses som en investering snarare än en kostnad. Beslutsfattare missar ofta hälsans bredare värde och de ekonomiska fördelarna av en frisk befolkning. Han påpekade även den outnyttjade potentialen i teknologin. Trots medicinska framsteg är sjukvården ofta efter i digitalisering, där endast 1 % av läkarbesöken i England bokas online. Slutligen betonade Darzi vikten av transparens för att återbygga förtroende. NHS har länge ignorerat varningar från personal. Lord Darzi beställde 331 analyser av all data som finns tillgänglig sedan 2001, över 200 av Englands främsta analytikern sammanställde dessa data och rapporterade till Lord Darzi som publicerade alla resultat. Genom detta ville han återfå allmänhetens förtroende för NHS, samt förtroendet mellan NHS personal och politikerna. Grunden för att bygga förtroende är öppenhet och ärlighet, underströk Lord Darzi.

Den 13 mars 2025, några dagar efter SLS temakväll, tillkännagav Storbritanniens premiärminister Keir Starmer planer på att avveckla NHS.

ULRIKA WINBLAD

Professor i hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala universitet.



”Det finns många svagheter i den svenska vården: ett ökande vårdbehov, ekonomiska underskott, alltför få vårdplatser, låg tillgänglighet och långa väntetider. Det är brist på vårdpersonal och bristande samordning, särskilt när det gäller utskrivning av sköra äldre från sjukhus till kommunal vård”.

Foto: Uppsala universitet

Kalendarium

Maj

13/5 kl. 13.00-17.00 SLS Fullmäktigemöte

Plats: SLS hus och digitalt

20/5 kl. 12.00-13.00 SLS webinar
Hälsa som en mänsklig rättighet - inte en måltavla

Arrangör: SLS kommitté för global hälsa

22/5 kl. 13.00-14.00 SFAM:s torsdagsmöte

Plats: SLS hus och digitalt

Arrangör: Svensk förening för allmänmedicin i samarbete med SLS

22/5 NEPIs vårseminarium

Att mäta är att veta!

Plats: SLS hus och digitalt

Arrangör: Stiftelsen NEPI i samarbete med SLS

Juni

3/6 kl. 12.15-13.00 BLF webinar
Om nytt nationellt förstopnings-PM

Arrangör: Svenska Barnläkarföreningen i samarbete med SLS

4/6 Lennanderföreläsning med Carl-Johan Fraenkel

Luft som smittar - har vi tänkt fel om smitta de sista 100 åren?

Plats: Forum Medicum, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet

September

8/9 kl. 17.00-19.00 SLS temakväll om ischemisk hjärtsjukdom

Plats: SLS hus och digitalt

10/9 kl. 12.00-13.00 SLS webinar om palliativ sedering och SLS nya riktlinjer

Arrangör: SLS delegation för medicinsk etik

Oktober

14/10 kl. 18-19.30 Konst & Läkekonst om Lars Forssell

Plats: SLS hus

15/10 kl. 13.00-16.00 SLS webinar: *Vad är PROM och behöver vi*

det?

Arrangör: SLS i samarbete med Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa

22/10 kl. 9.30-17.00 Symposium
"Från biomarkörer till behandling - nya rön inom neurodegenerativ sjukdom"

Plats: SLS hus och digitalt

Arrangör: Bengt Winblads stiftelse i samarbete med SLS

TBA SLS webinar: Nationella kvalitetsregister - en ödesfråga

Arrangör: SLS delegation för medicinsk kvalitet

November

11/11 kl. 13.00-16.00 Symposium om postcovid

Plats: KVA

Arrangör: KVA, VR och SLS

11/11 kl. 18-19.30 Konst & Läkekonst om Jussi Björling

Plats: SLS hus

25/11 eHälsodagen 2025

Journal systemsbytena, generativ AI och hälsodata: Krav på granskning, informationsstruktur och utbildning

Plats: SLS hus och digitalt

Arrangör: SLS kommitté för eHälsa i samarbete med SFMI

26/11 Etikdagen 2025

Normförskjutningar i samhället

Plats: SLS hus och digitalt

Arrangör: SLS Etikdelegation och SLFs läkarförbunds etik- och ansvarsråd

TBA SLS Patientsäkerhets-

webbinar *Second Victim- hur tar vi hand om varandra efter allvarliga händelser i vården*

Arrangör: SLS kommitté för säker vård

December

9-10/12 MR-dagarna i Kista

"Humanism i en era av isolationism"

Arrangör: SLS kommitté för global hälsa

Ta del av inspelade programaktiviteter på SLS YouTube-kanal!



Foto: istockphoto

Webbinar: Fysiologi hos äldre - vad skiljer äldre och unga vuxna?

Få med dig värdefulla insikter för att bättre förstå, hantera och möta åldrandets utmaningar.



Se inspelning!



Foto: istockphoto

Webbinar: Höftfrakturpatienten - en skör grupp som kräver multi-professionellt omhändertagande

Lär dig mer om hur vården av äldre med höftfraktur kan förbättras.



Se inspelning!



Foto: istockphoto

SLS temakväll om Alzheimers sjukdom med ledande experter

Reisa Sperling, Henrik Zetterberg och Sara Hägg, delar den senaste forskningen och framtidens möjligheter inom Alzheimers sjukdom.



Se inspelning!



Foto: Istockphoto, Imperial College of London



SLS Temakväll 8/9 2025 "Hjärtsjukdomars roll vid multisjuklighet hos äldre"

8/9 2025 kl. 17.00-19.00, SLS hus och online

Välkommen till en spännande temakväll där vi får möta Rasha Al-Lamee, kardiolog vid Imperial College i London. Tillsammans med två svenska experter diskuterar Al-Lamee hjärt-kärlsjukdomens betydelse i samband med multisjuklighet hos äldre – ett högaktuellt och komplext område.

PROGRAM & ANMÄLAN www.sls.se



Foto: Istockphoto

Aktuellt i SLS föreningar

Maj

- 14-16 Gastrodagarna
- 18-21 Njurmedicinskt Vårnöte
- 19-21 Svensk Förening för Patologis vårmöte
- 20 Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsas vårmöte
- 20-22 Rehabveckan
- 20-23 Infektionsveckan
- 21-22 Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds vårmöte
- 21-23 Nuklearmedicinskt Vårnöte

Augusti

- 18-22 Kirurgveckan
- 26-28 Ortopedveckan

September

- 3-6 Reumadagarna
- 18-19 Kongress Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

Oktober

- 1 Hematologidagarna
- 7-10 Urologiveckan
- 9-10 Svensk Förening för Klinisk Fysiologis höstmöte
- 9-10 Svenska Föreningen för Allergologis Allergidagar
- 14-17 SIM-veckan (Internmedicin)

November

- 18-19 Farmakologidagarna
- 20-21 Geriatriskt forum 2025

Foto: Istockphoto



Heldagssymposium 22/10 2025 "Från biomarkörer till behandling – nya rön inom neurodegenerativ sjukdom"

22/10 2025 kl. 09.30-17.00, SLS hus och online

Välkommen till en dag med fokus på de senaste framstegen inom diagnostik och behandling av neurodegenerativa sjukdomar. Samtliga föreläsare har tilldelats Bengt Winblads pris, som belönar framstående neurovetenskaplig forskning inom geriatrik med inriktning mot demenssjukdomar.

