

LÄKEMEDEL. Dålig kvalitet i äldres läkemedelsanvändning beror bland annat på att primärvården ofta saknar rutiner. Det visar en kartläggning bland primärvårdsläkare som Socialstyrelsen gjort och som ska presenteras senare i vår. Läkartidningen har träffat generaldirektören Lars-Erik Holm och projektledaren Johan Fastbom för ett samtal utifrån de preliminära resultaten. »De bekräftar det vi kände till, men fördjupar kunskapen«, säger Lars-Erik Holm.

TEXTER: SARA GUNNARSDOTTER

Socialstyrelsen efterlyser läkemedelsansvarig läkare

En läkemedelsansvarig läkare för varje äldre patient, som skulle ha mandat att inte bara sätta ut läkemedel som andra läkare förskrivit, utan dessutom makulera recepten. Det hoppas Lars-Erik Holm att Socialstyrelsen kan skriva in i sina reviderade föreskrifter om läkemedelshantering.

– Jag tror att det skulle skapa ett annat mandat för distriktsläkare att faktiskt våga ifrågasätta kollegers förskrivning, säger Lars-Erik Holm.

Han exemplifierar med inlagda patienter som får ett lä-

kemedel insatt på sjukhuset, som råkar följa med vid utskrivningen.

– Sedan så står de på det resten av livet om man inte gör något. Om en allmänläkare eller geriatriker har ett samlat läkemedelsansvar utpekad, då kan det vara lättare att ringa kardiologen och fråga, säger Lars-Erik Holm.

Ett övergripande läkemedelsansvar förutsätter dock kommuniserande datorjournaler och läkemedelsförteckningar.

– Den elektroniska biten kan man inte lösa med bara ett



Foto: Ann-Sofi Rosenkvist

Lars-Erik Holm påpekar att läkare redan i dag har en möjlighet att ifrågasätta andra läkares mediciner.

mandat, suckar Lars-Erik Holm som ändå hyser förhoppningen att det på sikt ska bli möjligt.

Han tror också att det vore bra om den läkemedelsansvariga läkaren skulle kunna makulera andra läkares recept.

– Det skulle helt och hållet utgå från patientsäkerhetsperspektivet.

När ett läkemedel sätts ut i dag finns ändå receptet kvar, numer för det mesta i datoriserad form. Det innebär att medicinen kan hämtas ut och brukas, av misstag eller av-

Årligt läkarbesök för avstämning

»Socialstyrelsen har producerat en rad rapporter där vi har påtalat brister i äldres läkemedelsanvändning, och vi har föreslagit åtgärder. Men läkarna har varit lite förbisedda i det arbetet. Nu ville vi ta reda på hur de tänker och gör, hur de skulle vilja att man gjorde och vad de tror att de kan bidra med för att förbättra användningen.«

Det säger Johan Fastbom, docent i geriatrisk farmakologi och ansvarig för Socialstyrelsens arbete med läkemedel för äldre. Under hösten har Socialstyrelsen kartlagt hur primärvårdsläkare ser på sin roll i äldres läkemedelsanvändning och vad som krävs för att de ska bli bättre på att hantera den.

Kartläggningen syftade

också till att peka på läkarnas ansvar i frågan.

– Dels för att »sätta press« på läkarna att ta sitt ansvar men också lyfta fram dem och säga »ni är viktiga«, säger Johan Fastbom.

Via en enkätundersökning bland verksamhetschefer vid landets vårdcentraler, en dagslång diskussion med sju

primärvårdsläkare samt sex geografiskt spridda fokusgrupper med deltagare från såväl landsbygd som stad och privat som offentligt drivna vårdcentraler, har Socialstyrelsen samlat in uppgifter om läkarnas arbetsförhållanden, deras synpunkter och resonemang om äldres läkemedelsbehandling.

– Övergripande är att



Foto: Colourbox

Vad gäller äldres läkemedelsanvändning finns mycket övrigt att önska. Det visar en kartläggning som Socialstyrelsen har gjort bland landets primärvårdsläkare.

siktligt, oavsett hur överenskommen med doktorn ser ut.

