

Kurt Boman, professor, överläkare, medicin–geriatrikklíniken, Skellefteå lasarett, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet (kurt.boman@vll.se)

Jan-Erik Ögren, apotekschef, Skellefteå lasarett

Att sätta ut läkemedel – kliniskt viktigt men praktiskt svårt

■ Modern läkemedelsbehandling har för många människor inneburit en förbättrad livskvalitet, minskade invalidiserande symtom, minskat sjukvårdsbehov och förbättrad prognos.

Samtidigt finns en negativ utveckling bestående i polymedicinering, med åtföljande biverkningar, läkemedelsinteraktioner och en kraftig kostnadsökning. Inköpskostnaderna för läkemedel år 2001 uppgick till 26 miljarder kr. Under 1990-talet ordinerades i Skellefteå också allt fler läkemedel per individ, med en ökning från fyra–fem till åtta–nio läkemedel per boende på servicehus/sjukhem från mitten till slutet av 1990-talet [1].

Inbyggda problem

Läkemedelsbehandling har i sig två inbyggda problem – över- och underanvändning – vilka båda är angelägna att begränsa. Här kommer främst överanvändning som beror på överförskrivning att behandlas. Denna har exemplifierats bl a i SBU:s rapport [2] om protonpumpshämmare; dessa medel förskrevs för ca 500 miljoner kronor på icke godkänd indikation.

Överanvändning av läkemedel innebär också risk för läkemedelsbiverkningar och interaktioner till en mycket hög kostnad.

Underanvändning innebär att livsviktig eller symptomlindrande behandling inte kommer behövande individer tillgodo, såsom ACE-hämmare och betareceptorblockerare vid kronisk hjärtsvikt; alltför få patienter med kronisk hjärtsvikt får sådan behandling [3]. Endast ca 30 procent av patienter med hjärtsviktsdiagnos får ACE-hämmare, och ungefär 10 procent behandlas med betablockerare. Till detta kommer patienternas brist på följsamhet, vilket oftast betyder att man underskrider den ordinerade dosen.

Bakom *överanvändning* finns många olika orsaker, t ex oklara indikationer, brister i diagnostiken som vid hjärtsvikt och hypertoni, dålig utvärdering, problem med hamstringsfrämjande förmåns- och rabattsystem. Detta leder till en betydande kassation av dyra verksamma medel. Under 1980-talet gjorde vi ett flertal utsättningsstudier av digitalis. Vi fann då att digitalis många gånger användes i onödan [4].

SAMMANFATTAT

Lika viktigt som att sätta in behandling är att utvärdera dess effekt och att, om nödvändigt, ompröva terapin.

Vid all läkemedelsbehandling skall behandlingstiden anges.

Det är viktigt att någon har det övergripande ansvaret för patientens läkemedel.

Den främsta orsaken till detta var oklar indikation vid insättning, oklar effekt, övergående indikation och dålig utvärdering.

Överanvändningens problematik kan också illustreras av antalet individer som behöver sjukhusvård på grund av läkemedelsbiverkningar. En studie i Umeå visade att 14 procent av patienterna på en medicinavdelning vårdades för läkemedelsbiverkningar [5].

Gosney och Tallis rapporterade att hos ca 24 procent av patienter inlagda på medicinsk–geriatrisk klinik kunde inläggningen relateras till läkemedelsbiverkningar och/eller interaktionsproblem [6].

Utsättning av läkemedel

Få studier har ägnats läkemedelsutsättning, sannolikt eftersom det är ett mödosamt, tålamsprövande och föga glämoröst arbete. Våra erfarenheter visar att det är möjligt att långsiktigt kunna förändra en läkemedelsbehandling. En framgångsfaktor är att det finns en hög beredskap för kontinuerlig terapiomprövning från såväl slutenvårds- och öppenvårdsläkare som apotekare och sjuksköterskor. Terapiomprövningen bör vara en kontinuerlig process, och den bör utgå från befintlig läkemedelsstatistik.

Avsikten med denna presentation, som är en sammanfattning av en nyligen utkommen rapport [7] från Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI), är att redovisa våra personliga erfarenheter av ett mångårigt arbete med läkemedelsfrågor



Foto: IBL

För patienten kan det finnas en stark bindning till pågående läkemedelsbehandling och därmed en utpräglad placeboeffekt. Det kan också vara ångestframkallande för läkaren att sätta ut ett preparat. Inte ovanliga tankar vid utsättning av läkemedel är: »Tänk om patienten försämras, blir riktigt akut dålig eller i värsta fall dör.«

samt belysa de situationer som uppstår vid utsättning av läkemedel. De främsta skälen att ompröva läkemedelsbehandling är:

- Biverkningar.
- Interaktioner.
- Oklar effekt av medlet.
- Oklar indikation.