PROGRAM & ANMÄLAN www.sls.se

Foto: Istockphoto



SLS global hälsa-podd!

Djupdyker i alla frågor som rör global hälsa och hållbar utveckling!



Lyssna!



BOKNYHET!

Jonas F Ludvigsson är aktuell med den tredje utgåvan av boken "Att börja forska inom medicin och hälsa". Boken riktar sig till doktorander och blivande forskare inom medicin och hälsa.



Foto: Studentlitteratur

Foto: Istockphoto



Webbinar: Hälsa och välbefinnande genom livet – fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor för årsrika

Webbinar i samarbete med Dietisternas Riksförbund, Fysioterapeuterna och SLS Levnadsvaneprojekt.

Se inspelning!



Läkemedelsbehandling hos äldre – en balansgång mellan nytta och risk

Med ny kunskap och nya läkemedel kan fler besvär hos äldre behandlas både säkrare och mer effektivt. Men med fler läkemedel följer också ökade risker för biverkningar och komplikationer. För att säkerställa en trygg och anpassad behandling krävs ett helhetsperspektiv där läkaren noggrant väger nyttan mot riskerna – både vid insättning, uppföljning och avslut av läkemedel.



Foto: istockphoto

Att äldre idag får fler läkemedel än tidigare är i många fall positivt. Men fler läkemedel innebär större risker för biverkningar. Det ställs därför stora krav på läkaren när en läkemedelsbehandling påbörjas, när den följs upp och inför att behandlingen ska avslutas.

Polyfarmaci – när många läkemedel blir ett problem

Sköra äldre har ofta flera sjukdomar samtidigt. Följs rekommendationerna för behandling av varje sjukdom utan tillräcklig hänsyn till helheten för patienten leder detta ofta till alltför många läkemedel. För äldre måste därför läkaren alltid försöka ta hänsyn till den samlade påverkan av många läkemedel och andra behandlingar, i synnerhet som en läkemedelsbiverkan, särskilt hos äldre, kan vara svårt att skilja från tilltagande symtom av sjukdom. I värsta fall kan detta då leda till att ytterligare ett läkemedel ges.

Läkarens uppgift

Balansen mellan nytta av och risker med ett läkemedel förändras över tid, särskilt vid åldrande med förändrade kroppsfunctioner och nya sjukdomar. Den medicinska nyttan av läkemedelsbehandlingen måste därför följas upp och omprövas regelbundet. I bästa fall sker detta regelbundet hos en läkare med överblick över patientens hela situation, ofta en patientansvarig läkare på vårdcentralen. Denne kan då ta ansvar för patientens samlade läkemedel men också väga dem mot andra åtgärder inklusive omvårdnadsåtgärder. I varje bedömning av en patients sjukdom och vård behöver läkaren gå igenom och ta ställning till patientens läkemedelsbehand-

ling, en så kallad enkel läkemedelsgenomgång (tidigare läkemedelsavstämning). Men ibland behövs en mer djupgående bedömning av patientens behandling, en så kallad fördjupad läkemedelsgenomgång. Då krävs mer tid och ofta samverkan med annan vårdpersonal.

Läkaren behöver också ha bättre stöd för beslut att påbörja läkemedelsbehandling hos äldre och multisjuka samt för när, och i sådana fall hur, läkemedel ska avslutas. Det behövs mer kunskap om detta så att läkaren kan få bättre hjälp med att ta ett helhetsansvar för den enskilde patientens samlade behandling över tid.

Patienten måste få bättre stöd

Idag förväntas patienten själv ta ansvar både för att ta läkemedel på avsett sätt och hålla kontroll på ordinationers och recepts giltighetstid samt när och var uppföljning planeras. Det saknas helt enkelt bra stöd för patienten från vård, apotek och myndigheter.

Patientens utsatta situation förvärras ytterligare av att ett läkemedel kan byta namn och utseende på förpackning och tablett varje kvartal vid utbyte till annan tillverkare på apotek. Detta sker vid mer än hälften av alla expeditioner på apotek idag. Detta innebär en stor risk för felmedicinering.

Nationell läkemedelslista – en lösning med brister

Stora förhoppningar knyts idag till införandet av Nationell läkemedelslista genom vilken patienten, vården och apoteken idag kan få samma information om patientens recept samt expedierade läkemedel. Men det patienten behöver få reda på är vilka läkemedel patienten ska ta dag för dag och

på vilket sätt – alltså vilka läkemedel patienten är ordinerad att ta.

Problemet är att alla ordinationer inte har ett aktuellt recept och att alla recept inte längre motsvarar en aktuell ordination. Det krävs alltså mer än dagens Nationella läkemedelslista för att nå målet att ge patienten med många läkemedel en lista över hur patienten förväntas ta sina läkemedel dag för dag.

Nationell läkemedelslista löser inte heller problemet att patienten inte får ett och samma namn på varje läkemedelsbehandling. Det och de övriga problemen kan inte lösas om inte informationen kan kopplas till patientjournalerna på ett sätt som gör ett effektivt och säkert arbetssätt i vården möjligt. Det kan vi i bästa fall få någon gång tidigast efter 2028 och bara om alla är överens om målet.

Vägen framåt – ansvar och samverkan

Svenska Läkaresällskapet arbetar för att läkarens ansvar för patientens ordinerade läkemedel ska förtydligas genom samsyn inom läkarkåren kring arbetssätt och ansvar. Nya arbetssätt i vården måste få genomslag i utveckling av IT – kliniska beslutstöd och hur Nationell läkemedelslista kopplas till ordinationerna i patientjournalen. Men det behövs också bättre möjlighet till kontakt och samverkan mellan läkare och farmaceuter på apotek kring patienters läkemedelsbehandling till exempel vid bristsituationer eller särskilda behov hos patienten.

Allra viktigast är att allt detta leder till att patienten får en tydlig bild av vilka läkemedel patienten förväntas ta från dag till dag; när, hur och för vad läkemedlet ska tas; vilken läkare som är huvudansvarig samt att en och samma läkemedelsbehandling har samma namn över tid och oavsett om patienten vänder sig till vården eller apotek. Det låter självklart men vägen dit är fortfarande lång.

TEXT: Mikael Hoffmann

Äldre med multisjuklighet och läkemedelsbehandling

Foto: Anna Molander



Pauline Raaschou, överläkare i klinisk farmakologi, chef för NEPI, ordförande för Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp äldres hälsa.

