Nödvändigt att förbättra förbättringsarbetet kring läkemedel

– back to basics

I SIN RAPPORT "Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017" kritiserade Socialstyrelsen åter den bristande kvaliteten på läkemedelsbehandling till äldre personer[1]. Jag kommenterade denna rapport i Dagens Medicin 17-03-06[2]. Den ofta upprepade kritiken har föranlett regeringen att i samarbete med SKL lägga fram "Nationella läkemedelsstrategin 2016-2018"[3] och en årligt uppdaterad handlingsplan, som för 2017 består av tre målområden och 19 aktiviteter[4].

Dessa två dokument innehåller många kommentarer som måste vara självklara för alla läkare och sjuksköterskor efter genomgången grundutbildning. Ett exempel: På sid 25 i handlingsplanen för 2017 anges bl a följande om "diagnostisk checklista":

"Många symtom har flera tänkbara orsaker – sömnproblem kan t ex bero på depression, smärta, hjärtsvikt och läkemedelsbiverkningar. För att utröna orsaken är det viktigt att bedriva s k differentialdiagnostik, dvs att försöka utröna vilka orsaker som är möjliga och vilken av dem som är mest sannolik. I detta arbete skulle en diagnostisk checklista kunna vara till hjälp för behandlande läkare eller sjuksköterska".

Det är beklämmande att denna typ av elementära medicinska fakta gång på gång upprepas i nationella styrdokument. Att så ändå sker och sedan länge har skett ger viktiga ledtrådar till varför problemen kvarstår, trots alla "projekt". Det behövs ett helt annat angreppssätt för att komma till rätta med problemen. Här är förslag till fem grundläggande principer som kan vägleda förbättringsarbetet:

1. DBU-modellen

All praktisk sjukvård består av tre grundkomponenter:

- *Diagnostik*: Kombination av analys av symptom (subjektivt) och patofysiologi (objektivt).
- *Behandling*: Alla pågående, professionellt rekommenderade behandlingsåtgärder.
- *Uppföljning:* Effekter av en viss behandling/vård över tid. Effekter varierar ofta mycket för de enskilda patienterna, och det är i regel inte möjligt att före behandlingens start förutse vilken effekt den kommer att få hos en viss person. Detta innebär att varje patient måste följas noga och förutsättningslöst över tid.

Arbetet bör inriktas på analys av om behandlingen leder till a) ⊕ = avsedda effekter, b) = inga säkra effekter eller c) ⊖ = negativa effekter (biverkningar), dvs inriktas på resultat och inte på process.

2. Integrering – individualisering

Läkemedelsbehandling bör inte betraktas isolerat, utan alltid i sitt kliniska sammanhang utifrån de enskilda patienternas kontext och önskemål.

3. Följsamhet (compliance, adherence)

En förutsättning för att kunna få de i regel små effekterna av behandling med läkemedel (*number needed to treat, NNT*, är ofta högt) är att följsamheten är lika hög som i de vetenskapliga studier som ligger till grund för godkännandet. En studie från Jönköpings län 2003 visade att compliance i hela vuxensjukvården var under 60 procent, mätt som uthämtning av itererade recept från apotek[5]. Compliance för nedsväljning av tabletter var med all sannolikhet avsevärt lägre.

4. Medicinskt ansvar

Alla patienter bör ha rätt att fritt välja en läkare som har det övergripande medicinska ansvaret att *integrera* och *koordinera* all slags diagnostik och behandling/vård, såväl den som ges av olika huvudmän eller vårdenheter, som den som ges av olika vårdyrkesgrupper, givetvis i nära samarbete med dessa. Denne läkare bör ha sin bas i öppna vårdformer, t ex i primärvården.

5. Förutsättningar

Förutsättningar för hög kvalitet för DBU måste vara så goda som möjligt beträffande bl a arbetsmiljö, samarbete mellan läkare och andra vårdyrkesgrupper (team), journaler, vårdorganisation och styrning av vården.

Det är mycket angeläget att förbättringsarbetet kring läkemedelsbehandling förbättras och leds av medicinska fakulteter och högskolor. Det behövs en experimentell FoU-uppläggning bottom-up, där de ansvariga kan testa olika idéer och möjligheter i praktisk klinisk vård. «

Se www.svenskgeriatrik.se för referenslista.

Gunnar Akner
Professor och docent i geriatrik, läkare
akner.gunnar@gmail.com
www.gunnar-akner.se
www.aknerblog.wordpress.com