

Motion till riksdagen 2005/06:So587

av **Chatrine Pålsson (kd)**

Geriatrisk specialitet

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att geriatriken även fortsättningsvis bör vara en egen specialitet.

Motivering

Aldrig förr har så många blivit så gamla som i Sverige idag. Medellivslängden för en svensk kvinna är drygt 82 år och för en svensk man drygt 77 år. Efterfrågan på geriatrisk kompetens är redan idag mycket stor, inte minst från kommunernas sida.

Att i detta läge föreslå den geriatriska specialiteten som en grenspecialitet till den invärtesmedicinska specialiteten känns märkligt och inkonsekvent och tyder dessvärre på okunnighet om geriatrikens arbetssätt. Den invärtesmedicinska verksamheten är organfokuserad, där läkarens specialkompetens efterfrågas. Den geriatriska specialiteten arbetar istället med ett helhetsperspektiv med multisjuka äldre, där teamarbetet är ett karaktistikum, livskvalitet målet och läkaren ledaren. Det handlar om två helt olika vård- och behandlingskulturer.

Det kontaktnät som geriater arbetar i innehåller många specialister som den multisjuka är beroende av – ortoped, onkolog, neurolog, psykiater, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, kommunens företrädare i samverkan med teamkonferensen som kärnverksamhet.

På många ställen i landet slogs, i samband med ädelreformen 1992, geriatrisk och allmän intermedicinsk verksamhet ihop av ekonomiska skäl. På de orterna dog också det geriatriska arbetssättet ut, geriater blev allmän internmedicinare eller tvingades arbeta som sådan, inte minst inom jourkedjan. Rekryteringen till geriatrisk specialitet minskade. Hela rehabiliteringstänkandet och teamsamarbetet reducerades, och den ”medicinskt färdigbehandlade” patienten överfördes efter kort tid inom akutvården till kommunens boende-

Fel! Okänt namn på

former, med distriktsläkaren som konsult och utan att rehabiliterande åtgärder hunnit sättas in eller helhetsvården beaktats.

Inom geriatriken spelar också palliativ vård och palliativt synsätt en framträdande roll. Det gör det inte inom allmän internmedicin där målet är att bota, antingen det gäller hjärta, njure eller annat organ. Den palliativa vården inom geriatriken syftar till att ge livskvalitet när bot inte längre är möjlig, med god kontroll av svåra symtom, teamarbete, stöd till anhöriga och en bearbetad relation också till döende och död.

Många multisjuka äldre (20 % av personer över 80 år) lider också av demenssjukdom. Kunskapen om hur de dementas behov ska utredas och bemötas är stor inom geriatrik och psykogeriatric, men inom allmän internmedicin saknas i princip både kunskap och intresse för ämnesområdet som här måste konkurrera med de invärtesmedicinska kärnområdena.

Om geriatriken blir en grenspecialitet riskeras också demenskunnandet att utarmas såväl kliniskt som forskningsmässigt. Den åldrade, multisjuka patienten kommer i ett gränsland där man riskerar ett ännu snabbare överflyttande från det medicinska (kliniken) till det sociala (kommunen) området. Socialstyrelsens förslag är ett dråpslag mot den multihandikappade äldre patienten och dennes fysiska, psykiska och sociala behov. Det är inhumant och i strid med andra länders satsningar.

Även Europas befolkning åldras. Sedan 1997 är geriatriken egen basspecialitet i 8 av Europas 15 länder, med en ny sammanhållande specialistförening, EUGMS (European Union of Geriatric Medicine Society). Med Socialstyrelsens förslag riskerar Sverige att bli ett geriatrikens u-land.

Den åldrade människan har, liksom barnen, specifika behov som fordrar specialkunskap, intresse och engagemang av vårdgivaren. Ämnesområdet geriatrik/äldreomsorg är en bred basspecialitet med krav på kunskap om såväl det friska som det sjuka åldrandet. Om forskning, utveckling och nyrekrytering fortsättningsvis ska kunna ske och läkarförsörjningen tryggas måste geriatriken och de multisjuka gamlas utsatta situation värnas.

Stockholm den 28 september 2005

Chartrine Pålsson (kd)