Vilka är de största utmaningarna när det gäller läkemedelsbehandling hos äldre med multisjuklighet?

Journalssystem och digitala stödssystem som inte pratar med varandra. Ordinationsverktyget Pascal för läkemedel som dosförpackas av apotek och läkemedelsdelen i patientjournalerna som inte är

kopplade till varandra. Det är ett stort reellt hinder i läkarnas vardag och tröttsamt att behöva påpeka. Riskerna för fel är överhängande så fort patienten befinner sig i vårdens övergångar. Nationell läkemedelslista i sin nuvarande form har inte hjälpt till särskilt mycket i praktiken men kan kanske hjälpa till i framtiden. Även läkemedel som inte finns tillgängliga på läkemedel utgör en tidsfälla, men det är en stor och mer komplex fråga. Det finns även brister i kommunikationen mellan vård och apotek som borde kunna lösas.

Hur kan samarbetet i vårdkedjan förbättras för att optimera läkemedelsbehandlingen?

Samarbeten mellan vårdnivåer och vårdgivare verkar fungera i den region där jag arbetar. Jag har uppfattat från kollegor att det snarare är en resursbrist som är problemet. Det finns en svårighet för primärvården att hinna följa upp läkemedelsjusteringar som slutenvården önskar. På ett övergripande plan tror jag att det behövs en samsyn/ökad kunskap kring äldres läkemedelsbehandling hos specialister utom geriatriker och primärvårdsläkare. Kanske borde organspecialister ta chansen och auskultera en vecka på särskilt boende för äldre?

Vilka förändringar måste till för att säkerställa en mer säker och effektiv läkemedelsbehandling för äldre med multisjuklighet?

Att det är viktigt att individanpassa läkemedelsbehandlingen hos äldre med multisjuklighet upprepas som ett mantra. Vi vet att det stämmer men det är omöjligt att göra väl avvägda beslut om evidens saknas. Du behöver till exempel veta hur stor behandlingsnytta du kan förvänta dig hos din äldre multisjuka eller sköra patient om du på goda grunder ska frångå behandlingsriktlinjer eller avstå från rekommenderad behandling. Det är extra viktigt för många läkemedelsbehandlingar som ges för att förebygga framtida sjukdom. Så jag efterlyser dels ett större intresse för att verkligen ta del av den evidens som finns, dels mer studier av multisjuka och sköra äldre.

Studie: Kliniska beslutstödssystem för nedtrappning av läkemedel

Ylva Böttiger; professor och överläkare i klinisk farmakolog, Linköpings universitet.

"Det finns ett behov av att utveckla ett kliniskt beslutstödssystem (CDSS) för nedtrappning av läkemedel. Det finns få, om ens några, riktlinjer eller stöd för nedtrappning, vilket ses som ett stort hinder. De aktuella resultaten bidrar till ökad kunskap om läkarnas perspektiv vid nedtrappning av läkemedel."



Läs mer!



INTERVJU *Gunnar Andersson*

När läkemedlen tar över vardagen

För många äldre med multisjuklighet blir medicinhanteringen en daglig utmaning. Gunnar Andersson, 75, tar nio olika läkemedel och kämpar för att hålla ordning. Trots egna system känns ansvaret tungt, och han upplever frustration över vårdens byråkrati.

TEXT: *Lena Edberg*



Foto: istockphoto

Gunnar Andersson heter egentligen något annat. Av integritetsskäl har vi ändrat hans namn, men berättelsen är sann och baserad på en verklig intervju.

Gunnar Andersson, 75 år, är en av många patienter som lever med en komplex läkemedelsbehandling. Han har astma, diabetes, högt blodtryck, långvarig smärta på grund av artros och spinal stenosis samt komplikationer efter operationer. Just nu står han på cirka nio olika läkemedel och beskriver en känsla av uppgivenhet över att hålla ordning på allt.

– Jag vet inte alltid vad som är vad. Jag hade för mig att jag hade blodförtunnande, men det har jag tydligen inte. Jag kan inte läsa igenom alla bipacksedlar, det är ju hur mycket som helst att läsa. Och läser man dem så är det en massa biverkningar på allt, säger Gunnar.

Ett eget system för att hantera sina mediciner

För att hålla reda på sina läkemedel har Gunnar utvecklat sitt eget system. Han ber apotekspersonalen att skriva ut läkemedelslistor, där han gör egna anteckningar. Även på läkemedelsförpackningarna gör han anteckningar och märker förpackningarna med "morgon" och "kväll" med bläckpenna, eftersom texten på etiketterna är för liten.

– Jag kan ju inte läsa de där små pyttesmå lapparna, men då vet jag det om det ska tas morgon eller kväll, förklarar han.

Sedan sorterar han i dosetten, utifrån listan och sina egenmärkta förpackningar. Han vittnar också om en frustration över läkemedelsbytena, även om han säger att han börjar vänja sig nu.

– Har jag tur känner jag igen förpackningen,

annars är det nytt och då måste jag försöka läsa på etiketten iallafall. Jag blir jävligt irriterad av att hålla på med sådant här, det är inget nöje och dyrt är det också. När högkostnadsskyddet höjs blir det ännu värre, säger han.

” *Men jag orkar inte tänka på allt skit, jag tar bara det jag får.*

Tungt ansvar och förlorad kontroll

Gunnar tycker att det tar väldigt mycket tid och energi att administrera sina läkemedel – från att hålla koll på vad som är vad, till att dosera, hämta ut recept och förnya dem hos läkaren. Han känner att det är jobbigt att han själv måste ha kontroll på sin medicinering och att allt blir rätt. Han upplever att det är svårt att ha en överblick över sina diagnoser och vilken medicin som är till för vad. Även fast han tidigare fått ett läkemedel som slog ut hans njurfunktion och en annan som sänkte hans puls så mycket att han svimmade och var nära döden så känner han att han måste lita på det han ordineras.

– Tidigare har jag fått saker jag inte skulle ha. Något som skulle vara smärtstillande men som förstörde mina njurar till exempel, det var livsfarligt för mig. Men jag orkar inte tänka på allt skit, jag tar bara det jag får, säger Gunnar.

En vård som kommer för sent

För Gunnar är vården förknippad med mycket oro och stress. Han beskriver hur lång väntetid och byråkrati gör det svårt att få den hjälp han behöver.

– När man väl kommer rätt är det ju bra, men det kan vara väldigt lång väntetid. När jag skulle operera ryggen fick jag vänta i två år. När jag skulle operera foten blev jag bollad runt till jag vet inte hur många ställen, det tar en jävla tid med allting, berättar han.

Han upplever också att vårdcentralen snarare fungerar som en bromskloss än en väg in i vården. Men han är nöjd med att han på senare tid fått en fast läkare på vårdcentralen som skriver ut hans mediciner.

Gunnar upplever över lag att han numera får mer hjälp än tidigare, men det beror enligt honom nog snarare på hans ålder och allmänna hälsa än på att vården har förbättrats.

– Nu har jag kommit så långt att jag ju snart ska dö, så nu säger de i alla fall inte emot längre.

Han skrattar till, men bakom skrattet finns en stor frustration. Han är glad att ha fått en fast läkare på vårdcentralen som skriver ut hans mediciner och som även hjälpt honom med att få handikapparkeringstillstånd – men i övrigt känns vården som en lång kamp.

FAKTA

Vården ur befolkningens perspektiv

- Inom områdena kontinuitet, personcentrering och tillgänglighet har Sverige fortsatt svagare resultat än andra länder.
- Personcentrering och vård till personer med kroniska sjukdomar har försämrats.
- Väntetiderna till den specialiserade vården har blivit kortare, men tillgängligheten till vård på kvällar och helger samt möjligheten till svar samma dag vid kontakt med vårdcentralen har försämrats.
- Informationsöverföringen från primär- till specialistvård har förbättrats, men överföringen från specialistvård till primärvård har försämrats.
- Personer med kroniska sjukdomar och sämre självskattad hälsa har sämre erfarenheter av vården. Mer kunskap behövs om primärvårdens förutsättningar att ge vård till dessa grupper, inte minst eftersom patientsäkerheten kan påverkas.

Källa: Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023. Vård- och omsorgsanalys 2024.

Lästips!

I november 2022 släpptes boken *”Äldres läkemedelsbehandling: orsaker och risker vid multimedicinering”* skriven av Annika Kragh Ekstam, Tommy Eriksson, Patrik Midlöv. Det är den 3:e upplagan av kursboken. Den är skriven på svenska och består av 272 sidor djupgående information om medicin.



Komplexa vårdbehov kräver samordning

Vården av äldre med multisjuklighet måste förbättras genom ökad samordning, bättre resursfördelning och en större satsning på kontinuitet och teamarbete. Genom att stärka primärvården, prioritera helhetsperspektiv och säkerställa att evidensbaserad kunskap tillämpas i praktiken kan vården förbättras, detta menar företrädare för några av SLS föreningar.

LENA JIDÉUS

Ordförande, Svenska Hjärtförbundet, överläkare och docent i thoraxkirurgi vid Akademiska Sjukhuset, Uppsala.



Foto: Privat

Hur anser ni att vården av äldre med multisjuklighet fungerar idag?

Vård av äldre med multisjuklighet kräver helhets-syn och tvärprofessionellt omhändertagande. Den multisjuka bör få en individuell helhetsbedömning av ett multidisciplinärt team. Idag erbjuds få multisjuka äldre en sådan vård. Sjukvårdens kunskapsstyrning är en process som ska organisera, sprida och tillämpa godkänd kunskap i förbättringsarbetet av vårdens kvalitet och säkerhet. Kunskapsstyrning ska säkerställa att aktuella forskningresultat och bästa metoderna implementeras i klinisk praxis. Här ser vi också stora risker att just multisjuka äldre inte erbjuds vård enligt den senaste evidensbaserade kunskapen.

Vilka utmaningar ser ni inom era specialiteter kopplat till vård av äldre med multisjuklighet?

Vi ser med stor oro på demografiutvecklingen det närmaste årtiondet med en närmast fördubbling av äldre-äldre, och med detta följer en kraftigt ökande andel multisjuka. Vi har en alltmer subspecialiserad sjukvård på grund av en exponentiellt ökande kunskapsmängd som ger nya effektiva behandlings-möjligheter. Samtidigt läggs den stora majoriteten av uppföljning på primärvården. För att kunskapsstyrning ska fungera krävs systematisk inhämtning av ny kunskap, att evidensbaserade riktlinjer implementeras och att fortbildning säkerställs. Vi ser stora utmaningar att säkerställa fortbildning, både inom specialistvård och inom primärvård. Vi står också inför att det saknas personal och att välutbildade medarbetare väljer att sluta på grund av arbetsvillkoren.

Vilka lösningar ser ni inom era specialiteter för att denna patientgrupp ska få bättre vård?

Det krävs ett starkt teamarbete mellan sjukhus och primärvård. Fortbildning inom hela professionen som arbetar inom hjärt-kärlsjukdomar måste säkerhetsställas, så att alla får ta del av en uppdaterad vård med de bästa läkemedlen. Verksamheter

måste skapa tydliga, gemensamma mål för vårdpersonalen så att vi tillsammans kan erbjuda rätt vård till de multisjuka äldre. Vi behöver säkerställa möjligheten att behålla de mest komplicerade fallen inom specialistvården och arbeta i multiprofessionella team kring dessa. Vårdens insatser bör dessutom baseras på Kloka Kliniska Val, där fokus ligger på åtgärder med säker patientnytta, samtidigt som man undviker onödiga behandlingar och utredningar. Det är även viktigt att medborgarna är informerade om bakgrunden varför man tänker utifrån Kloka Kliniska Val, på liknande sätt som i arbetet med minskning av onödig antibiotikaanvändning. Slutligen behöver vi utvärdera vår befintliga kunskapsstyrning och vårdförlopp för att se om vi kan optimera patientnyttan.

MAGNUS ISACSON

Ordförande, Svensk Förening för Allmänmedicin, specialist i allmänmedicin, Ekerö Vårdcentral.



Foto: Erik Simander

Hur anser ni att vården av äldre med multisjuklighet fungerar idag?

Definitivt inte så bra som man skulle önska. De som bor på särskilda boenden eller har hemsjukvård tas huvudsakligen hand om av kommunen när det gäller omvårdnaden medan läkarinsatserna ska tillhandahållas av regionen, vilket ställer stora krav på samarbete och tydlighet, men strukturerna kring samarbetet är ofta inte tillräckligt robusta. Det är alltför vanligt att kommunen inte lägger tillräckliga resurser på läkarinsatser och även att man som läkare har så fullt upp på vårdcentralen att man inte hinner med det där hembesöket för läkemedelsgenomgång. Det leder till suboptimalt medicinskt omhändertagande och att patienten hamnar på sjukhus i onödan. Sorgligt för individen och systemet.

Vilka utmaningar ser ni inom er specialitet kopplat till vård av äldre med multisjuklighet?

Den största utmaningen är tiden. Vi hinner inte göra ett så bra jobb som vi skulle önska eftersom vi har ansvar för alltför många patienter. Vi måste utbilda fler specialister i allmänmedicin och se till att det finns ekonomiska medel att anställa dessa.

Först då kommer vi ha möjlighet att ta hand om de multisjuka äldre patienterna. Vi försöker naturligtvis prioritera dem så gott vi kan men ibland leder det till en något sämre tillgänglighet för friskare patienter och då finns det politiker som börjar detaljstyra oss, kräver utökade öppettider och liknande vilket bland annat leder till personalflykt och därmed gör vården än sämre för alla.

