

Läkemedelsgenomgångar – falsk trygghet

Läkemedel till äldre är åter en aktuell fråga. Att vårdkedjan brister finns det flera beskrivningar av. Dock kan man undra över de lösningar på problemen som lyfts fram. Nu senast har Läkemedelsindustriförbundet (LIF) och Farmaceutförbundet startat en gemensam aktionsgrupp för att genomföra »högkvalitativa läkemedelsgenomgångar«. Många politiker framhåller också så kända läkemedelsgenomgångar som en enkel lösning på ett komplicerat problem. Läkarförbundet menar att det inte är rätt sätt att angripa problemet.

Tvärtom kan det medföra att en falsk trygghet infinner sig – läkemedelslistan för en äldre person är ju »genomgången«, men vad händer sedan? Ska dessa genomgångar göras varje gång personen får en ny förskrivning? Detta system kommer att bli kostnadsdrivande och släppa fokus på grundproblemet, nämligen läkares kontinuerliga medverkan i vården av äldre. Det är ansvariga läkare som vid varje förskrivning måste göra en värdering av patientens alla läkemedel.

Redan i dag har kommunerna rätt att anställa egna läkare i äldrevården om landstingen inte uppfyller kraven på att leverera denna resurs. Ingen kommun i Sverige har hittills gjort detta! För att komma med konstruktiva lösningar på den komplexa frågan om förskrivning och uppföljning av läkemedelsbehandling av våra äldre patienter måste först en grundläggande analys genomföras. I avvaktan på en mer nyanserad diskussion om detta vill vi redogöra för några av de faktorer som påverkar vården av äldre.

Betydelsen av att två olika huvudmän är involverade kan inte nog poängteras. Läkaren ses enbart som konsult och har inget övergripande ansvar/insyn i övrig personals kompetens och fortbildning. Det går inte heller att bortse från att patienters oro, ångest, smärtproblematik m m många gånger säkerligen skulle kunna lindras med ökad personalnärvaro.

Vidare är det inte ovanligt att både personal och anhöriga är bekymrade över naturliga reaktioner på situationen, och det finns en önskan att behandla symtom som egentligen är en konsekvens av sjukdomstillståndet. Vi måste också tillåta våra gamla att känna glädje och sorg och inte sträva efter ett »normaltillstånd« utan dessa naturliga svängningar.

En annan situation är ställningstagande till medicinering, i allmänhet lugnande, på grund av att en pati-



Illustration: Annika Huett

ent är störande för medpatienter. Vikten av ordentlig tid för läkaren att träffa, undersöka och bedöma effekt av insatt behandling är ju självklar, även om vi vet att detta inte är verkligheten i dag.

När läkemedel och äldre diskuteras finns ytterligare en aspekt som inte får glömmas bort – apodos. Tyvärr är det ett system som lätt kan leda till övermedicinering. Många kommunala boenden har som ett »inskrivningskrav« att pa-

tienterna ska ha apodos för att minimera arbetet med läkemedelsdelning. När medicinering ska titreras till optimal dos måste det antingen ske vid sidan av det övriga systemet eller via upprepade dosändringar i systemet.

Systemet underlättar inte att under en kortare tid testa ett läkemedel på en patient. Vid förlängning av apodos-ordinationen är det mycket enkelt att förlänga alla recept, men att göra utsättningar och minska doser är betydligt krångligare. Apodos är ett bra hjälpmedel för äldre att själv hantera sin medicinering, men det blir fel när det används slentrianmässigt. Här behövs ett basalt utvecklingsarbete för att systemet ska fungera bra i alla olika situationer, om det ska användas i den utsträckning som sker i dag.

Detta är några av alla de faktorer som måste analyseras och åtgärdas för att varje patient vid varje tillfälle ska få en optimal läkemedelsordination. Behovet för gamla att ha en fast läkarkontakt kan inte nog betonas. Läkarförbundet menar att det nu är dags att diskutera hela problemområdet och inte komma med »quick-fix«-lösningar som riskerar att kosta mer än de tillför.

»Behovet för gamla att ha en fast läkarkontakt kan inte nog betonas.«



MIKAEL ROLFS
ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse; ordförande i förbundets råd för läkemedel och medicinteknik



MARIA DALEMAR
ordförande i Distriktsläkarförbundet; ledamot i förbundets råd för läkemedel och medicinteknik

Konstruktivt fullmäktigemöte under tidspress

I förra veckan samlades Läkarförbundets fullmäktige och beslutade om inriktning för kommande års verksamhet. Ett ovanligt digert program med 74 motioner gjorde att vi inte hann diskutera den framlagda propositionen om revidering av våra etiska regler. Detta får vänta till nästa års fullmäktige.

Motionerna bidrog till intensiva diskussioner, och resultatet blev i några fall nya konstruktiva förslag. Läkarförbundet ska utarbeta en strategi för läkare som blivit förföljda i medierna. Dessutom måste vi informera tydligare om vikten av komplette-

rande försäkringskydd gällande förtal i medier.

I revisionen av det sjukvårdspolitiska programmet ska vi överväga att utforma krav på en nationell vårdplatsgaranti som en ny lösning på ett gammalt problem. Introduktion av utländska läkare fungerar i dag inte optimalt och Läkarförbundet ska tillsammans med extern aktör ta fram kurs i sjukvårdskultur.

Detta och mycket annat bidrog till ett konstruktivt fullmäktige, och vi har många spännande uppgifter att lösa det kommande året.

Eva Nilsson Bågenholm



Kontaktuppgifter Sveriges läkarförbund:
www.lakarforbundet.se, E-post: info@slf.se
Telefon: 08-790 33 00, Fax: 08-20 57 18
Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm
Besök: Villagatan 5, Stockholm