

Läkemedelsgenomgångar visar stor variation mellan landstingen

En förbättring av de äldres läkemedelsbehandling är ett politiskt prioriterat område för hälso- och sjukvården. Studier visar att läkemedelsgenomgångar kan ge gott resultat.

Multimedicingering, användning av olämpliga läkemedel och bristande uppföljning är vanliga problem som kan leda till biverkningar och sjukhusvård. Staten har anslagit särskilda stimulansmedel för läkemedelsgenomgångar (LMG), och alla landsting och kommuner genomför eller avser att genomföra sådana genomgångar. Sättet och urvalet av patienter varierar dock mellan olika delar av landet.

Läkemedelsgenomgångar är en av flera åtgärder för att förbättra uppföljningen av läkemedelsbehandlingen, främst hos äldre. Värdet av LMG har börjat dokumenteras, och randomiserade studier vid Akademiska sjukhuset i Uppsala [1] och Södersjukhuset i Stockholm [2] har visat på färre vård dagar/år och färre inläggningar i interventionsgrupperna. Vissa förbättringar i användningen av olämpliga psykofarmaka [3] samt färre D-interaktioner [4] kan möjligen också tillskrivas LMG.

Oftast leder LMG även till färre läkemedel per person och därmed till besparingar i storleksordningen 1 500 kr/person och år. Ytterligare dokumentation av LMG beträffande effekt på sjuklighet, livskvalitet och vårdkonsumtion är dock angelägen.

Drivkrafterna bakom utbredningen av LMG är, vid sidan



ANDERS CRONLUND
farm dr, vd:s kansli,
Apotekarsocieteten
anders.cronlund@
apotekarsocieteten.se

av de medicinska, flera. Leve- rantörer av LMG är påhejare av utbredningen – Apoteket Farmaci medverkade i 67 000 LMG under 2009 – och många apotekare och sjuksköterskor har i dessa sett nya arbetsuppgifter. Risken är att LMG är svaret på att något måste göras – utan att nyttan dokumenterats tillräckligt.

I den initiala diskussionen om LMG hävdade flera debattörer att kraften skulle läggas på »rätt« förskrivning enligt kvalitetsidealet »Gör rätt från början«. Några anser att huvudproblemet ligger i oklarheter i fråga om huvudmannskapet mellan kommuner och landsting, andra menar att mer resurser till traditionell vård, till exempel fler sjuksköterskor, skulle komma åt problemet.

Eftersom vägarna till dessa förändringar är långa har LMG fått stor spridning, inte minst genom statens stimulansmedel [5] riktade till vård och omsorg för äldre. Regeringens mål med bidraget är bland annat att LMG vid behov ska erbjudas personer ≥ 65 år med multimedicingering i särskilt boende (säbo) eller med hemsjukvårdsinsatser, och personer ≥ 80 år i ordinärt boende med hemtjänstinsatser.

Socialstyrelsen har definierat LMG och rekommenderat symtomskattning enligt PHASE 20 (symtomskattningsskala för läkemedelsrelaterade symtom), men sättet att genomföra dem varierar såväl inom som mellan landstingen. Skillnaderna gäller initiativ, engagerad personal, symtomskattning, ansvar, mallar, dokumentation samt uppföljning och återkoppling till rutiner. I kommunernas och landstingens redovisningar till Socialstyrelsen av sti-



Foto: Colourbox

Patienters och anhörigas engagemang är av vikt för resultatet av läkemedelsgenomgångar.

mulansmedlen [6] framgår att initiativet aldrig kommit från patienter. På sikt skulle mycket vinnas genom patienters och anhörigas engagemang för LMG.

Sveriges pensionärsförbund och Pensionärernas riksorganisation har tillsammans med Apoteket Farmaci startat kampanjen »Koll på läkemedel« för att lära äldre att ställa krav kring sin läkemedelsbehandling [7]. Tidigare har Nestor FoU-center gett ut en broschyr med exempel på frågor att ställa om äldres läkemedelsbehandling [8].

