

Socialstyrelsens kritik beror på bristande uppföljning av äldre personer

Dela:



Dela



Tweeta



Mail

Skriv ut

Detta är opinionsmaterial. Åsikterna som förs fram här är upphovsmannens egna.

Socialstyrelsen har nyligen publicerat rapporten ["Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017"](#). I sammanfattningen anges bland annat följande:

"Det är dock fortsatt viktigt att se över användningen av läkemedel, inte minst antidepressiva och smärtstillande opioider som enskilt eller i kombination med varandra kan öka risken för fallskada. Förskrivningen av dessa läkemedel ökar med ålder och är även vanligare bland kvinnor än bland män. Ungefär 70 procent av fallskadorna i slutenvården gäller personer 65 år och äldre. Fallskador leder till många dödsfall i åldersgruppen.

En annan iakttagelse är att en stor andel äldre använder läkemedel som ökar risken för muntorrhet. Muntorrhet kan, om den inte behandlas, öka risken för tandskador och dålig munhälsa."

Liknande kritik mot läkemedelsbehandling till äldre personer har framförts från myndigheter och granskningsorgan sedan lång tid tillbaka.

Alla läkare känner till att psykofarmaka, till exempel antidepressiva och opioider, kan ge biverkningar som exempelvis balansproblem och därmed fallrisk och att risken ökar med åldern. Detsamma gäller kunskapen att många olika läkemedel kan ge muntorrhet, vilket i sin tur kan påverka munhålan och tänderna negativt.

Det är beklämmande att denna typ av elementära medicinska fakta, som är välkända av alla läkare, ändå ska behöva föranleda kritik från Socialstyrelsen. Eftersom kritiken upprepats sedan många år tillbaka finns goda skäl för att ändra strategi och analysera om det finns några bakomliggande möjliga förklaringar.

1. Balans effekt - risk för biverkningar

Patienter söker sjukvård för olika upplevda hälsoproblem och vill ha behandling. Hos äldre personer är det vanligt med till exempel sömnbesvär, depression och smärta och många patienter önskar läkemedelsbehandling mot dessa problem. Läkare är troligen för det mesta medvetna om att det finns risker med behandling med psykoneuro-farmaka, det vill säga läkemedel som påverkar nervsystemet, men bedömer nog ofta att det är viktigare att försöka lindra patientens angivna symtom - lidande än att avstå på grund av risker för biverkningar.

Genom Socialstyrelsens sätt att värdera risker med läkemedelsbehandling kan en läkare få kritik för "undvikbara risker med läkemedelsbehandling" trots att denne läkare kan ha gjort en noggrann bedömning av för- och nackdelar hos en enskild patient, och valt att rekommendera patienten att ta en kalkylerad risk och efter noggrann information fått patientens samtycke till en sådan behandling.

2. Brist på uppföljning

Det stora problemet är bristen på regelbunden, systematisk uppföljning av de enskilda patienterna över tid för att undersöka om:

- a) avsedda effekter uppkommit = minskning av symtom (lidande)
- b) oavsedda effekter inte uppkommit = inga eller bara få, uthärdliga biverkningar.

Ur medicinsk synvinkel är det självklart nödvändigt med regelbunden, kritisk uppföljning - det är detta vi lär ut vid de medicinska fakulteterna och högskolorna och i all fortbildning av läkare och vårdpersonal. Att så ändå inte sker med tillräcklig regelbundenhet och noggrannhet beror på en rad faktorer, alla välkända sedan många år genom många utredningar. Här är några exempel:

- Fragmenterad organisation av sjukvård/omsorg.
- Fri ordinationsrätt för läkare och andra vårdyrkesgrupper mot en enskild patient, utan krav på att en av patienten själv vald medicinskt ansvarig läkare (patientansvarig läkare, PAL) tar ett övergripande medicinskt ansvar för patienten över tid och regelbundet bedömer och kontrasignerar den samlade behandlings/vård-planen.
- Brist på tid för integrerad hälsoanalys och bedömning.
- Olämpligt utformade journaler.
- Bristande förståelse hos patienter, anhöriga och läkare/vårdpersonal för den stora och varierande biologiska variationen beträffande både positiva effekter (avsedda) och negativa effekter (biverkningar). Denna biologiska variation är ofta större hos äldre än yngre personer.

Den biologiska variationen och att det inte är möjligt att förutse om/hur en enskild patient kommer att svara på en viss behandling (responder) är det avgörande skälet för att fokus i sjukvården bör ligga på uppföljning, dvs på "U" i DBU-modellen (Diagnostik-Behandling-Uppföljning).

I princip är det lätt att reformera sjukvården, ta bort ovan nämnda och andra onödiga barriärer och lägga fokus på just utvärdering av behandlingseffekter över tid.

Barriärerna består bland annat av gällande lagar/förordningar, de befintliga vårdstrukturerna med ett stort antalet vårdchefer som är beroende av just dessa vårdstrukturer för sin yrkesroll/status samt en allmän tveksamhet och till och med motvilja mot förändringar av invanda arbetssätt hos personalen.

Så länge dessa barriärer består kommer Socialstyrelsen och många andra instanser att anse sig behöva fortsätta kritisera vården av äldre personer, t.ex. beträffande läkemedelsbehandling - trots att vi redan känner till innehållet i kritiken!