

Klarläggande:

Evidensbaserad medicin ingen ättestupa för bristfälligt dokumenterad verksamhet

Den evidensbaserade medicinen (EBM) strävar efter att klarlägga bästa tillgängliga vetenskapliga underlag för beslut avseende diagnostik, prognos eller behandling av enskilda patienter.

Ofta blir slutsatsen av sådana systematiska kunskapsöversikter att det vetenskapliga underlaget är knapphändigt och förenat med betydande metodologiska brister. Sådana sammanställningar kan aldrig användas för att med säkerhet uttrycka sig om en viss behandling har avsedd effekt eller ej. Dvs lika lite som att bevisa nyttan kan man motbevisa en gynnsam effekt av behandlingen med hjälp av dålig vetenskap.

Patientutbildning av diabetiker

I Läkartidningen 36/00 (sidan 3850) refererade jag en systematisk översikt rörande patientutbildning av typ 2-diabetiker. Sammanställningen från brittiska SBU (Centre for Review and Dissemination) var mycket välgjord men slutsatsen var, som så ofta, att det fanns ett bristande stöd i litteraturen för att olika utbildningsinsatser av typen diabetesskola, diabetesgrupper osv hade några mer generella effekter på beteenden, riskfaktorer eller livskvalitet.

Eftersom jag själv startade en »diabetesdagavdelning» i Luleå för tio år sedan, och med stor tillfredsställelse undervisat på denna, var slutsatserna nedslående. Däremot var inte min tolkning att det nu är bevisat att patientutbildning är ineffektiv, vilket jag också poängterade i referatet.

Oanade, oönskade effekter

Till min bestörtning har det kommit till min kännedom att detta referat fått oanade effekter. Till exempel ska flera diabetessköterskor ha fått höra från sina vårdcentralchefer att deras arbete saknar vetenskapligt stöd enligt SBU:s bedömning! Andra sköterskor under pågående fortbildning har fått förhandsbesked om att de inte kommer att få arbeta som diabetessköterskor eftersom man omprövat sitt beslut efter »SBU-artikeln» i Läkartidningen.

Tre missförstånd

Dessa kommentarer bygger på tre missförstånd:

1. Översikten berörde överhuvud taget inte diabetessköterskornas jobb i allmänhet, utan hur olika strukturerade utbildningsprogram fungerar. Det finns inget i denna översikt som talar vare sig för eller emot systemet med diabetessköterskor, en yrkeskategori som jag själv finner omistlig för en god diabetesvård (även om jag för närvarande inte kan prestera några bra vetenskapliga belägg i frågan).

Uppmanar till fler studier

2. Översikten visar att vi inte har något starkt stöd för gynnsamma effekter av utbildningsprogram, men inte att dessa program är ineffektiva. Det är inte uteslutet att vi med bättre forskningsmetodik och känsligare mätinstrument lyckas klarlägga verk samma komponenter inom sådana program och renodla och utveckla dem. I min kommentar uppmanade jag just till en svensk multicenterstudie i frågan.

Agerar inte för SBU:s räkning

3. SBU har inte på något sätt haft några synpunkter på diabetes och utbildning. Detta missförstånd faller tillbaka på att jag, förutom ha en överläkars tjänst i diabetologi, även arbetar som projektsamordnare vid Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU).

Den enda gång som SBU berört diabetes är när man tidigt på 1990-talet skrev en rapport som förordade obligatorisk ögonbottenscreening. Det jag skriver i Läkartidningen gör jag som redaktör vid tidningen, och artiklar och kommentarer uttrycker inte SBU:s ståndpunkt, även om dessa stundtals må vara de samma.

Kan kontakta mig

Slutligen skulle jag vilja uppmana dem som eventuellt fått problem efter min krönika att be sina chefer eller andra ansvariga kontakta mig för att reda ut missförstånden.

Mats Eliasson

med dr, överläkare, Sunderby sjukhus Luleå; medicinsk redaktör i Läkartidningen för området evidensbaserad medicin

Slutreplik om läkemedelshandtering i hemsjukvården:

Föreskriften borde ha utformats i samråd med professionen

Eva Stolpe och Bo Lindblom skriver i Läkartidningen 37/2000 (sidan 4049) att »Bror Gårdelöf menar att det för att arbeta med läkemedelshandtering i hemsjukvården enbart skulle krävas ordinarie förmåga att läsa innantill och följa instruktioner». Det gör jag inte alls!

Mitt påstående avser handtering av avdelade läkemedel – tabletter, kapslar etc – vilket klart framgår för den som läser innantill. Det är ett rimligt antagande att majoriteten av berörda patienter klarar sig på denna form av mediciner.

Kollegerna kan delegera

Jag är fullt medveten om – och imponerad av – hemsjukvårdens avancerade behandling av svårt sjuka patienter. Dock hyser jag full tilltro till de verksamhetsansvariga läkarnas förmåga att själva avgöra vad som kan delegeras till andra än sjuksköterskor, och vad som skall förbehållas legitimerade sjuksköterskor. Om inte annat torde den professionella självbevaringsdriften hjälpa delegerande läkare att sätta gränser, eftersom vi själva ställs till ansvar om något går snett till följd av just delegeringsförfarandet.

Skillnader i sjukdomars svårighetsgrad

Att döma av Stolpes och Lindbloms avslutande antydning om möjliga ändringar av författningen inser även de att det finns skillnader i sjukdomars svårighetsgrad mellan olika patienter inom hemsjukvården. Eller är det meningen att icke-sjuksköterskor skall hantera cytostatika och infusionspumpar »bara lite – ibland»?

Påpekandet att en patient inte kan ställas till laga ansvar för misstag i sin egen läkemedelshandtering är så självklart att det är löjligt. Formuleringen »... läkemedelshandtering i patientledet ... » var dock inte min, utan Stolpes och Lindbloms.

Därpå följer en passus om att säker-

ANNONS

Den nya läkemedelsföreskriften ger möjlighet till delegering av uppgifter till andra än sjuksköterskor. (Personerna på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

heten och kompetensen inte skall vara sämre i öppna vårdformer än i slutna. Kompetens innebär förmåga att säkert och på rätt sätt utföra en uppgift, medan behörighet innebär en myndighets auktorisation att utföra uppgiften – och möjlighet till sanktioner mot icke-behöriga utförare.

Efterlyste evidens

I det förra inlägget efterlystes just evidens för bristande säkerhet – som i

sin tur skulle indikera att ett problem faktiskt finns. Stolpe och Lindblom redovisar inte heller denna gång minsta tillstymmelse till evidens utan förbigår frågan – igen.

Av det drar jag slutsatsen att evidens saknas och att man alltså, på klassiskt paragrafryttarmanér, i avsaknad av vetenskap och beprövad erfarenhet än en gång löst ett »problem» utan att veta om det existerar.

Jag skriver inte en bokstav om fackliga eller sysselsättningspolitiska överväganden. Däremot belyses problemet att kliniskt aktiva inom sjukvården dag-

ligen lever i en bristsituation som inte omedelbart avhjälpas bara för att det kommer ut en ny författning.

Delegering av besparingsskäl?

Tror Stolpe och Lindblom på fullt allvar att ansvariga läkare tillgriper delegeringar av besparingsskäl eller för att hålla sjuksköterskor borta från deras rättmätiga arbetsuppgifter? Problemet är ju att sjuksköterskorna är för få – och prognoserna indikerar att bristen kommer att förvärras!

Långsiktig planering är utomordentligt viktig, men dagens problem måste lösas idag – med de resurser som står till buds. Eller som en rubrik i Östgöta-Correspondenten uttryckte det tidigare i år: »Nedläggning löste inte de ekonomiska problemen – patienterna finns kvar ändå».

Skriftväxlingen onödig

Det hedrar Stolpe och Lindblom, att de redan nu förklarar sig villiga att ändra föreskrifterna, om så skulle behövas. Det hade hedrat dem än mer om dessa föreskrifter – och argumentationen för dem – redan från början utformats i samråd med professionen på ett sådant sätt att hela denna skriftväxling varit onödig.

Bror Gårdelöf
ambulansöverläkare, Landstinget i Östergötland

Replik från Socialstyrelsen:

Togs fram i bred samverkan och ger möjlighet till delegering!

Bror Gårdelöf försöker återigen att torgföra uppfattningen att den nya läkemedelsföreskriften inte tillräckligt förankrats inom professionen. Detta är felaktigt. Tvärtom är det så att föreskriften tagits fram i ett nära samarbete med professionella företrädare.

Läkarorganisationerna var med

Den referensgrupp som under ett års tid deltog i arbetet bestod av representanter för Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet m fl intresseorganisationer samt ett antal kliniskt verksamma sjuksköterskor och läkare från en rad olika specialiteter.

I Läkarförbundets remissvar kan

man läsa följande: »Visserligen innebär förslaget en skärpning av bestämmelserna så tillvida att delegering endast får användas för själva överlämnandet. Förbundet anser dock att samma patientsäkerhetskrav måste ställas inom all hälso- och sjukvård ...»

Läkaresällskapets remissvar har liknande innebörd.

Sjuksköterskan huvudansvarig

Principen att sjuksköterskan skall ha huvudansvar för läkemedelshandling är en väl etablerad praxis, som sjuksköterskeutbildningen är utformad för. Decenniers erfarenheter från tillsynen visar på de många riskerna för incidenter i de olika leden från förskrivning fram till intag av läkemedlet.

Naturligtvis finns det inte evidens i meningen randomiserade studier bakom all denna erfarenhet – lika lite som det finns kontrollerade studier till stöd för den allmänna uppfattningen att det är önskvärt att kirurger opererar och narkosläkare sover!

Tydliga möjligheter att delegera

Läkemedelsföreskriften innebär tydliga möjligheter till delegering av uppgifter till icke-sjuksköterskor, vilket tyvärr inte gått fram i den debatt som förekommit med anledning av föreskriften.

Ann Bonair
Bo Lindblom
Eva Stolpe
Socialstyrelsen