

Den svåra läkemedelsordinationen

HSL vägvisare till följsamhet ABLAs frön får inte blåsa bort!

En god följsamhet till läkemedelsordinationer bygger i hög grad på god kommunikation mellan läkare och patient. Hälso- och sjukvårdslagen kan ses som en vägvisare för denna process och för avvägningen till patientens rätt att själv ta ställning. Två grundvillkor måste dock vara uppfyllda för att kunna uppnå god läkemedelsanvändning – att läkarens källa till kunskap i huvudsak är producentbunden och att varje patient har en fast läkarkontakt.



THOMAS IHRE
tidigare verksamhetschef,
tidigare ordförande i Svenska
Läkaresällskapet; Stocksund
thomas.ihre@telia.com



BENGT JÄRHULT
distriktsläkare,
vårdcentralerna i Ryd och Öx-
nehaga/Primärvårdens FOU-
enhet i Jönköping
bengt_jarhult@hotmail.com

|| När Emil i Lönneberga hade satt soppskålen på huvudet för man till doktorn i Mariannelund. Emil ordinerades fem vetebullar för att 5-oringen som han svalt skulle få lite sällskap och inte riva honom i magen. Inte ens Anton, Emils ekonomiske pappa, vågade trotsa den ordinationen, särskilt som han av pojken utlovades att senare få tillbaka slanten. Emil ansåg att doktorn givit honom den bästa medicin han fått i sitt liv.

Högst 30 procent får adevat behandling

Idag är det svårare att veta om patienten följer läkarens ordinationer, trots att läkemedlen på ett halvsekel blivit så mycket bättre och så många fler, med potentiella möjligheter att hjälpa. Men vad spelar det för roll att läkemedlen är bra och har en vetenskapligt dokumenterad effekt om patienten inte tar dem?

Människor söker sjukvården för att få behandling, men långt mindre än 100 procent kommer att få rätt diagnos. För vissa diagnosgrupper torde siffran ligga ner mot 50 procent. Vid en stor andel av diagnoserna kommer läkemedel att förskrivas.

Av förskrivna läkemedel kommer ca 80 procent att hämtas ut på apoteket. Av dessa 80 procent används ca 70 procent. Av dessa 70 procent tas ca 50 procent på ett riktigt sätt. Således får mindre än 30

procent adekvat behandling för sitt tillstånd [1].

Patienten i centrum

På Emils tid gjorde man som doktorn sa. Idag står patienten i centrum. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras sedan 1999 patientens rättigheter – att vara delaktig i behandlingen, att få information om sjukdomen och utifrån presenterad kunskap från läkaren göra egna val. Det finns ett nära samband mellan god följsamhet till ordinationer och god kommunikation mellan läkare och patient [2, 3].

En förändrad valör i orden »följsamhet« och »compliance« speglar demokratiseringen av sjukvården. Sedan några år har i den internationella litteraturen »compliance« ersatts med »konkordans« (eng. concord = endräkt, samljud, harmoni, överenskommelse, avtal). Det är ett ord som inte ger associationer till enkelriktat tilltal, lydnad och en auktoritär läkarroll.

Den svenske doktorn ska i framtiden sträva efter samstämmighet och samsyn i läkemedelsbehandlingen, och då står konsultationen i fokus [4]. Samsyn är inte detsamma som att patienten tycker

*En förbättrad följsamhet,
med positiva medicinska
konsekvenser, kan inte komma
till stånd utan att HSLs
demokratiska människosyn
blir var läkares egendom.*

som läkaren. »Samsyn innebär ett gemensamt fattat beslut. Ibland kanske samsyn leder fram till att patienten inte ska medicinera alls utan bara komma på kontroller« [5].

Svårare läkarroll

HSL uppmanar till ett möte mellan läkare och patient som blir så mycket roligare, en konsultation i vänskap och förtroende. Samtidigt blir läkarrollen så mycket svårare. Läkaren ska också informera om behandlingens avigsidor och ge en sann bild av läkemedlets effekter. Dessa effekter är för många läkemedel ganska små, ibland marginella.

Innebörden i HSL rör egentligen en kommunikativ process, något mycket mer komplicerat än överföring av kunskap från en vårdgivare till en mottagare. Djupintervjuer visar visserligen att patienter har en mycket otillfredsställande kunskap om kroppen och dess funktioner. Patienterna är också genomgående mer biverkningsfokuserade än läkarna, som betonar läkemedelseffekt och dosering [6]. Men vad läkaren än säger till sin patient är den centrala frågan – gick det hem?