Vilka lösningar ser ni inom er specialitet för att denna patientgrupp ska få bättre vård?

En av de absolut viktigaste lösningarna är att se till att alla får en fast läkare och för den här gruppen är kontinuitet och helhetsansvar från andra yrkeskategorier också väldigt viktigt. Att man har en fast distriktssköterska, en undersköterska som man känner förtroende för, fast kontakt inom hemtjänsten osv. Idag är vården och omvårdanden alltför uppsplittrad och slimmad vilket skapar en ineffektiv helhet. De måste finnas en politisk förståelse för att den här typen av vård tar tid och kräver kunskap men att det är otroligt väl investerade pengar dels ur ett samhällsekonomiskt perspektiv men dels ur ett etiskt perspektiv. Hur man behandlar sina äldre är ett kvitto på hur väl ett samhälle fungerar.

CHRISTINE SÄVERVALL

Ordförande, Svensk Internmedicinsk Förening, VO Internmedicin Skånes universitetssjukhus.



Foto: Privat

Hur anser ni att vården av äldre med multisjuklighet fungerar idag?

Vården av multisjuka äldre fungerar, men har brister. Patienten hamnar ofta mellan olika specialiteter och vårdgivare, genom remisser som skickas kors och tvärs vilket ofta leder till en splittrad vård, onödiga vårdbesök och bristande kontinuitet. Denna patientgrupp har komplexa vårdbehov som kräver samordning, men vårdens organisation är ofta inte anpassad för det. Internmedicinen har en viktig roll i att skapa helhetsperspektiv, men brist på samordning och hög belastning gör det ibland svårt att ge optimal vård.

Vilka utmaningar ser ni inom er specialitet kopplat till vård av äldre med multisjuklighet?

En av de största utmaningarna är bristen på sammanhållen vård och samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal äldreomsorg. Internmedicinare möter ofta patienter med komplex problematik som kräver både bred och djup medicinsk kompetens. Samtidigt är vårdtiderna korta och antalet vårdplatser begränsat, vilket försvårar en helhetsinriktad vård. Det är också problematiskt att vi har färre geriatriker i landet. En viktig kompetens som saknas på många ställen just nu.

Vilka lösningar ser ni inom er specialitet för att denna patientgrupp ska få bättre vård?

Vi jobbar mycket med att försöka införa ett personcentrerat arbetssätt och genom det göra kloka kliniska val. Helhetsperspektivet behöver vara i fokus. Rätt vård till rätt patient. Vi anser att man alltid ska utgå från patientens egna önskemål om vård och framtid när man väljer behandling. Men för att det ska vara möjligt krävs tid för samtal och tid är kanske det som ibland är svårast att få till. Förbättrad samverkan mellan vårdens olika aktörer är också avgörande, exempelvis genom alternativa vårdformer och bättre informationsöverföring. Vi tror på att vården av multisjuka äldre i stor utsträckning kan flyttas ut till hemmen genom mobila team och sjukhus hemma.

VIKTORIA BÄCK JERLARDTZ

Vice ordförande, Svensk Geriatrisk Förening, specialistläkare i geriatrik SLSO, Stockholm.



Foto: Privat

Hur anser ni att vården av äldre med multisjuklighet fungerar idag?

Generellt sett ganska dåligt då det saknas geriatrisk kompetens på många ställen. De multisjuka äldre behöver ett särskilt omhändertagande för att vården ska bli lyckosam och optimal och för detta krävs tillgång till multiprofessionella geriatriska team som arbetar enligt CGA-modellen (Comprehensive Geriatric Assessment). Om sådana team saknas behövs åtminstone goda kunskaper inom geriatrik hos de läkare som tar hand om dessa patienter alternativt tillgång till en geriatrisk konsult. Detta är särskilt viktigt för de multisjuka äldre som dessutom är sköra.

Vilka utmaningar ser ni inom er specialitet kopplat till vård av äldre med multisjuklighet?

Att det finns för få geriatriker i Sverige och att tillgången på geriatriker varierar stort över landet.

Vilka lösningar ser ni inom er specialitet för att denna patientgrupp ska få bättre vård?

Vi behöver bli fler geriatriker och för detta krävs fler ST-platser inom geriatrik. Sedan behöver övriga specialiteter öka sin kunskap inom geriatrik till exempel genom mer geriatrik på läkarutbildningen och att BT-/ST-läkare randar sig inom geriatrik. Det skulle öka kvaliteten på vården av de multisjuka äldre enormt. Bättre samarbeten mellan specialiteter är också absolut nödvändigt för dessa patienter. De passar ju inte alls in i dagens sjukvårdssystem som är uppdelat i smala spår. Vi ser redan nu att intresset för geriatrik och vår kompetens ökar stort på många ställen, vilket är oerhört glädjande, men tyvärr inte överallt ännu. Men det kommer, annars klarar sjukvården inte framtidens utmaningar med allt fler äldre i samhället.

INTERVJU *Anders Castor*

”Elefanten i rummet”

Hur mycket vård är rimlig i livets slutskede – och vem ska få den? Anders Castor, ordförande för SLS delegation för medicinsk etik, efterlyser ett öppet samtal om prioriteringar i vården, särskilt för äldre med komplexa behov. När resurserna är begränsade och vården fragmenterad riskerar denna växande grupp att hamna i skymundan.

TEXT: *Ulrica Segersten*



Foto: iStockphoto

Nej, det är inte de äldre med multisjuklighet som är elefanterna – men oviljan att prata om prioriteringar gör att de riskerar att bli en eftersatt grupp, menar Anders Castor, barnläkare region Skåne och ordförande för Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik.

– Vi måste våga prata om vad vi gör för patienter i livets slutskede. Vården är dyr, särskilt i livets slutskede, och diskussionen om vad som är rimligt sker sällan öppet – varken inom vården eller med patienterna, säger han.
Det är elefanten.

Cirka 11 procent av den totala sjukvårdsbudgeten i Sverige går till patienters sista levnadsår. I USA betydligt mer – omkring 25 procent. Diskussioner om hur resurser ska fördelas är obekvämt överallt, men nödvändiga. I dag är det ett tabu att säga

att vi avstår behandling av resursbrist. Ändå är det verklighet – när vi gör mycket för en patient, tas det från någon annan eller något annat. Castor menar att vården behöver ett språk för detta.

Samtidigt riskerar ålderism att påverka synen på vård av äldre. Enligt World Values Survey har Sverige extremt låg tilltro till äldres sociala värde. Trots att vi är progressiva i många avseenden, värderas äldre lågt enligt den kulturkarta som WVS har gjort. Sverige tillhör, tillsammans med t.ex. Ryssland, de länder där 70-åringar har lägst status i världen.

