

Problemet med äldres läkemedel måste tas på allvar

Ökad kunskap och bättre samarbete behövs på alla nivåer



CHRISTINA SJÖBERG, specialistläkare, geriatrik Mölndal; ordförande, regionala terapigruppen Äldre och läkemedel, Västra Götalandsregionen



CHRISTINA ESKILSSON, överläkare, VO geriatrik/lungmedicin/allergologi; båda Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg christina.eskilsson@vgregion.se

Den medicinska utvecklingen har gjort det möjligt för många att leva ett långt och gott liv trots kroniska sjukdomar. Den växande arsenalen av potenta läkemedel har bidragit till detta. Följaktligen har också läkemedelsbehandlingen hos äldre personer ökat kontinuerligt. Antalet läkemedel per person ökar med stigande ålder under hela livet.

Dagens äldre har fler läkemedel per person än tidigare, vilket bla framgår av Öppna jämförelser, där andelen patienter >80 år med tio eller fler läkemedel ökat från 11,1 procent till 12,1 procent på bara två år [1]. Vi vet att många av dessa läkemedel ger ökad livskvalitet, men vissa gör i det enskilda fallet mer skada än nytta.

Begränsade kunskaper om läkemedel

En betydande del av vår professionella utveckling handlar om vilka läkemedel som ska användas för behandling av symtom och diagnoser och som sekundärprofylax. Denna utveckling påskynas av läkemedelsindustrin, men utvecklingen drivs också av vårdprogram, riktlinjer, PM och inte minst de många kvalitetsregistren.

I samma takt har tyvärr inte kunskapen utvecklats kring när man inte ska behandla och inte heller om hur och när man sätter ut läkemedel. Kunskapen om den äldre personens reaktioner på läkemedel är också begränsad, liksom kunskapen om interaktioner mellan fler än två läkemedel.

Vad vi däremot vet är att biverkningar av läkemedel ökar med ökat antal läke-

medel och stigande ålder. Hos en äldre person med många sjukdomar och många läkemedel är det ofta svårt att skilja biverkningar från symtom på åldrande eller sjukdomar för såväl läkaren som patienten och dennes anhöriga.

Förskrivningen av läkemedel startar ofta på sjukhuset, där vården bedrivs organspecifikt, ofta utan anpassning till patienternas multisjuklighet. Vid utskrivningen flyttas ansvaret för den utökade medicineringen över till primärvården. Det är ofta svårt för primärvårdsläkaren att ifrågasätta en behandling som en specialist satt in och patienten satt sin tilltro till.

Äldres läkemedelsbehandling i fokus

Det senaste decenniet har äldres läkemedelsbehandling fått ökad uppmärksamhet. Runt om i landet har olika projekt uppmärksammat de problem som är förknippade med läkemedel till äldre; bla kom Socialstyrelsen 2004 med »Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi«, som sedan uppdaterades 2010 under namnet »Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre« [2].

Öppna jämförelser, som publicerats sedan 2006, har återkommande mätningar baserade på vissa av dessa indikatorer. I många landsting och regioner har handlingsplaner för äldres läkemedelsbehandling tagits fram. Läkemedelsgenomgångar har genomförts på boenden, ofta efter ett speciellt koncept, där apotekartjänster köpts från Apoteket AB.

SBU-rapporten »Äldres läkemedelsbehandling – hur kan den förbättras?« publicerades 2009 och visade att det inte finns någon enskild åtgärd som ensam kan lösa dagens problem med läkemedelsbehandlingen hos äldre, utan att arbetet måste ske på alla nivåer [3].

Olämplig läkemedelsbehandling

De tidigare nämnda kvalitetsindikatorerna som Socialstyrelsen förtjänstfullt utarbetat är avsedda att användas som stöd vid förskrivning av läkemedel och



Foto: Colourbox

För att minska förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre behövs en bättre ordning – regelbundna läkemedelsgenomgångar till exempel.

för uppföljningar av olika slag [2]. Trots att indikatorerna funnits i flera år, kan man konstatera att innehållet är okänt för många läkare.

Detta antyds inte minst i den studie som J Lars G Nilsson et al presenterar i detta nummer av Läkartidningen. I denna studie har man ställt sex enkätfrågor till patienter som hämtat ut läkemedel som klassas som »preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger«, enligt Socialstyrelsens indikatorer.

Författarnas slutsats är att sådana läkemedel till äldre ordinerar främst i primärvården. Detta är inte förvånande – det är här de flesta läkemedel till äldre förskrivs. Studien har sina brister, inte

Sammanfattat

Olämpliga läkemedel förskrivs till äldre i både öppen- och slutenvård. För att minska förskrivningen krävs ökat samarbete och kunskap på alla nivåer.

Varje äldre patient bör få regelbundna läkemedelsgenomgångar samt ha en läkare som tar ansvar för helheten i behandlingen.

Läkemedelsberättelser bör vara rutin vid utskrivning från sjukhus.

minst avseende bortfallet som är över 70 procent.