Läkaren tror ofta att patienten förstått och förväxlar det med att han »informerat«. Socialstyrelsen ser gärna att given »information« rubrikförs i journalen. Men allt är en illusion, om läkaren inte tillämpar och lär sig »överenskommelsens pedagogik«, inser att det är patienten själv som måste vara motiverad att följa behandlingsråden och veta hur problemen ska tacklas. När så sker har det dokumenterad effekt [7, 8]. Behandlingen av diabetes och astma har radikalt förändrats under ett par årtionden. Läkare har här inte minst fått hjälp av sköterskor i ett teamarbete. Är sköterskor genom sin utbildning bättre kommunikatörer än läkare? Kan läkare lära sig eller ska teamarbetet bli regel för all läkemedelsförskrivning?

Rollkonflikt

Det finns uppenbart en konflikt mellan demokrati, patientbestämmande och läkarens yrkeskunskap. En viktig orsak till läkarens dilemma är att läkaren blivit bärare av andra intressen än patientens och kanske inte är medveten om det. Svensk hjärtsjukvård (Riks-HIA) har under se-

nare är infört en hög grad av farmakoproylax, t ex med lipidsänkare, som ett kvalitetskriterium [9]. Läkare i hjärtsjukvården vill förstås bidra till att kliniken lever upp till nationella kvalitetskriterier, särskilt som det blivit en tävlan, också offentligt, om vilken klinik som är »bäst« och som kan attrahera patienter och säkra ekonomin.

Patienterna har mycket sällan deltagit i en diskussion om det rimliga i multifarmacin – över dokumenterade vinster med enskilda medel och kombinationer, interaktioner, NNT (number needed to treat) eller icke-farmakologiska alternativ.

Nya livsområden sjukliggörs

Gapet mellan läkarens samhälleliga roll, del i vetenskapssamhället och läkarens identifikation med den enskilde patientens yttersta intressen vidgas alltmer. Ständigt sjukliggörs nya livsområden – nyss var det klimakteriet, idag är ett exempel primärprevention av mild hypertoni. Läkemedelsindustrin är här en viktig drivkraft, vars inflytande blivit en del i vetenskapssamhället och universitetsvärlden [10]. Det etiska dilemmat för den enskilde läkaren växer med kravet på implementering av olika guidelines, vilka formulerats utan att man behövt väga in ekonomin och prioriteringar i ett helhetsperspektiv.

Den norska vuxna populationen tillhör världens sundaste från hälsosynpunkt och världens mest »långlevande«. Implementering i klinisk praxis av 2003 års europeiska guidelines för prevention av kardiovaskulär sjukdom (CVD) innebär att tre av fyra identifieras ha en ofördelaktig, sjuklig CVD-profil. »The healthy state, traditionally considered to be the normal state, would thereby become the exception« [11].

Lösningen på dilemmat

Lösningen på detta dilemma är just att läkaren följer HSL. Socialstyrelsen finner i en uppföljning klara förbättringsmöjligheter, att sjukvården hitintills inte tillräckligt tagit till sig lagen med dess krav på delaktighet [12]. Konkret innebär det att läkaren accepterar att patienten, efter att ha fått ett fullgott underlag, själv tar ställning. Läkaren får respektera ett nej till farmakologisk behandling även när läkaren inte tycker att beslutet följer guidelines eller vad som är dagens lege artis.

Trots allt är livets mening för många människor större än att fullkomna »vetenskapen«. Livskvalitet kan innebära att slippa ta dekadens kemiska profylax och identifiera sig som »sjuk« för att skydda sig mot en statistisk risk. Alternativet kan vara att utifrån information



God kommunikation mellan läkare och patient om läkemedelsanvändningen ökar följsamheten till gjorda ordinationer. (Personerna på bilden har inget direkt samband med texten.)

om riskökningen välja en annan livsstil. Denna livsstils värde har i allt högre grad dokumenterats under senare år. Läkare har dock dålig kunskap om effekterna i förhållande till läkemedel, och sjukvården saknar organisatoriska strukturer och realistiska vårdprogram för att erbjuda patienterna icke-farmakologiska alternativ [13].

Gränsdragning värd diskussion

Vi förnekar dock inte att frågan om patientens rätt att säga nej, även till välgrundad behandling, är en svår fråga. Var gränsen för patientens autonomi rimligen bör dras, om den alls har några begränsningar, är värt en ytterligare diskussion i Läkartidningen.