I en förenklad form görs genomgångarna via datorprogram eller en apotekares/sjuksköterskas genomgång av läkemedelslistan. Mer utförligt görs de enligt Socialstyrelsens definition av multiprofessionella team med datorstöd. Uppskattningsvis görs 80 procent av LMG av multiprofessionella team, och i 60 procent av genomgångarna används IT-stöd [6]. Även syftet kan variera, och förutom förbättrad terapi för pa-

tienten önskar man inkludera utbildning och kompetenshöjning hos personalen. I SBU-rapporten »Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?« framhålls att ingen enskild åtgärd löser äldres läkemedelsproblem, och Socialstyrelsen påpekar att LMG måste utgå från lokala riktlinjer och rutiner.

Av de nämnda rapporterna över använda stimulansmedel framgår att knappt hälften av landets kommuner genomfört 45 000 LMG på säbo och knappt 24 000 i ordinärt boende. Antalet läkemedel per person i säbo respektive för de i ordinärt boende med hemsjukvård skiljer sig obetydligt [3], och snedfördelningen speglar nog främst att de förra är enklare att administrera.

En speciell variation är urvalet av personer för LMG. Under förhösten 2010 genomförde undertecknad en enkät till samtliga läkemedelskommittéer med förfrågan om vilka urvalskriterier de använde. Läkemedelskommittéerna har ett uppdrag att arbeta för rationella, säkra och kostnadseffektiva läkemedelsterapier. Resultatet av enkäten framgår av Tabell I.

Många landsting har valt en kombination av boendeform och ålder som kriterium. Andra har valt ålder och antal läkemedel, eller boendeform och antal läkemedel. Dessa är relativt entydiga mått, men läkemedelslistorna är ofta felaktiga. Inte heller från systemet med dosexpedierade läkemedel (Apo-dos) kan man enkelt få fram antal läkemedel per patient.

Mer medicinskt relevant är kanske urvalskriterier som »fler kroniska sjukdomar« och »sammansatt problematik« eller urval med hjälp av

TABELL I. Läkemedelskommittéernas enkätsvar angående urvalskriterier för läkemedelsgenomgångar.

Landsting	Urval
Blekinge	Alla i särskilt boende för äldre (säbo) och >3 läkemedel
Dalarna	>65 år i säbo; >80 år i eget boende
Gävleborg	Alla i säbo
Halland	Alla i säbo, årligen; ≥80 år i eget boende med övertagen läkemedelshandling (ansvaret för medicinerings har övertagits av sjuksköterska då patienten inte bedöms klara den själv)
Jämtland	Under utredning
Jönköping	≥75 år med kroniska sjukdomar, årligen; ≥75 år under/efter sjukhusvistelse; ≥75 år nyinflyttade till säbo eller nyinskrivna i hemsjukvård
Kalmar	Alla patienter i kommunal sjukvård
Kronoberg	Alla i säbo vartannat år
Norrbottn	>80 år och >9 läkemedel
Skåne	Alla i säbo, årligen; alla med dosexpedierade läkemedel (Apodos), årligen; ≥75 år i eget boende med övertagen läkemedelshandling; ≥75 år i eget boende och med olämpliga läkemedel enligt Socialstyrelsen; ≥75 år och ≥10 läkemedel; ≥75 år och behandlas för tre eller fler kroniska sjukdomar; alla som önskar läkemedelsgenomgång av andra skäl
Stockholms län	≥65 år och med ≥7 läkemedel
Sörmland	≥75 år i säbo; eget boende och ≥5 läkemedel; >75 år på vårdcentral, årligen
Uppsala	>80 år i primärvården; >80 år och >10 läkemedel på vissa kliniker
Värmland	Riktlinjer under utarbetande
Västerbotten	Handlingsplan för alla i säbo; Äldre i eget boende med hemsjukvård; Äldre i eget boende med sammansatt problematik
Västernorrland	≥65 år som har hälso- och sjukvårdsinsats med läkemedel
Västmanland	Alla i säbo, LSS (stöd och service till funktionshindrade) samt hemsjukvårdspatienter, årligen; >85 år, årligen
Västra Götaland	Alla i säbo med Apodos, årligen
Örebro	>65 år med Apodos i säbo eller eget boende
Östergötland	Under planering

Generell kommentar: Kommunal hälso- och sjukvård innebär att kommunen ansvarar för vård utförd av bland annat sjuksköterska på äldreboenden, LSS, i dagverksamhet samt hemsjukvård. Primärvården ansvarar för läkarinsatserna.

ACG-modellen (adjusted clinical groups). Nackdelen med liknande urval är att de är diffusa. Andra urvalskriterier kan vara riskläkemedel – antikolinergika, NSAID, psykofarmaka –, dubbelmedicinering, vissa diagnoser eller vårdens »mångbesökare«.

För LMG gäller som för andra screeningprogram att välja mellan åtgärder för de mest utsatta och breda fängster med ytligare uppföljning, givet samma resurs. Den nationella överblicken av utfallen från LMG gör det svårt att i dag avgöra vilket eller vilka urvalskriterier som är mest medicinskt motiverade. Detta val blir mer angeläget när de centrala stimulansmedlen upphör och LMG ska bli en del av den ordinarie verksamheten.

Allt fler studier visar att LMG ger önskat resultat, och verksamheten bör fortsätta. Beroende på vald åldersgrupp och metod kan den nationella års-

kostnaden för LMG uppskattas hamna mellan några 100 miljoner och ett par miljarder kronor.

Det är mot denna bakgrund angeläget att det förs en diskussion om de effektivaste sätten att genomföra LMG samt vilka urvalskriterier som är mest medicinskt relevanta – vägda mot kostnaderna. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting, Institutet för hälso- och sjuk-

REFERENSER

1. Gillespie U, Allassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenäs, Toss H, et al. A Comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older. A randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2009;169(9):894-900.
2. Sarlöv C, Shah-Shahid Z, Danell M, El-zaqouq R, Elfsson B. Kan läkemedelsintervention på akuten optimera läkemedelsterapi hos äldre patienter? Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning; 2010.
3. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

vårdsekonomi och/eller Statens beredning för medicinsk utvärdering borde utvärdera de kostnader som är förbundna med olika metoder och urval samt vilka medicinska resultat som kan förväntas med de olika valen. Detta skulle vara till hjälp för kommuner och landsting att optimera resurserna för LMG.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

4. Öppna jämförelser 2010. Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18180/2010-12-1.pdf>
5. Läkemedelsgenomgångar. Stockholm: Regeringen; 2010. <http://www.regeringen.se/sb/d/8637/a/75465>

LÄS MER Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Artikeln »Modell Halland. Strukturad arbetsmetod för genomgång av äldres läkemedel« i detta nummer tar upp samma ämne. Sidan 606

Mer debatt på Lakartidningen.se

Lakartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och brev. I denna ruta upplyser vi om att det finns fler debattinlägg på Lakartidningen.se/debatt

»Deklarera livsåskådning« Jävsbegreppet behöver vidgas

Inlägg i Lakartidningen avslutas ofta med tillägget: Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna. --- Det vi alla tänker på är bindningar till industrin. Räcker detta? Jag tycker inte det... Det är framför allt den debatt som handlar om medicinsk etik jag tänker på. --- Om man ger sig in i denna debatt och samtidigt är bunden till lärosystem som per definition anser sig inneha »sanningarna« i en rad etiska frågor anser jag att jäv föreligger. --- Jag vill märk väl inte beskära debatten, bara ge den bästa möjliga förutsättning. Kalla det gärna transparens.

Lars Wester



»Skrivdiktning« säker och rolig när man tränat in rätt vokabulär

I vår verksamhet använder vi ett Macbaserat journaldatasystem (Axept), som vi under inga omständigheter vill byta ut, eftersom det är mycket användarvänligt och på alla sätt förstklassigt. --- Efter att varje anteckning är färdigskriven kopieras den med ett enkelt handgrepp över till patientens Axeptjournal, som samtidigt ligger öppen på resten av skärmen. Parentetiskt vill jag efterlysa ett lämpligt verb för detta relativt nya sätt att samtidigt diktera och skriva journaler. --- Preliminärt, i avvaktan på att någon kommer på ett bättre ord, föreslår jag »skrivdikttera«.

Bo Lönwe



Växande medlemskår?

■ Antalet medlemmar växer, basunerades det ut i LT och i ett medlemsmejl från förbundet häromveckan. Värt att notera är att det är absoluttast som växer. Jämför man antalet yrkesverksamma medlemmar med Socialstyrelsens statistik över antalet utbildade läkare i yrkesverksam ålder i Sverige (Tillgång på barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare 2008 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-10-2>) för åren 1995–2008, vilket är så långt statistiken räcker, ser man att anslutningsgraden faktiskt sjunker katastrofalt.

År 1995 fanns 27 409 yrkesverksamma medlemmar och 32 608 utbildade läkare i yrkesverksam ålder, vilket

motsvarar 84 procents anslutningsgrad. Motsvarande siffror för 2008 är 28 943 medlemmar och 47 524 utbildade läkare i yrkesverksam ålder, vilket ger 61 procents anslutningsgrad. Detta kan näppeligen vara »glädjande siffror« och »resultatet av ett målinriktat arbete«.

Snarast behövs just detta, ett målinriktat och allomfattande arbete med att anpassa förbundet till tiden, innan vi ramlar under 50-procentsgränsen och förvandlas till en minoritetsröst.

Niclas Abrahamsson
specialistläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala
niclas_abrahamsson@hotmail.com

REPLIK:

Anslutningsgraden ligger runt 85 procent

■ Niclas Abrahamsson har rätt i att anslutningsgraden till Läkarförbundet sjunkit under flera år. Ett tapp som också drabbat andra fackförbund. De senaste tre åren har Läkarförbundet emellertid haft en kraftig tillströmning av medlemmar. Den absoluta ökningen av medlemmar låg i januari 2011 på 3,8 procent jämfört med januari förra året. Förmodligen resulterar det också i en stigande anslutningsgrad. Det är vi förstas glada för, även om vi inte slår oss till ro med detta.

Läkarförbundets anslutningsgrad är ännu inte beräknad utifrån den nya statistiken. För att få uppgifter om exakt anslutningsgrad måste en del justeringar göras genom att räkna bort personer utan personnummer, pensionärer och personer som inte är folkbokförda. Det måste även till en ålderskorrigering i relation

till pensionsålder. En enkel överslagsmatematik ger en skattad anslutningsgrad som ligger en rejäl bit över de 61 procent som Niclas Abrahamsson bedömer som riktig. Vi menar att anslutningsgraden snarare hamnar kring 85 procent. År 1995 fanns 35 517 personer – som utbildade läkare – registrerade hos Socialstyrelsen. Då var 27 815 yrkesverksamma läkare medlemmar i Sveriges läkarförbund. Borträknat de justeringar som nu måste till beräknades anslutningsgraden för år 1995 vara rekordhöga 96 procent.

Helt riktigt är det en bit kvar till 1995 års nivå. Men genom ett målinriktat och bra arbete hoppas vi bli ett förbund som attraherar inte bara en kvalificerad majoritet läkare utan alla Sveriges läkare.

Fredrik Eklöf
rekryteringsansvarig,
Sveriges Läkarförbund
fredrik.eklof@slf.se