Svårigheter

Bristande kontinuitet. En bristande läkarkontinuitet, som försämras på grund av vakanser m m, utgör självklart en försämrade omständighet vid omprövning, särskilt när patienten flyttas mellan olika vårdnivåer eller mellan olika vårdgivare.

Psykologiska faktorer. För patienten kan det finnas en stark bindning till pågående läkemedelsbehandling och därmed en utpräglad placeboeffekt. Det kan också vara ångestframkallande för läkaren att sätta ut ett preparat. Inte ovanliga tankar vid utsättning av läkemedel är: »Tänk om patienten försämras, blir riktigt akut dålig eller i värsta fall dör.« Dessa psykologiska faktorer skall inte underskattas. För oss verkar det som om det är generellt »mer acceptabelt« att få en svår biverkning av ett läkemedel än att få en komplikation av ett utsatt läkemedel

Läkemedelsutsättning nedprioriteras. I dagens högt uppdrivna sjukvårdstempo nedprioriteras ofta läkemedelsutsättning. Vi ser ett accelererande problem, fler mediciner per patient, mer tid krävs för granskning av indikation, patienten befinner sig kortare tid på sjukhus. Allmänläkare vill kanske inte ta ansvar för läkemedel insatta av specialist, och vice versa. Omprövning tenderar att göras bara vid direkta biverkningar och uppkomna kontraindikationer. Det övergripande ansvaret för patientens medicinering har tunnats ut.

Utsättning av läkemedel behöver väl tilltagen tid och kräver ett ömsesidigt gott förtroende mellan patient och läkare. Särskilt viktigt är att patienten behöver motiveras och informeras dels om uppföljande kontroller, dels om nödvändigheten av förnyad kontakt vid uppträdande av nya symtom. Allt detta kräver sin rättmätiga tid.

Bristande incitament. Bristande incitament är en stark förklaring till att medicineringen inte omprövas. Det är därför en

mycket angelägen uppgift för våra beslutsfattare, politiker och chefer att etablera framgångsrika incitament.

Rubbade förtroenden. Utsättningsförsök kan rubba förtroendet mellan patient och behandlande läkare, mellan specialist och icke-specialist, mellan slutenvårdsföreträdare och primärvårdsföreträdare. Vem har det övergripande ansvaret för patientens läkemedel? Patienten förväntar sig att någon har en helhetssyn på behandlingen. Viljan att vara patientansvarig läkare har genomgått en märkbar försvagning, Ansvarsfrågan måste därför tydliggöras.

Rekylfenomen. Utsättning av vissa läkemedel kan, särskilt vid abrupt utsättning, ge upphov till rekylfenomen som hjärtklappning, angina pectoris och hjärtinfarkt vid utsättning av betablockerare samt uppkomst eller akutisering av ångest, oro, sömnsvårigheter eller psykotiska symtom vid utsättning av neuroleptika. Detta kräver noggrann information och god patient-läkarkontakt för att undvika skada och oro hos patienten.

Patientens problem. För patienten kan läkemedelsutsättning medföra ökad oro och otrygghet. Placeboeffekten, som kan vara stark, försvinner. Patienten kan också ifrågasätta borttagning av ett läkemedel i avsaknad av biverkningar. Svårigheten blir mycket tydlig när den enskilde patienten inte kan utlovas någon vinst av behandlingen i framtiden. Vid inträffad komplikation, såsom hjärtinfarkt eller hjärtsvikt, kan det vara svårt att avgöra om komplikationen beror på grundsjukdomen i sig eller på utsättningen av läkemedlet.

Anhörigas problem. Utsättning av läkemedel kan skapa oro och rädsla hos vårdande anhöriga. Det kan också leda till att förtroendet och tilliten till sjukvården rubbas. Särskilt svårt blir det när det finns många anhöriga med varierande kunskaper om sjukvård och sjukdomar.

Vinster

För patienten. Patienten slipper medicinera, får ökad känsla av frihet och att inte vara »beroende« av läkemedel för sin livskvalitet och hälsa. Ofta tycker patienten sig ha för många tabletter, vilket leder till att en del doser hoppas över. Allra

viktigast är att undvika allvarliga komplikationer, som i värsta fall kan leda till dödsfall.

Utsättning av ett mindre väl motiverat läkemedel ger också möjlighet till bättre följsamhet till de läkemedel som verkligen behövs.