Med Ädelreformen från 1992 försköts ansvaret för de äldres vård delvis till kommunerna, bort från sjukvården. Och även om ålder inte är en sjukdom, ökar behovet av vård och medicinsk kompetens med stigande ålder för de allra flesta.

– När en äldre med multisjuklighet återkommer till akuten för sjunde gången på några månader från samma äldreboende krävs andra mål än att bota allt eller att skruva till medicineringen en gång till. Vad gör just detta besök bättre än de tidigare? En bra diskussion kan ta fart om vi undersöker vad som gör verklig skillnad för den här personen det här besöket – och vi som vårdpersonal kan känna att vi har gjort skillnad.

Foto: Skånes universitetssjukhus



För yngre patienter med en tydlig diagnos finns ofta ett vårdförlopp att följa. Men för äldre med komplex samsjuklighet är det svårare – vad ska vården bidra med när bot inte är möjligt utan att hamna i massa provtagningar, överbehandling eller att patienten faller mellan stolarna.

Castor betonar att det handlar om att förstå vad patienten själv kan, vill och bör acceptera – och vad vården ska göra. Att vara gammal innebär att leva med vissa begränsningar, men det är svårt att avgöra var gränsen går mellan acceptans och vårdinsats.

– Vi har etiska riktlinjer som används vid katastrofer – där vård ges först till de med bäst chans att överleva, de som kan klara sig får vänta lite. I sjukvårdsvardagen är dessa principer svårare att se och tillämpa praktiskt. I vissa regioner har man försökt översätta dem till praktik, t ex vad man inte ska göra, men det har mött motstånd. Resursbrist är svår att acceptera – särskilt när vården hela tiden kan göra så mycket mer.

Problemet är inte bara ålder utan komplexitet. Vården är organiserad i stuprör. En person med hjärtsvikt passar i ett vårdflöde, men en äldre med flera diagnoser gör det sällan. De faller mellan specialiteter och får en fragmenterad vård.

– När regeringen nu ger Socialstyrelsen i uppdrag att se över vården för sällsynta diagnoser så är ett förslag att inrätta en samordningsfunktion för de med komplexa besvär. Men det vore att skapa ett nytt stuprör som exkluderar äldre. De har inte en ovanlig sjukdom, men en kombination som gör behoven komplexa, och de skulle också må bra av en vård som hänger ihop.

”*Äldre multisjuka far illa eftersom vården är svår att navigera i.*”

Castor menar att vården rör sig mot personcentrering och precisionsmedicin – vilket i praktiken gör alla patienter ”sällsynta”. Och då måste vi förstå hur

vi hanterar komplexa patienter – oavsett ålder och grupp.

– Äldre multisjuka far illa eftersom vården är svår att navigera i. Många saknar resurser att själva samordna sin vård. Det behövs struktur eller stödpersoner som kan hjälpa till. Det handlar om att göra vården begriplig och tillgänglig för en grupp med särskilda behov.

Utmaningen är alltså både den medicinska komplexiteten och det existentiella i att bli äldre. Vad ska vi acceptera med en åldrande kropp? Vad har vi rätt att få hjälp med? Frågor berör både patienten och vården.

– Vår samtid signalerar att vi har rätt att få hjälp med allt. Samtidigt måste vi acceptera vissa begränsningar. Det är en svår balans för alla – patienter, anhöriga och vårdpersonal. Vad är ett gott liv? Castor konstaterar att vi ofta förknippar livskvalitet med frånvaro av symptom, men mycket av det goda livet handlar om andra saker: meningsfullhet, relationer och vardagsglädje.

Han återkommer till människovärdesprincipen.

– Ibland tänker jag att vi slirar förbi människovärdesprincipen lite för fort. Den talar inte om för oss vad vi ska göra, men den trycker på någonting väldigt viktigt: att skapa utrymme att reflektera vad det innebär att vi alla har samma värde. Det betyder ju inte att vi alla är lika. Och det betyder inte nödvändigtvis att vi alla har rätt till precis samma sak hela tiden, men vi får aldrig prioritera enbart utifrån ålder. Det vill säga du har precis samma rättigheter till att få vård, att få enskilda bedömningar och samma rätt att få leva ett gott liv oavsett ålder.

Det är en evig och intressant diskussion att föra. För nej, vården kommer inte att avskaffa döden på ett tag – som vissa av dagens techmiljardärer verkar hoppas på. Det är inte en sjukdom som vi kan göra oss av med eller mäta bort. Det är frustrerande i en tid där vi vill hitta effektiva lösningar på allt.

Men det är att vara människa.

Nya etiska riktlinjer!

I april 2025 publicerade Svenska Läkaresällskapet delegation för medicinsk etik uppdaterade etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. De nya riktlinjerna ger vägledning till beslutsfattande läkare, övrig vårdpersonal, patienter och allmänheten. De behandlar begrepp, definitioner, avgränsningar och ställningstaganden.



Ladda ned!



INTERVJU Anna Kiessling

Äldres hälsa – det är aldrig försent att göra skillnad!

Vi lever allt längre, men hur vi lever dessa extra år är avgörande för livskvaliteten. Med rätt insatser kan många sjukdomar förebyggas och fördröjas, vilket ger fler friska år. Under SLS årliga Preventionsdag 2025 presenterades ny forskning och konkreta åtgärder för att stärka äldres hälsa – från levnadsvanor och social samhörighet till innovativa metoder för att förebygga minnesproblem.

En central fråga som diskuterades under SLS Preventionsdag 2025 var hur vården och samhället kan samverka för att skapa en friskare ålderdom och vilka insatser som ger störst effekt. Anna Kiessling, ordförande i SLS kommitté för prevention och folkhälsa samt projektledare för Svenska Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt, var en av initiativtagarna till dagen.

– Många sjukdomar och funktionsnedsättningar kan förebyggas eller fördröjas genom hälsofrämjande insatser. Det är därför avgörande att vi tar ett samlat grepp för att förstärka detta arbete inom hälso- och sjukvården. År 2030 kommer över 800 000 personer i Sverige att vara 80 år eller äldre, och vi måste säkerställa att de har förutsättningar att leva friska och aktiva liv så länge som möjligt, säger Anna Kiessling.

Utmaningar och lösningar för ett friskare åldrande

En av de största utmaningarna inom prevention för äldre är att integrera preventiva insatser i de systematiska och strukturerade arbetssätten i vården, och samtidigt beakta bredden av förutsättningar och behov inom gruppen äldre där den biologiska åldern kan variera stort inom en och samma kronologiska åldersgrupp.

Kunskapen om hur äldre bäst behandlas är inte heller tillräckligt spridd, och det finns stor potential att utveckla evidensbaserad geriatrisk vård med fokus på fysisk träning, näringsoptimering och anpassad läkemedelsbehandling i Sverige.

”Kunskapen om hur äldre bäst behandlas sprids inte tillräckligt.”