Ikke desto mindre pekar resultaten på att det är patientens ordinarie läkare som förskriver de olämpliga läkemedlen och att de använts under lång tid. Olämpliga läkemedel blir inte mindre olämpliga med åren. En orsak kan vara svårigheterna att sätta ut läkemedelsbehandling. De flesta av läkemedlen är symtomlindrande, och farmakologiska alternativ saknas ofta, varför det krävs gott om tid och god kommunikation med patienten för att avveckla behandlingen.

Kvalitet kostar tid

De intervjuade patienterna i studien av J Lars G Nilsson et al tillhör förmodligen de friskaste av de inkluderade patienterna.

Med minskande autonomi och kunskap kring läkemedlen ökar risken för slentrianmässig behandling. I en studie som publicerades 2011 från Västra Götalandsregionen visas t ex att patienter som använder Apodos i högre utsträckning har olämplig läkemedelsanvändning, vilket inte kan förklaras av ålder, kön, sjuklighet och boendeform [4].

Kvalitet i läkemedelsförskrivningen kostar tid. Mötet med patienten har blivit alltmer tidspressat både på sjukhus och i primärvården. Att se över läkemedelsbehandlingen kan innebära både fler vård dagar och fler återbesök.

Mycket krävs av många

Mycket krävs av många för att åstadkomma varaktiga förbättringar av äldres läkemedelsbehandling. Med hjälp av några utvalda åtgärder, varav vissa kan verkställas omedelbart, kommer vi en bra bit på väg:

- Bättre kunskap om Socialstyrelsens indikatorer.
- Ökad kunskap om hur man sätter ut läkemedel; här kan den utmärkta boken FAS UT 3, skriven av Claes Lundgren, användas.
- Återkommande uppskattning av njurfunktionen (e-GFR, estimerad glomerulär filtrationshastighet).
- Regelbundna läkemedelsgenomgångar [5].
- Läkemedelsberättelse vid varje utskrivning från sjukhus [5].
- Varje patient har en läkare som tar ansvar för helheten i läkemedelsbehandlingen.
- En gemensam journal och läkemedelslista; den nationella patientöversikten (NPÖ) och den nationella ordinationsdatabasen (NOD) är på väg.

- Lättanvända IT-baserade förskrivarstöd som hjälper oss läkare att identifiera olämpliga läkemedel och interaktioner hos den enskilde patienten.

Patienter och anhöriga är viktiga

I arbetet med förbättring av äldres läkemedelsbehandling får vi inte heller glömma den enskilda patienten och hennes/hans anhöriga. Att stödja mobiliseringen av patientens egna resurser (empowerment), i form av ökad kunskap om läkemedel (lämpliga som olämpliga) och mod att våga ställa frågor om läkemedelsbehandlingen, är viktigt för en bättre läkemedelsbehandling.

Ett exempel på detta är det projekt som J Lars G Nilsson et al är engagerade i – Koll på läkemedel – som är ett samarbete mellan Pensionärernas riksförbund och Apoteket Farmaci. På deras webbplats kan man ladda ner »Olämpliga listan – om okloka läkemedel för äldre«. Där ges lättfattlig information om problematiken kring äldre och läkemedel. Man hittar också frågor om läkemedel för patienten att ställa vid läkarbesöket och en lista över de läkemedel som enligt Socialstyrelsen bör undvikas vid behandling av äldre.

Broschyren avslutas populistiskt med en uppmaning att anmäla förskrivning av dessa läkemedel till Socialstyrelsen som fel i vården. Det finns, som vi vet, bättre sätt att nå samsyn mellan patient och läkare, vilket är en förutsättning för god läkemedelsbehandling.

Måste få ta tid och kosta pengar

Det är dags att problematiken kring äldres läkemedelsbehandling tas på allvar och tillåts ta tid och kosta pengar.

Socialdepartementets satsning på sammanhållen vård och omsorg om de

mest sjuka äldre, som leds av Eva Nilsson Bågenholm, satsar de kommande åren mycket pengar på att förbättra tillämpningen av just Socialstyrelsens indikatorer.

I år delas 325 miljoner kronor ut till de kommuner och landsting/regioner som lyckats minska användningen av de »olämpliga« läkemedlen, D-interaktioner och psykosläkemedlen i särskilda boenden. Detta kommer förhoppningsvis att motivera kommuner, landsting och regioner till en högre prioritering av äldres läkemedelsbehandling.

Målen är också konkreta för oss enskilda läkare att arbeta med i mötet med patienten. Det räcker dock inte att vi som enskilda läkare gör så gott vi kan. Det krävs också att de olika vårdgivarna förmår samarbeta även på högsta nivå.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sveriges Kommuner och landsting, Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011 [citerat 3 februari 2012]. http://brs.sk1.se/brsbibl/kata_documents/doc40114_1.pdf
2. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [citerat 3 februari 2012]. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>
3. SBU. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009. SBU-rapport nr 193. ISBN 978-91-85413-27-0.
4. Sjöberg C, Edward C, Fastbom J, et al. Association between multi-dose drug dispensing and quality of drug treatment – a register-based study. *PLoS One*. 2011;6(10):e26574.
5. Socialstyrelsen. Verktyg för säker läkemedelsanvändning [citerat 3 februari 2012]. <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/hanteralakemedel>

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Välkommen! Men kontakta först Anne Brynolf, tf medicinsk redaktionschef: anne.brynolf@lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen