

Regelbundna genomgångar av äldres läkemedelsanvändning har positiva effekter

Regelbundna genomgångar av äldres läkemedelsanvändning leder till minskat antal läkemedel, ökat välbefinnande hos den enskilde, minskade läkemedelskostnader och ökad kunskap hos personalen om effekter och biverkningar.

Från Socialstyrelsen finns i olika föreskrifter detaljerade bestämmelser om hur man skriver recept och hur man hanterar och förvarar läkemedel. Där emot finns ingen bestämmelse som tydligt ålägger verksamheterna att genomföra regelbundna uppföljningar av äldre med omfattande läkemedelsbehandling. Det behövs därför ett åläggande på kommuner och landsting för att eliminera kvalitetsbrister såsom läkemedelsinteraktioner och dubbelanvändning av läkemedel hos äldre.

Den omfattande medicinanvändningen hos äldre är en av de viktigaste orsakerna till problem relaterade till läkemedel, och flera studier pekar på att felaktig läkemedelsanvändning är orsaken till 10–20 procent av inläggningar på sjukhus. Bristande personalresurser, ibland bristande kompetens samt bristande samordning mellan olika instanser är de vanligaste bakomliggande orsakerna till att felaktig läkemedelsanvändning hos äldre inte uppmärksammas tillräckligt. Läkemedel som oftast är involverade är hjärt-kärlmedel, psykofarmaka, NSAID och andra analgetika [1].

En orsak till den stora läkemedelskonsumtionen hos äldre är att sjukligheten ökar med stigande ålder och att symtom på grund av åldrande ibland misstolkas som sjukdom och behandlas med läkemedel. Ibland är effekten av in-



Foto: Pressens Bild

Trots att systematiska genomgångar av äldres läkemedelsanvändning visat positiva resultat är de ännu inte särskilt vanliga.

sätta läkemedel svårtolkad, varför behandlingen fortsätter [2].

Den medicinska utvecklingen har inneburit att allt fler sjukdomar är behandlingsbara, och nya potenta läkemedel har tagits fram. Ett besvär som tidigare ansågs tillhöra det naturliga åldrandet kan i dag bli föremål för läkemedelsbehandling. Det finns numera läkemedel som är mera lämpade för äldre, t ex SSRI i stället för tricykliska antidepressiva, och studier har visat att behandlingen ger vinster även hos äldre. Svårigheter att sätta ut läkemedel är också ett skäl till den stora läkemedelsanvändningen hos äldre.

Ju fler läkemedel patienten tar och ju fler gånger per dag, desto större blir risken att läkemedlet doseras på fel sätt. Läkemedelsproblem ökar exponentiellt när flera läkemedelsgrupper kombineras. Sedering, yrsel, konfusion, ökad falltendens och kognitiv och emotionell dysfunktion är vanligt förekommande bieffekter. I flera studier har visats att fallolyckor hos äldre kan reduceras med 33 procent om läkemedel med sederande och/eller blodtryckssänkande effekt sätts ut eller om doserna minskas [3].

För att undvika felaktig läkemedelsbehandling är det viktigt att patienten vid utskrivning från sjukhus åtföljs av

en detaljerad läkemedelsberättelse med uppgift om bl a indikation, preparat, dos samt behandlingsplan med information om orsak till ändrad indikation.

För att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling och förhindra biverkningar är det av största vikt att läkemedelsbehandlingen ses över regelbundet.

I flera år har läkemedelsgenomgångar använts som arbetsmodell på äldreboenden i Sverige. Sedan introduktionen med en kontrollerad studie på sjukhem 1994–1995 [4] har flera samverkansprojekt mellan Apoteket AB och olika landsting visat positiva effekter av läkemedelsgenomgångar. Många av rapporterna från systematiskt genomförda läkemedelsgenomgångar pekar tydligt på nyttan av dessa för den enskilde, t ex:

- antalet läkemedel har minskat,
- läkemedel med inaktuell indikation har tagits bort,
- onödiga läkemedel vid behov har satts ut,
- underbehandling har åtgärdats,
- orsaker till biverkningar har åtgärdats.