– Man måste ju kunna rensa hela vägen. Våra elektroniska system lever sina egna liv om det inte går att rensa i dem.

– Men vi måste förstås utre-

da alla legala hinder och möjligheter först och främst.

Lars-Erik Holm tycker att det är viktigt att påpeka att alla läkare redan i dag har en möjlighet att ifrågasätta andra läkares medicinering.

»Ett övergripande läkemedelsansvar förutsätter ... kommunicerande datorjournaler och läkemedelsförteckningar.«

– Det finns inget som hindrar. Alla läkare har förskrivningsmöjligheten, och då har man också möjligheten att sätta ut redan förskrivna läkemedel. Man kan fråga varför man ofta inte gör det. Men möjligheten finns! ■

och omprövning ett önskemål

många angav att det saknades rutiner för olika viktiga åtgärder; uppföljning, att se till att patienten har en aktuell läkemedelslista, att ange förskrivnings-



Johan Fastbom

Foto: Lasse Slog

orsak, säger Johan Fastbom.

Han påpekar att det inte nödvändigtvis betyder att det inte görs.

– Men det finns en risk att det inte görs och att det i alla fall inte görs på samma sätt.

Av enkätsvaren framgår att den avsatta tiden för ett läkarbesök var densamma oavsett patientens ålder på mer

än var tredje vårdcentral. I fokusgruppsintervjuerna handlar mycket om bristande resurser inte minst i form av tid, kontinuitet och möjligheter till fortbildning. Socialstyrelsen generaldirektör Lars-Erik Holm anser att kravet på vårdproduktion som finns i primärvården är olyckligt efter det kan saknas täckning i ersättningsyste-

met för mer tidskrävande insatser.

– Läkemedel är en så viktig behandlingsdel att vårdgivarna måste ta ett ansvar, säger Lars-Erik Holm.

Johan Fastbom säger att ett problem – som hans kartläggning delar med många andra undersökningar – är risken att de som valde att svara på enkäterna och de



LÄKEMEDEL

»... många angav att det saknades rutiner för olika viktiga åtgärder: uppföljning, att se till att patienten har en aktuell läkemedelslista, att ange förskrivningsorsak ...«

som deltog i gruppdiskussionerna är läkare med extra stort intresse för frågan. Men han tror att det finns ett intresse bland allmänläkare att arbeta med att förbättra äldres läkemedelsbehandling.

– Det framskymtar att de vill, de tycker att det är viktigt, men de har svårt att se när de ska göra det. När de ska ha tid. Det handlar mycket om tid.

En annan central och återkommande fråga är den om ansvar och ett önskemål att förutsättningar skulle ges till en primärvårdsläkare att ta ett helhetsansvar för den äldre patientens läkemedelsbehandling.

– Det är något som ofta kommer upp också när jag är ute och träffar läkare och läkemedelskommittéer, säger Johan Fastbom.

Han och Lars-Erik Holm är överens om att en läkemedelsansvarig primärvårdsläkare skulle vara ett stort steg på vägen mot ökad kvalitet i



Foto: Colourbox

Ett vårdtillfälle på sjukhus leder ofta till att ett eller flera läkemedel sätts in utan ordentlig planering för fortsatt behandling och uppföljning ...

äldres läkemedelsanvändning (se artikel på förra upplaget).

Årliga läkarbesök för alla

äldre som behandlas med läkemedel är en annan åtgärd som båda, tillsammans med flera primärvårdsläkare, an-

Axplock från enkätundersökningen

- Nästan nio av tio svarade att läkarna vid vårdcentralen har vissa eller stora behov av fortbildning om »äldre och läkemedel«
- På hälften av vårdcentralerna finns inte särskilt stöd eller utrymme i journalssystemet för dokumentation av förskrivningsorsak.
- Mer än hälften av vårdcentralerna svarade att det tar en vecka eller mer innan de får information från sjukhuset om läkemedelsbehandling som har påbörjats i samband med ett slutenvårdstillfälle.
- Mer än hälften av vårdcentralerna anger att de saknar fastställda rutiner för att se till att en äldre patient har en lista över aktuella läkemedelsordinationer.
- Enkäten skickades till verksamhetschefer vid 946 vårdcentraler. Svarsfrekvensen var 66 procent. ■

tar skulle ha god effekt på läkemedelsanvändningen.
– En del patienter på äldreboenden som får sina läkeme-