Dagens dåliga följsamhet till läkemedelsordinationer kan ses som ett uttryck för bristande samsyn och delaktighet – att patienten aldrig haft en ärlig diskussion om läkemedlets effekter, möjliga bieffekter och vinster i ett statistiskt perspektiv. Det är ingen tillfällighet att just förebyggande läkemedelssubstanser som kolesterolsänkare uppvisar sämst siffror vad gäller andelen utköp på apotek (av skrivna recept) och följsamhet. 12–45 procent avbryter behandlingen redan inom ett år [14]. Dessa förhållanden kan ses som patientens tysta protest över en bristfällig patient-läkardiskussion om avsikten med behandlingen. Det är också visat att låg följsamhet i en population påverkar skyddseffekten, som då inte blir statistiskt signifikant [15].

ABLA en kunskapspådrivare

Arbetsgruppen för en bättre läkemedelsanvändning (ABLA), där bl a Svenska Läkaresällskapet ingått, har i åtta års tid varit pådrivare inom kunskapsområdet

följsamhet. Det finns ett stort behov av att utveckla pedagogiken – hur läkaren bäst ska leva upp till HSL och kunna informera patienten balanserat utan att överföra egna värderingar i en behandlingssituation.

En förbättrad följsamhet, med positiva medicinska konsekvenser, kan inte komma till stånd utan att HSLs demokratiska människosyn blir var läkares egendom. Också från ekonomisk synpunkt är detta nödvändigt, inte bara för att säkra de många miljarder som ligger i oanvända mediciner och för att minska miljöeffekterna av läkemedel, utan för att minska de indirekta kostnaderna. Kostnaderna för att åtgärda uppkomna problem, direkt relaterade till läkemedelsbehandling, är minst 75 öre per läkemedelskrona [16].

Vårda arvet efter ABLA

Nu upphör emellertid ABLAs arbete, och andra måste ta över. Inventeringen av ämnesområdet följsamhet och gjorda erfarenheter finns redovisade i en nyligen utkommen bok, »Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning« [17], vilken även recenserats i Läkartidningen [20].

En nyproducerad 25 minuter lång video av Rickard Fuchs, knuten till ABLA, tar på ett humoristiskt sätt upp patient-läkarmötet. Kanske en del läkare tycker att det är historiska schablonbilder i filmen. Tanken är emellertid att – med satirikerns rätt att tillspetsa – videon ska bli en »dörröppnare« för att på kliniker och vårdcentraler få till stånd samtal om följsamhet och »konkordans«. Men kanske viktigast! – Apoteket AB och Sveriges Kommuner och Landsting ska senare i år fatta beslut om någon slags efterföljd till ABLA. Vi är övertygade om att dessa viktiga aktörer inom sjukvården tar sitt ansvar, så att inte arvet efter ABLA förskingras.

Grundläggande förutsättningar

Til syvende og sidst återfaller dock en god läkemedelsförskrivning med hög följsamhet på två grundläggande förhållanden i den svenska sjukvården.

Det ena är varifrån läkare får sin kunskap – huvuddelen måste komma från annat håll än läkemedelsindustrin. Det är en berättigad kritik från Läkarförbundet att landstingen efter det nya etikavtalet, med något undantag, helt underlåtit att skjuta till nya pengar för producent- obunden utbildning.

Det andra är önskemålet att varje patient skall ha en fast läkarkontakt, helst en allmänläkare. Kontinuitet i behandlingssituationen leder till bättre följsamhet. En god läkemedelsanvändning, inte minst hos de äldre som använder mest

läkemedel, förutsätter en sammanhållande distrikts/familjeläkare.

Multifarmaci ett stort problem

Detta är fallet inte bara därför att allmänläkarna själva skriver ut hälften av alla läkemedel, många i och för sig initierade vid sjukhusvistelse. Ett annat skäl är att modern medicin med sitt farmakologiska behandlingsimperativ – förstärkt av subspecialiseringen och ultrakorta vårdtider – håller på att bli en hälsofara för våra äldre.

Multifarmaci är snarast regel hos äldre, och i snitt har intagna på serviceboende tio olika läkemedel. En rad rapporter, bl a från SBU [18] och Socialstyrelsen [19], är synnerligen kritiska, .

För alla dem som vill se en förbättrad farmakoterapi gäller att patienten bara får de läkemedel som verkligen behövs och tar dem med mycket hög följsamhet. Detta kräver en förbättrad samverkan inte bara mellan den förskrivande/behandlande läkaren och patienten utan av alla inblandade i vården – sjuksköterskor, farmaceuter och inte minst patientens anhöriga.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Thomas Ihre är ordförande och Bengt Järhult medlem i Läkemedelsbokens (LB) redaktionskommitté, Apoteket AB.

Referenser

- Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. Antihypertensive medication in clinical encounters. *Int J Cardiol* 1998;64:161-9.
- Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications [Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software; 2001.
- Dock J, Mattsson B. Patient-läkarerelationens betydelse för behandlingen. I: *Läkemedelsboken 2005/2006*. Uppsala: Almqvist & Wiksell; 2005.
- Tror du att dina patienter tar sina mediciner som de ska? Bättre behandlingsresultat via samsyn och ökad följsamhet. Skrift från ABLA III-gruppen. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, Svenska Sjuksköterskeföreningen, Apoteket AB, Stiftelsen NEPI, Landstingsförbundet, Apotekarsocieteten, Svenska Kommunförbundet; 2003.
- »Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande« och »Kommunikationen mellan patient och läkare vid svåra beslut«. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. <http://www.sos.se>
- Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten; 2004. NEPI-rapport.
- Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality. Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2001;41:192-9.
- Ihre T, redaktör. Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003. SBU-rapport 163. <http://www.sbu.se>
- Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning [rapport]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. <http://www.sos.se>



I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://lartidning.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

Hypertonistudier – för vem?

Låt oss slippa dessa meningslösa studier, låt oss slippa larm om nulliteter och låt oss slippa vara med om att läkemedelsföretagen driver in kilar av misstroende i patient-läkarrelationen med ohederliga metoder. Det skriver Bengt Hjelmqvist med anledning av metaanalyser av läkemedelsbehandling inom hypertoniområdet.



BENGT HJELMQVIST
distriktsläkare, Nybro vårdcentral
bengt.hjelmqvist@ltkalmar.se

Åter har det publicerats en metaanalys som rör medikamentell blodtrycksbehandling [1]. Ämnet är urvaskat men med en metaanalys vill författarna fästa uppmärksamheten på ämnet igen. I september publicerades den likaledes ointressanta ASCOT-studien [2] med stort pådrag för att marknadsföra minimala eller obefintliga behandlingsskillnader.

Minimala skillnader

Studierna påvisar skillnader mellan olika terapialternativ. Skillnaderna består i att några få patienter av tusentals eller tiotusentals behandlade får ett något gynnsammare utfall i något avseende än de som fått en annan behandling.

För att det skall göra någon skillnad för en patient måste närmare hundra patienter behandlas. En enskild läkare kan alltså aldrig märka att det är någon skillnad på det ena eller andra alternativet utifrån studieutfallet.

Dessa närmast minimala skillnader tas till intäkt för att basunera ut att det ena preparatet är bra, modernt och ändamålsenligt, medan det andra preparatet är dåligt, gammeldags och närmast värdelöst.

Patienterna tar med sig budskapet

Budskapet propageras via större kongresser, kända tidskrifter och via massmedierna. Patienterna är en målgrupp för budskapet. De kommer sedan till sin läkare med en nyfunnen misstro mot det läkemedel de haft i kanske 10–20 år och en likaledes ny misstro mot sin läkare som förskrivit denna undermåliga behandling.

Sälja det dyrare alternativet

Vad vill producenterna av denna »vetenskap«? Jo, det gäller att sälja ett alternativt läkemedel, ofta dyrare. Patienter kan

inte förväntas förstå det trixande med siffror som ligger bakom studierna, utan får klart för sig att det är stora internationella studier och att resultatet av studierna kräver någon ändring av patientens terapi.

Det är riktigt att studierna är stora. Annars hade inte någon skillnad kunnat vaskas fram mellan grupperna. Men det är ytterst tveksamt om resultaten har någon signifikans i praktiken eller i kliniken. Därmed är det stora massmediala pådraget knappast motiverat.

Av föga intresse i den kliniska vardagen

För den läkare som behandlar riskfaktorn högt blodtryck är de små skillnader som dessa och liknande studier producerat av inget eller ringa intresse. Långt innan man har anledning att ta hänsyn till dessa studiedata, så spelar det roll vem patienten är, bakomliggande sjukdomar, biverkningar av viss behandling, patientens preferenser, rekommendationer av läkemedelskommitté, pris m m när man väljer terapi.

Det vore alltså en god sak att slippa dessa meningslösa studier, att slippa »larm« om nulliteter och att slippa vara med om att läkemedelsföretagen driver in kilar av misstroende i patient-läkarrelationen med ohederliga metoder.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005;366:1545-53.
- Dahlöf B, Sever P, Poulter NR, Wedel H, Beevers DG, Caulfield M, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:895-906.

Inlägget kommenteras på nästa sida.