Som resultat av läkemedelsgenomgångar visar rapporterna på ett ökat välbefinnande hos patienterna, minskade läke-



ASHOK THAKRAR
apotekschef, Sjukhusapoteket,
Mölnadal
ashok.thakrar@apoteket.se

medelskostnader samt ökad kunskap hos vårdpersonalen om läkemedels effekter och biverkningar.

Trots att läkemedelsgenomgångar funnits sedan 1990-talet har de inte införts i någon större omfattning. Bristande finansiering och avsaknad av bestämmelser som tydligt ålägger verksamheterna att genomföra regelbundna uppföljningar av äldre med omfattande läkemedelsanvändning är två orsaker.

En läkemedelsgenomgång genomförs genom teamarbete mellan läkare, sjuksköterska, apotekare och övrig personal kring patienten. Läkemedelsbehandling kan innebära såväl över- som underanvändning. Överanvändning innebär risk för läkemedelsbiverkningar och interaktioner. Utsättning av läkemedel är svårare än insättning beroende på brist på tid, bristande läkarkontinuitet samt oklarhet om vem som är ansvarig för uppföljning och omprövning, särskilt om patienten byter vårdform.

Socialstyrelsen har pekat på behovet av förbättrad läkemedelsanvändning [5], och vård- och äldreomsorgsminister Ylva Johansson har påtalat att läkemedelsuppföljningen bland äldre måste bli bättre.

Grunderna för en god läkemedelsanvändning hos äldre kan sammanfattas enligt följande:

- Att indikation för behandling finns
- Att sjukdomen/symtomen finns
- Att behandlingen ger så få biverkningar som möjligt
- Att kriterier för utsättning av läkemedel finns.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Landstinget Halland. Äldre och läkemedel. 2003.
2. Äldre och läkemedel 2005. www.fass.se
3. LoGerfo JP, Rubenstein LZ. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003;348:1816-8.
4. Socialstyrelsen. Läkemedel på sjukhem. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
5. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.

Rättelse. I Bengt Järhults debattartikel i Läkartidningen 24–25/2006 (sidan 1985) om prelantering av läkemedel fick förkortningen IGM felaktig uttolkning genom redaktionens förorsorg. IGM skall utläsas Läkemedelsindustrins informationsgranskningsman.

Tryckfelsnissie får gult kort!

red

Skräcken för ansvar

»Döm psykiskt sjuka för de brott de begått precis som alla andra medborgare ...« Så skriver Lars Jacobsson i LT 23/2006 (sidorna 1822-3). Det är ju det vi gör! Oavsett uppsåt och tillräknelighet! Som enda land i världen. Det är problemet. Vägvalet därvidlag gjordes 1962 – bakom beslutet fanns förakt för »metafysik«, som ersattes med den »positiva« (metafysikfria) straffrättsteorin som formulerades av Lombroso (han med födda förbrytare) i kombination med social ingenjörskonst. Läkareförbundet protesterade liksom den dåvarande rättspsykiatriprofessorn Gösta Ryländer, som varnade för »svåröverskådliga konsekvenser«. Konsekvenser har det sannerligen blivit.

Svensk lagstiftning står där världen befann sig omkring 350 år före Kristus. Aristoteles är fader till alla moderna rättssystem, utom Sveriges. Enligt Aristoteles krävs det två element för ett brott, nämligen ett objektiva brottsrekvisit (någon har gjort något som han/hon inte borde ha gjort enligt skriven lag) och ett subjektivt (ont uppsåt, moralisk kompetens och handlingsfrihet). I och med detta definierar man en ansvarig individ. Annars är det en olyckshändelse.

Riksdagsbeslutet 1962 som ledde fram till Brottsbalken 1965 var ett gigantiskt politiskt misstag. Varför detta skedde i Sverige, och bara här, borde redan det föranleda föga smickrande reflektioner kring den svenska nationalkaraktären

Replik:

Alla är ansvariga för sina handlingar

»Vi ska inte döma psykiskt sjuka för gärningar som är direkta uttryck för deras sjukdom ...« Detta är Sten Levanders huvudinvändning när jag argumenterar för att psykiskt sjuka inte ska särbehandlas när det gäller påföljd för brott som de begår. Vi åtalar och dömer psykiskt sjuka för brott som de begår – men allvarligt psykiskt störda får inte sättas i fängelse utan döms till rättspsykiatrisk vård.