Primärvårdsläkarnas identifierade problem

- Att följa alla riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram till punkt och pricka bidrar i sig starkt till polyfarmaci.
- Ett vårdtillfälle på sjukhus leder ofta till att ett eller flera läkemedel sätts in utan ordentlig planering för fortsatt behandling och uppföljning. Informationen till primärvården kommer ofta för sent.
- Äldre med omfattande läkemedelsbehandling får ofta sina läkemedel via Apodos. De har ofta en multi-

pel sjuklighet och riskerar läkemedelsrelaterade problem, vilket kräver att behandlingen utvärderas och omprövas regelbundet. Trots det är Apodos konstruerat så att hela läkemedelslistan kan förnyas för ytterligare ett års användning med i princip ett enda »klick«.

- Äldre i särskilt boende är inte medicinskt färdigbehandlade. Det måste åtminstone finnas fullgod sjuksköterskebemanning. ■

Exempel från kartläggningen

... och deras önskelista:

- Alla äldre patienter ska ha en läkare med helhetsansvar för läkemedelsbehandlingen.
- Besökets längd ska vara anpassad till den äldre patientens behov.
- Bra rutiner och stöd behövs för journaldokumentation av förskrivningsorsak och uppföljning.
- Apodossystemet behöver utvecklas.
- Bra rutiner behövs för information från slutenvården till primärvården om nya läkemedelsordinationer.
- Regelbunden avstämning och utvärdering av läkemedelsbehandling behövs, kanske i form av årliga besök.
- Riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram bör innehålla särskilda avsnitt om den äldre, multisjuka patienten.
- Läkarna måste få möjlighet till fortbildning kring äldre och läkemedel.

Sammanfattning: Johan Fastbom



del via Apodos kan få hela sin lista förnyad slentrianmässigt en gång om året, säger Lars-Erik Holm.

Och Johan Fastbom fyller på:

– Det finns patienter som bor hemma som inte träffar sin läkare ens en gång om året, så det här skulle vara ett sätt att fånga upp dem också. Ett årligt läkarbesök skulle också vara ett tillfälle att göra en avstämning och en genomgång och omprövning av ordinationerna.

Han tror också att det totala antalet läkarbesök skulle kunna hållas nere om det årliga besöket dessutom innehöll en mer grundlig kontroll av patientens hälsa.

– Ja, det blir ju ett förebyggande arbete, säger Lars-Erik Holm.

»Ett årligt läkarbesök skulle ... vara ett tillfälle att göra en avstämning och en genomgång och omprövning av ordinationerna.«

Han pekar på att även detta sätt att arbeta hänger på vilka förutsättningar som ersättningsystemet ger.

Primärvårdsläkarna anser också att den läkare som strikt följer alla riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram riskerar att utsätta sin patient för polyfarmaci.

Enligt förstudien till den planerade nationella läkemedelsstrategin beräknas uppåt 30 procent av de sjukhusinläggningar som sker på grund av läkemedelsbiverkningar ändå vara en följd av korrekt läkemedelsanvändning.

– Här måste vi vara självkritiska, säger Lars-Erik Holm.

Han poängterar för det första att riktlinjerna främst är menade för beslutsfattare och vårgivare, men han är också medveten om att många enskilda läkare ser

dem som användbara redskap i sin vardag. Lars-Erik Holm menar att riktlinjerna inte är tillräckligt tydliga med att hänsyn måste tas till den äldre patientens förutsättning och att många patienter dessutom har fler än en sjukdom och alltså kan vara föremål för flera riktlinjer, som inte är utformade för att kombineras. Detsamma gäller förmodligen flera rekommendationer och vårdprogram.