Dessutom behövs ökad samverkan mellan vård, kommuner och civilsamhället för att nå ut till äldre med anpassad information och stöd.

Under Preventionsdagen diskuterades vikten av fysisk aktivitet, bra matvanor och social gemenskap.

– Det är helheten som gör störst skillnad. Fysisk aktivitet, bra mat och sociala relationer hänger ihop och påverkar varandra. Vi behöver skapa lättillgängliga och samordnade insatser inom alla dessa områden för att stärka äldres hälsa. Det handlar om att ge människor förutsättningar för ett aktivt och meningsfullt liv, betonar hon.

Motverka ofrivillig ensamhet genom social förskrivning

Ofrivillig ensamhet är en stor hälsorisk för äldre. Hälso- och sjukvården kan bidra till att minska ensamheten genom social förskrivning – en metod där personer hänvisas till sociala aktiviteter och gemenskaper som kan stärka deras välbefinnande. En nyckelroll i detta arbete spelar hälsolotsen, som samordnar olika aktörer runt individen. Läkare kan exempelvis identifiera ensamhet genom diffusa symtom som smärta, oro eller sömnproblem och på ett respektfullt sätt fråga: ”Känner du dig ensam?”. För att kunna ställa den frågan behöver vården ha en fungerande struktur där individen kan erbjudas stöd och vägledning till gemenskap och meningsfulla aktiviteter.

Kognitiv hälsa och FINGER-modellen

Ett annat viktigt ämne under dagen var hur hjärnhälsan kan bevaras högt upp i åldrarna. Demens

Anna Kiessling, ordförande i SLS kommitté för prevention och folkhälsa samt projektledare för Svenska Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt.

Foto: Stefan Zimmerman



och kognitiv svikt är stora utmaningar, och effektiva läkemedel saknas. Forskning visar dock att förebyggande åtgärder kan ha stor effekt. FINGER-modellen, utvecklad av professor Miia Kivipelto vid Karolinska Institutet, är en evidensbaserad metod för att bevara minnesfunktioner längre. Modellen bygger på fem grundpelare: hälsosam kost, fysisk aktivitet, hjärngympa, sociala aktiviteter och hantering av hjärt-kärlrisker. Genom att aktivera alla dessa områden kan man förbättra hjärnhälsan, minska minnesproblem och främja övergripande hälsa.

Att omsätta kunskap i praktiken

SLS Preventionsdag 2025 betonade vikten av att gå från kunskap till handling.

– Vi vet vad som fungerar – nu handlar det om att implementera det på bred front. Det är aldrig för sent att göra en insats för äldres hälsa, och varje steg vi tar kan göra stor skillnad, avslutar Anna Kiessling. Med samordnade insatser och en helhetssyn på äldres hälsa kan vi skapa bättre förutsättningar för ett friskt och aktivt åldrande – för alla.

TEXT: Lilian Lindberg



Se inspelning från
Preventionsdagen 2025!

BOKTIPS!

Äldre är yngre än någonsin!

I boken "70 är det nya 50" berättar Ingmar Skoog om dramatiska förbättringar av äldres hälsa som skett under de senaste femtio åren. Boken bygger på arbetet i den världsberömda H70-studien, som är en av de bredaste och första äldrestudier som har gjorts.

Ingmar Skoog är professor i psykiatri vid Göteborgs universitet och föreståndare för Centrum för åldrande och hälsa.



Foto: Polaris

Psykisk hälsa hos äldre personer

Åldrandet innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Depression är den vanligaste psykiska sjukdomen hos äldre personer. Social gemenskap, fysisk aktivitet och bra matvanor är några faktorer som är viktiga för att förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer.

(Källa: www.kunskapsguiden.se)



Foto: Istockphoto



Foto: Istockphoto

Alkoholfri operation

SLS Levnadsvaneprojekt har tagit fram en informationsfilm med fakta och råd om alkohol inför operation, då riskbruk ökar, särskilt bland personer över 65 år.

- Alkohol kan påverka komplikationsriskerna vid operation.
- Vid konsumtion av mer än 2 standardglas per dag, ökar komplikationsrisken med ca 50 %.
- Det är alkoholkonsumtion den sista tiden inför operation som är avgörande för en ökad komplikationsrisk.
- En helt alkoholfri period på minst fyra veckor före operation kan normalisera komplikationsriskerna.
- Alkohol ger nedsatt immunförsvar, vilket ger ökad risk för infektion.
- Alkohol ger lägre koncentration av de byggstenar i såret, protein, som är nödvändig för sårsläkning, vilket ger sämre sårsläkning.
- Fler effekter av alkohol är blodtrycksstegring, oregelbunden hjärtrytm, ökad halt av stresshormoner och påverkad koagulationsförmåga, vilket ger nedsatt tolerans för det kirurgiska traumat.

Ladda ned väntrumfilmen på SLS hemsida:
www.sls.se/alkoholfri-operation

Hälsosamtal för att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre

Ofrivillig ensamhet drabbar särskilt äldre och påverkar folkhälsan negativt. Regeringen satsar 300 miljoner kronor per år i tre år på en gemenskapssatsning. Som en del av satsningen har Socialstyrelsen fått i uppdrag att fördela medel till kommunerna för att motverka ofrivillig ensamhet och isolering bland äldre genom att erbjuda uppsökande hälsosamtal.

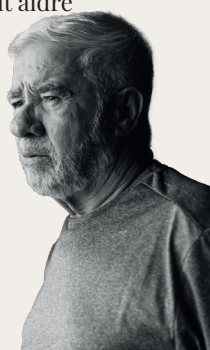


Foto: Istockphoto

Kloka Kliniska Val – rätt vård för äldre med multisjuklighet

Äldre med multisjuklighet har ofta omfattande och komplexa vårdbehov, vilket ställer höga krav på vårdens kvalitet och samordning. Kloka Kliniska Val är ett initiativ som hjälper vårdgivare att fokusera på åtgärder som verkligen gör nytta – och att avstå från de som inte gör det.

TEXT: Anders Bengtsson

Fokus på det som verkligen gör nytta

Kloka Kliniska Val (KKV) är ett initiativ från Svenska Läkaresällskapet som syftar till att förbättra kvaliteten och säkerheten inom hälso- och sjukvården genom att identifiera och avstå från åtgärder som saknar tillräckligt värde för patienten. För äldre med multisjuklighet kan detta arbete ha särskilt stor betydelse, eftersom denna patientgrupp ofta utsätts för polyfarmaci och överbehandling. Det leder till negativa hälsoutfall och försämrad livskvalitet. Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma att denna grupp också i många fall underdiagnostiseras och underbehandlas, vilket orsakar ett onödigt lidande.

