

Hur ser läkarna på sitt medicinska ansvar i relation till den tilltagande externa kvalitetskontrollen av vården?

SEDAN MÅNGA ÅR pågår ett omfattande arbete med att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. Figuren intill illustrerar sjukvården som en cirkel och pilarna som några exempel på åtgärder som vidtagits av huvudmän och stat för att försöka förbättra ("trycka in") vårdkvalitet i ett vårdssystem, som inte är anpassat till äldre personer med komplexa hälsoproblem.

Ett av exemplen på åtgärder avser kvalitetsindikatorer, som samlas i nationella kvalitetsregister och redovisas i bland annat "Öppna jämförelser". Totalt finns för närvarande 106 kvalitetsregister och det registreras flera hundra indikatorer i olika "Öppna jämförelser". I kvalitetsregistret "Vårdprevention för äldre", även kallat "Senior Alert", registreras skattningar av risk för att drabbas av fem olika hälsoproblem: fall, trycksår, undernäring, munhåleproblem och urininkontinens. Ett annat exempel är primärvårdens registrering av kvalitetsindikatorer kring levnadsvanor (tobak, alkohol, mat, fysisk aktivitet).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har läkare det övergripande medicinska ansvaret för patienterna. Frågan är då hur läkarkåren ser på att vårdsektorn enligt en lång rad utredningar har betydande kvalitetsproblem och förorsakar så mycket skador och lidande att företrädare för huvudmän och stat sett sig nödsakade att ingripa med en lång serie "externa satsningar", inkluderande en omfattande revision, som i allt högre grad granskar, styr och påverkar det reguljära kliniska arbetet.

Det är inte mycket som talar för att denna typ av, i och för sig vällovliga, åtgärder på ett varaktigt sätt kan förbättra vården av äldre personer utan att ta sig an de grundläggande problemen, där några exempel anges inne i cirkeln i figuren.

För att få till stånd en varaktig förbättring av vårdkvaliteten för äldre personer krävs en intern, långsiktig utvecklingsprocess som utgår från vården av enskilda patienter över tid utifrån "vetenskap och beprövad erfarenhet". Eftersom läkare har det medicinska ansvaret är det nödvändigt att kliniskt verksamma läkare med kompetens i geriatrik också har en tydlig roll i ledningen av förbättringsarbetet i samråd med övriga personalgrupper. Vi måste återföra fokus på vårdens huvuduppgift, som kan uttryckas som DBU = Diagnostik, Behandling/vård och Uppföljning över tid, där det är viktigt att inse att all slags behandling av enskilda personer utgör ett experiment med osäkert resultat. Fokus måste därför ligga på att undersöka om det uppstår positiva = avsedda ("att bota, lindra och trösta") behandlingseffekter respektive göra allt för att förhindra att det uppstår negativa effekter = biverkningar ("att aldrig



Försök att med olika åtgärder "trycka in" kvalitet i ett oförberett vårdssystem

skada") över tid hos de enskilda patienterna. Detta kan uppnås genom att vårdarbetet inriktas på en integrerad, person/patient-centrerad process, där personens självupplevda hälsoproblem/symptom står i centrum för analys, bedömning och handläggning över tid och att dagens retroaktiva 'journal' utvecklas till ett proaktivt 'integrerat hälsoanalyssystem' utformat enligt DBU-modellen och inriktat på överblick och sammanhang.

På detta sätt kan det pågående, externt drivna, kvalitetsförbättringsarbetet överföras till ett internt drivet förbättringsarbete enligt DBU med fokus på "U", dvs en positiv hälsoutveckling över tid. Det är troligen detta som patienterna förväntar sig och som merparten av all vårdpersonal ser som sin främsta arbetsuppgift och som är grunden till att de valt att ägna sig åt vård av sjuka människor. <<

Gunnar Akner

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