– Vi borde se över våra nationella riktlinjer så att var och en innehåller informationen om särskilda förutsättningar för äldre människor, säger Lars-Erik Holm.

Under våren ska Socialstyrelsen presentera det sammantagna resultatet av kartläggningen. Lars-Erik Holm hoppas att kunskapen från kartläggningen bland annat ska ge avtryck i Socialstyrelsens läkemedelshanteringsföreskrifter, som just nu är föremål för uppdatering. Klarare formuleringar om läkemedelshantering för äldre skulle enligt Lars-Erik Holm också kanske vara ett sätt att komma ifrån det ensidiga fokuset på maximal vårdproduktion.

– Om det blev krav på läkemedelsgenomgångar, då måste man skapa utrymme för det i patienttillströmningen så att man kan hantera de gamlas medicinering enligt föreskriften, säger Lars-Erik Holm och fortsätter:

– Jag är säker på att det skulle gå att ge en extra tyngd åt personer över 80 år. Vi vet ju att det är där multisyjukligheten och polyfarmacin finns. Det är där de största vinsterna i hela läkemedelsstrategin kan göras, och då måste det finnas ekonomiska incitament för att särskilt prioritera det arbetet.

Sara Gunnarsdotter



Ove Andersson kvar som DLF-ordförande

När han valdes till andre vice ordförande för Läkarförbundet lämnade Ove Andersson uppdraget som Distriktsläkarförbundets ordförande. Nu har han bestämt sig. – Jag sitter kvar till dess mitt mandat löper ut 2012, säger Ove Andersson.

Att en presidiedamot samtidigt är ordförande i en delförening är inte okontroversiellt. 2009 krävde Sylf, Sveriges yngre läkares förening, och Privatläkarförbundet i en motion till förbundsfullmäktige, som hanteras inom ramen för den pågående organisationsutredningen, att den som sitter i presidiet inte ska kunna ha styrelseuppdrag i en delförening.

Men Ove Andersson menar att det finns exempel på att det går att kombinera uppdraget på ett bra sätt.

– Jag har lyssnat på den kritik som finns, och därför har jag inte tagit beslutet på egen

hand utan förankrat det i Distriktsläkarförbundets styrelse, säger Ove Andersson, som samtidigt konstaterar att frågan i övrigt inte väckts av vare sig Distriktsläkarförbundet eller Läkarförbundets centralstyrelse.

Att diskussionen om dubbla uppdrag har uppstått menar Ove Andersson bottnar i att Läkarförbundets ordförande, Marie Wedin, som vice ordförande samtidigt var ordförande i Sjukhusläkarförbundet, där den sistnämnda rollen ibland »tog över«.

Finns det inte en risk att det blir samma sak med dig, att det blir oklart i vilken roll du agerar?

– Det är mitt ansvar att se till att hantera det, annars kommer diskussionen snart att väckas till liv igen.

I dag finns inga regler alls om dubbla uppdrag i förbundets stadgar, inte ens vad gäller ordföranden. Ove Andersson ser en poäng med att reglera frågan.

– Då hade man sluppit den här diskussionen. Nu beror mycket på hur man som person väljer att hantera sin presidiefunktion.

Michael Lövtrup



Ove Andersson

Efterfrågan på läkare fortsatt stark

Färdigutbildade specialistläkare inom psykiatri, allmänmedicin, medicinsk radiologi, anestesi och intensivvård samt neurologi har en lysande arbetsmarknad.

Det visar Socialstyrelsens »NPS – Nationellt planeringsstöd – Årsrapport 2011«, som tas fram på uppdrag av regeringen i syfte att belysa tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal – särskilt vad gäller läkare

med specialistkompetens.

Också övriga läkarspecialiteter kan räkna med goda utsikter, även om en handfull landsting lyft fram färdiga specialistläkare i kirurgi och ortopedi som något lättare grupper att rekrytera än övriga.

Marie Närlid

FRÅN LAKARTIDNINGEN.SE
En längre version finns att läsa på vår webbplats.