Risken med fragmenterad vård

Äldre med multisjuklighet har ofta komplexa vårdbehov och behandlas av flera olika läkare. Detta ökar risken för fragmenterad vård och bristande samordning, vilket i sin tur kan resultera i onödiga eller till och med skadliga medicinska insatser. Kloka Kliniska Val syftar till att stödja vårdgivare i att fatta beslut baserade på bästa tillgängliga evidens med tillräcklig hänsyn till patientens individuella förutsättningar och önskemål. Genom minskad överanvändning av vårdåtgärder kan det samtidigt frigöra resurser för den vård och behandling de faktiskt behöver, exempelvis vid obehandlad smärta, otillräcklig rehabilitering eller brist på stödinsatser för kroniska tillstånd.

Polyfarmaci – en utmaning med stora risker

En av de största utmaningarna inom vården av äldre med multisjuklighet är polyfarmaci. Många äldre patienter ordinerar läkemedel för enskilda diagnoser utan en helhetsbedömning av deras totala läkemedelslista. Det kan leda till allvarliga biverkningar, läkemedelsinteraktioner och en ökad risk

för fallolyckor. Genom att tillämpa principerna inom KKV kan vårdgivare arbeta mer aktivt med läkemedelsgenomgångar, se över indikationen för varje läkemedel och i vissa fall minska eller helt avsluta behandlingar som inte längre gynnar patienten.

Att undvika både överdiagnostik och underbehandling

Inom äldrevården är det vanligt att omfattande medicinska utredningar genomförs även när de sannolikt inte leder till förbättrad livskvalitet. Exempelvis kan screening för vissa cancerformer hos sköra äldre vara till mer skada än nytta, då behandlingskonsekvenserna kan vara betungande och livsförlängande effekter osäkra. Samtidigt finns det situationer där äldre patienter inte får tillräcklig tillgång till diagnostik och behandling, exempelvis vid hjärtsvikt eller depression, där en insats faktiskt skulle förbättra livskvaliteten. Genom att tillämpa principerna från KKV kan vården bättre balansera nyttan av diagnostiska insatser mot potentiella risker och säkerställa att resurser används där de gör mest nytta.

För en mer personcentrerad vård

För att Kloka Kliniska Val ska få genomslag krävs ett nytt synsätt på medicinska insatser. Vårdpersonal behöver stöd och utbildning för att undvika onödig behandling, och patienter bör göras delaktiga i besluten. Genom att minska lågvärdevärd kan resurser frigöras till insatser som verkligen gör nytta. Genom att arbeta enligt Kloka Kliniska Val i vården av äldre med multisjuklighet kan vi skapa en mer personcentrerad, säker och kostnadseffektiv vård. Detta leder till bättre livskvalitet för patienterna, minskad läkemedelsbörda, färre biverkningar och även ett mer hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Mer är inte alltid bättre!

Detsamma gäller för hälso- och sjukvården. Fler undersökningar och behandlingar behöver inte leda till bättre hälsa.

Prata med dina patienter om vilken vård som ger dem mest nytta



Beställ vårt start-kit för att komma i gång med Kloka Kliniska Val!



Kloka Kliniska Val
För en förbättrad hälso- & sjukvård

”Mellan vårdbesök och väntan – livet pågår fortfarande”

Vi har en vård i världsklass när det gäller att rädda liv. Forskningen har gjort stora framsteg. Men vi ligger efter när det gäller tillgänglighet, delaktighet och bemötande. Det drabbar alla med en eller flera kroniska sjukdomar.

Min väninna Birgitta är 78. Hon är klok, stark och har levt ett liv fyllt av arbete, kärlek och kamp. Nu lever hon med KOL, hjärtsvikt och diabetes. Men hon lever också med sin nyfikenhet, med sin humor, med sina minnen – och sin envisa längtan efter att fortfarande få känna sig som en hel människa. Det är just det vi glömmer när vi pratar om multisjuklighet. Vi fastnar i ord som ”resurskrävande patientgrupper” eller ”fragmenterad vårdkedja”. Men bakom varje remiss, varje dosett, varje felbokad tid – finns någon som Birgitta.

Att vara multisjuk i Sverige 2025 innebär att man ofta är ensam projektledare för sin egen vård. Det innebär att man behöver hålla koll på vilka läkare som säger vad, att ha listor med mediciner som uppdateras i olika system, och att ibland försöka förklara sin historia om och om igen. Jag vet inte hur många äldre jag mött genom åren, men det är åtskilliga, som säger samma sak: ”Jag känner mig som ett paket som skickas runt.” Det är nedbrytande. Och det är ovärdigt.

Vi i PRO ser tydligt hur bristerna slår. Multisjuka äldre får ofta vänta längst. De har svårt att få kontinuitet. Samordningen haltar. Och vården är sällan byggd på deras verkliga behov – utan på organisationens gränser. Det kan låta krasst, men ibland känns det som att systemet är byggt för vårdens logik, inte människans.

Det handlar inte om illvilja. Jag har stor respekt för de läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som varje dag försöker få helheten att fungera. Men de arbetar i ett system som inte är rustat för den verklighet vi har – där multisjuka äldre inte är undantaget, utan normen.

Därför är det så viktigt att vi börjar prata om detta på allvar. Inte bara som ett vårdproblem, utan som en samhällsfråga. Vi behöver mer geriatrisk kompetens i alla led. Vi behöver forskning som ser helheten. Men framför allt behöver vi förändra perspektivet: Från att behandla sjukdom till att möta människor. Med rättigheter, behov och en längtan. Vi behöver en personcentrerad vård.

Och Birgitta? Hon vill inte ha särskilda privilegier. Hon vill bara känna sig sedd. Lyssnad på. Och få slippa vara den som knyter ihop vårdens alla trådar själv. Hon vill kunna leva – inte bara vårdas. Det är inte för mycket begärt.

Inger Ros
PRO styrelseledamot
Tidigare ordförande Riksförbundet HjärtLung

”

”Multisjuka äldre får ofta vänta längst. De har svårt att få kontinuitet. Samordningen haltar. Och vården är sällan byggd på deras verkliga behov – utan på organisationens gränser.”



Foto: PRO

INGER ROS
PRO styrelseledamot
Tidigare ordförande Riksförbundet
HjärtLung

Gemenskap på recept

Påverkar social isolering dina äldre patienters välmående? Bli den avgörande kontakten som bryter ensamheten.

Hänvisa ensamma äldre till Äldrekontakt och förändra liv. Genom vår evidensbaserade metod hjälper vi äldre ur ofrivillig ensamhet. Vårt fullservicekoncept – månadsvisa fikaträffar med skjuts från dörr till dörr, erbjuder livsviktig gemenskap och social stimulans. Det är kostnadsfritt och särskilt anpassat för samhällets allra äldsta – för de med rörelsesvårigheter eller multisjuklighet.

Samverka och hjälp äldre ur ofrivillig ensamhet tillsammans med oss:
www.aldrekontakt.se/samverkan



8 av 10

känner sig
mindre
ensamma