Det synsätt som »råder i resten av världen« går ut på att allvarligt psykiskt störda inte har något uppsåt och inte är tillräkneliga. Det är på den här punkten som jag har en annan uppfattning – efter

och vårt styrelseskick. Att vi 40 år senare har kvar samma system, nu korrumpierat till något som bara kan kallas principiellt kaos, understryker att det finns ett allvarligt systemfel i vårt system för politiskt beslutsfattande.

Två tunga statliga utredningar (Borgeke och Heckscher) har för länge sedan gjort tummen ner för det nuvarande systemet. Dessa samlar damm på Justitiedepartementet. Av en hög ämbetskvinna, f d generaldirektör, som utreder Rättsmedicinalverkets framtid fick jag nyligen beskedet att det föreligger »legala hinder« för att återgå till den ordning som råder i resten av världen och rådde i Sverige före 1965!

Jag kan instämma i nästan allt som Lars Jacobsson skriver om missbruk av psykiatri i samhällets tjänst. Inte minst resonemangen om preventiva tvångsåtgärder. Men på en punkt, och det är den viktigaste principiella utgångspunkten för ett civiliserat rättssystem, där har han gruvligt fel. Vi ska inte döma psykiskt sjuka för gärningar som är direkta uttryck för deras sjukdom, antingen dessa är förtecknade i lagen som brott eller inte. Sådana personer är psykiatrians ansvar, och det ansvaret vill och kan vi ta.

Sten Levander

professor i allmänpsykiatri, specialist i allmän- och rättspsykiatri, chefsöverläkare, rättspsykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Sten.Levander@psyk.mas.lu.se

snart 40 års kontakt med svårt psykiskt sjuka. Jag ifrågasätter om inte det ofta finns ett uppsåt och att det också oftast finns något slags insikt om att det man gör inte är rätt, även om insikten kan vara väldigt begränsad och handlingsfriheten för en psykotisk person förvisso är mycket begränsad. Var mordet på Anna Lindh en »olyckshändelse« och är »Hagamannens« våldsamma våldtäkter olyckshändelser? Jag menar att de inte var det. I båda fallen fanns ett utrymme för att handla annorlunda.

En av mina unga kvinnliga patienter, som periodvis vägrar ta neuroleptika, ➔

sade vid ett tillfälle: »Jag är schizofren, och jag vill vara det!« En man som vägrat mediciner under ett par års tid nu och som är ständigt psykotisk säger att det är »som att leva i en movie«, och så vill han ha det. Jag tror alltså att de flesta allvarligt psykiskt störda någonstans är medvetna om att de inte fungerar normalt. Därför finns det också ett ansvar att utkräva från dem, visserligen mycket begränsat, men rent principiellt tror jag alltså inte att man helt och hållet kan »straffriförklara« även svårt psykiskt sjuka.

En annan för mig viktig aspekt har varit att detta att vara människa är förenat med ansvar, dvs människan blir människa av att vara ansvarig. När vi fråntar människor ansvar för sig själva och sina handlingar förminskar vi dem också – vi berövar dem en viktig del av deras mänsklighet. Detta är kanske den viktigaste grunden för mitt ställningstagande att inte »straffriförklara« människor på grund av psykisk sjukdom.

Det är också därför jag tycker att vår lagstiftning är riktig på den här punkten, även om den avviker från lagstiftningen i resten av världen – majoriteten har inte alltid rätt! I förlängningen av detta resonemang ligger också att man inte heller ska döma svårt psykiskt sjuka på annat sätt än man skulle göra med människor som man anser kompetenta.

Men även i dessa fall tar man ju hänsyn till omständigheter när man utmäter straff/påföljd. Detta innebär givetvis att man kan underlåta att åtala eller att man kan ge ett mera symboliskt straff därför att omständigheterna har varit sådana att man inte kan utkräva något ansvar. Detta sker ju även när det gäller psykiskt »friska« personer.

Slutreplik:

Nej till svensk särlösning – rättssystem bör vara likformiga

Lars Jacobsson vill ha en svensk särlösning. Rättssystem bör så långt möjligt vara likformiga i vår internationaliserade värld. Insikten om detta ledde till att vi fick Magnus Erikssons allmänna landslag på 1300-talet.