För läkaren. Omprövning av insatt läkemedelsbehandling stärker den professionella hållningen med en strävan att ständigt nå en så optimal, evidensbaserad läkemedelsbehandling som möjligt.

En annan vinst med medicinutsättning är att man reducerar antalet mediciner, vilket minskar riskerna för eventuella biverkningar, interaktioner och sjukhusinläggningar. Långsiktigt reduceras också behovet av kontroll och uppföljning med exempelvis blodprov etc.

För sjukvården. Färre läkemedel behöver hanteras i vardagsarbetet och det blir mindre risk för sammanblandning av läkemedel. Dokumentationsbörda och registrering av läkemedelsbehandling minskar. Det blir förhoppningsvis också färre inläggningar på grund av läkemedelsbiverkningar. De sålunda inbesparade medlen kan användas för andra ändamål, vilket medger en omprioritering av sjukvårdsresurserna. Inte minst ges utrymme för användning av nya effektivare läkemedel.

Avslutande av behandling vid olika indikationer

Vid *botande behandling*, t ex en antibiotikakur, är det viktigaste att se till att insatt behandling fullföljs med adekvat dos och med tydlig angivelse av när behandlingen skall avslutas. Insättande läkare skall därmed ange behandlingstidens längd och hur behandlingen skall avslutas, behov av uppföljning, kontroll av laboratoriedata m m. Alltför vanligt är att botande behandling får kvarstå även sedan grundsjukdomen läkt ut.

Vid *lindrande behandling*, t ex smärtstillning, är det särskilt angeläget att finna den mest effektiva symtomlindrande behandlingen med minsta effektiva dygnsdos av centralt verkande medel för att minimera risken för biverkningar. Samtidigt är det viktigt att pröva behandlingsuppehåll för att undvika eventuell toleransutveckling.

Eftersom behandlingen är enbart symtomatisk är det lätt att återuppta den om besvären återkommer efter utsättningsförsök.

Förebyggande behandling utgör en alltmer dominerande del av all läkemedelsbehandling. Vid profylaktisk symtomlindrande behandling är situationen tämligen enkel. I sådana kliniska situationer är utvärderingsmöjligheterna gynn-samma.

Betydligt svårare är det när det gäller att bedöma möjligheten att på lång sikt förhindra allvarliga komplikationer såsom dödsfall, slaganfall eller hjärtinfarkt, särskilt hos symtomfria patienter. Här gäller det att konsekvent begränsa användningen av läkemedel till sådana för vilka det finns säkerställda belegg för en genuin preventiv effekt hos den aktuella patientkategorin. Därtill måste man överväga vilken reell vinst man kan räkna med om patienten är i hög ålder och/eller löper ringa risk.

Lyhördhet avseende biverkningar är särskilt viktig, och ett byte av läkemedel kan behövas för att upprätthålla en god följsamhet till behandlingen. Den stora svårigheten är i vad mån måttliga biverkningar kan accepteras för att vinna något på lång sikt, eftersom de patienter som drabbas av biverkningar inte med säkerhet blir de som slipper insjuknande i exempelvis ett framtida slaganfall. God kontinuitet och en väl eta-

blerad patient-läkarrelation är särskilt nödvändiga när patienten involveras i beslutet om den egna behandlingen.

Att tänka på vid all läkemedelsbehandling

- Lika viktigt som att sätta in behandling är att utvärdera dess effekt.
- Behandlingstidens längd bör anges.
- När skall utvärdering av effekten göras?
- Vem skall utvärdera effekten?
- Vem skall ha huvudansvaret för den insatta behandlingen?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Markgren K, Ögren JE, Boman K. Läkemedelskonsumtion på sjukhus och servicehus. Svensk Farmaceutisk tidskrift 1993;97:21-3. Socialstyrelsens rapporter 1995, 1998, 2000.
2. Ont i magen. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000. SBU-rapport 2000;150.
3. Johansson JE, Fagerberg B. Hjärtsvikt. Behandling kan förbättras visat jämförelse mellan klinisk praxis och rekommendationer. Läkartidningen 1994;91:814-6.
4. Boman K. On the clinical use of digitalis with reference to its prescription, maintenance therapy, intoxication and the patient's knowledge [dissertation]. Umeå universitet; 1983.
5. Mjörndal T, Boman MD, Hägg S, Bäckström M, Wiholm BE, Wahlin A, et al. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2002;11(1):65-72.
6. Gosney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to hospital. Lancet 1984; 2(8402): 564-7.
7. NEPI-rapport. Utsättning av läkemedel – kliniskt viktigt men praktiskt svårt. Stockholm: Nätverk för läkemedelsepidemiologi;2002.