I ett första steg bör vi återgå till den ordning som alla andra finner bäst (de är varken dummare eller mindre humanistiska än vi Storsvenskar). De som vill ha en annan ordning är fria att argumente-

Sedan är det ju självklart att människor som lider av sjukdom av något slag ska få behandling för denna under strafftiden. Det innebär då också att psykiskt sjuka ska få samma vård och behandling som andra sjuka får under strafftiden. Jag anser därför att man ska behålla rättspsykiatrin som en särskild specialitet. Jag tycker inte om att man inrättar särskilda fängelseavdelningar. Dessa personer ska tas om hand av rättspsykiatrin som nu. Man inrättar inte särskilda kirurg- eller medicinavdelningar på fängelserna.

En ytterligare aspekt på mitt resonemang har att göra med stigma och diskriminering av psykiskt sjuka. Jag tror att vi genom att göra undantag för svårt psykiskt sjuka som begår brott och särbehandlar dem bidrar till att behålla en stigmatiserande syn på psykisk sjukdom. Genom att säga att de är oansvariga och inkompetenta etc berövar vi dem en del av deras mänsklighet och lämnar därmed också fältet öppet för en stigmatiserande hållning gentemot psykiskt sjuka mera allmänt.

Jag är medveten om att det ligger en djupt humanistisk tanke bakom att straffriförklara psykiskt sjuka – att de är straffade nog av sin sjukdom och att man inte ska lägga ytterligare börd på dem. Det är lätt att sympatisera med denna hållning, men jag tror att den långsiktigt är riskabel och kontraproduktiv. Det är väl dags att vi försöker att få mera evidens bakom våra resonemang!

Lars Jacobsson

professor, psykiatriska kliniken,
Norrlands universitetssjukhus, Umeå
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

Sten Levander

professor i allmänpsykiatri,
specialist i allmän- och rättspsykiatri,
chefsöverläkare, rättspsykiatriska kliniken,
Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Sten.Levander@psyk.mas.lu.se

Vägen till helvetet med hjälp av IT

Vägen till helvetet är stenlagd med politikernas goda avsikter. Vi har nyligen sett en illustration i SVTs Uppdrag granskning av datajournalssystemet Cosmic från Cambio. Jag vill hävda att politikernas dröm att vi alla i sjukvården skall ha ett enhetligt system över hela Sverige är orealistisk och bör överges. Regeringens vision att vi skall kunna gå in var som helst och få upp vår journal från ett annat landsting är däremot möjlig.

Det finns två sätt att lösa världens IT-problem.

1. Vi går över till VAS allihop. VAS är ett vårdadministrativt system som finns i hela Norrbotten och fungerar bra efter 20 års utveckling. Det är inte svårare att lära sig än hebreiska, med vilket det delar en olycklig tendens att dölja alla vokaler. Kommunikationen sjukhus-vårdcentral fungerar utmärkt, och man har nästan förverkligt den papperslösa sjukvården. Men delvis genom återhållsamhet. Normalt får man inte upp sjukhusets journal om man arbetar på en vårdcentral, det kräver extra knapptryckningar och då är man naturligtvis redo att vänta. Jag betvivlar emellertid att den förmodligen lilla grupp som arbetar med VAS skulle kunna klara datoriseringen av hela den svenska sjukvården. Vi har ju också fantastiskt bra och tillförlitliga program spridda över hela sjukvården. Varför måste vi se på denna mångfald som bara ett problem och inte en tillgång?

2. Gör tankeexperimentet att det amerikanska försvarets IT-grupp, DARPA, hade bestämt att alla datorer som skulle kommunicera med varandra måste ha samma programvara och komma från samma tillverkare. Då hade vi inte haft Internet och kanske inte några persondatorer heller. Monopol ger stagnation.

Vad vi behöver nu är ett gemensamt protokoll för hur datasystem inom sjukvården skall kommunicera med varandra. Vi kan ha protokollet TCP/IP som förebild och bygga kommunikationen på text så blir tekniken framtidssäker. Apotekets metod för att skapa e-recept är ett avskräckande exempel på hur man inte skall gå tillväga.

Jan Carlestam

distriktsläkare, Hässleholm
jan.carlestam@telia.com