

Viktigt att läkare kvalitetssäkrar läkemedelsbehandling av äldre



KERSTIN HULTER ÅSBERG, överläkare, docent, ordförande i Uppsala läns landstings läkemedelskommitté
kerstin.hulter.asberg@lul.se

Problem med äldres läkemedelsanvändning uppmärksammas alltmer av myndigheter, medier, pensionärs- och handikapporganisationer, allmänhet och patienter och anhöriga. Externa kvalitetsrevisioner görs redan men kan aldrig bli så bra som en fungerande internkontroll. Det är hög tid för läkare att själva kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen av äldre patienter.

Överförskrivning, underförskrivning, kaskadbehandling

Antalet och andelen personer 80 år eller äldre ökar i befolkningen. Apotekets försäljningsstatistik och externa revisioner i äldreboenden beskriver år efter år en stadig ökning av antal läkemedel per person även i de äldsta åldersgrupperna. Orsaken sägs vara att de som redan har läkemedel numera behandlas intensivare och med flera läkemedel. Det kan gälla evidensbaserad kombinationsbehandling med läkemedel, som vid hjärtsjukdom, tumörbehandling eller specifika infektioner. Men det räcker inte som förklaring till denna kontinuerliga ökning.

Mycket tyder på att det sker en överförskrivning, särskilt när flera läkare är inblandade, t ex olika läkare vid samma mottagning eller äldreboende. Det kan gälla olika specialister som ordinerar efter sina respektive vårdprogram och sina respektive läkemedel, men som av olika skäl inte kan se till helheten. Det kan finnas svårigheter att avsluta en läkemedelsbehandling som en annan läkare påbörjat. Det kan också finnas förväntningar på läkaren att skriva ut läkemedel i stället för att pröva icke-farmakologisk behandling. På grund av de svenska sekretessreglerna kan ingen läkare heller säkert veta vad andra kolleger har skrivit ut eller vad patienten har köpt ut, såvida inte patienten själv kan eller vill informera tydligt.

Överförskrivning och polyfarmaci innebär i sig stora risker för biverkningar, med död eller nedsatt funktionsförmåga och livskvalitet som följd. Underförskrivning förekommer också. Sjukdomstillstånd upptäcks inte eller behandlas inte optimalt, t ex depression, parkinsonism eller undernäring. Sådana tillstånd kan också ha utlösts av läkemedelsbehandling. Det är inte ovanligt med så kallad kaskadbehandling, dvs att biverkningar av ett läkemedel behandlas med ett nytt läkemedel.

Vård av god kvalitet

Syftet med denna artikel är att i första hand lyfta fram vad läkaren kan göra för att påbörja en mer systematisk kvalitetssäkring av de äldre patienternas läkemedelsbehandling. Kvalitetskontroll brukar rekommenderas på områden som utgör kärnverksamhet. Läkemedelsbehandling av de äldsta och mest sårbara patienterna är ett sådant område.

Enligt den definition av god vårdkvalitet som används av Socialstyrelsen bör man beakta sex viktiga dimensioner [1]. Det som görs i hälso- och sjukvården ska

- vara kunskapsbaserat och ändamålsenligt
- vara säkert

- ges i rätt tid
- vara rättvist fördelat
- vara patientfokuserat
- vara effektivt (resurserna ska nyttjas optimalt).

Kunskapen om äldres läkemedelsbehandling är bristfällig. Läkemedel som används har i de flesta fall inte genomgått sedvanlig klinisk prövning på personer över 75 år. Detta är anmärkningsvärt och något som måste kunna krävas i framtiden, särskilt för läkemedel som ofta används i hög ålder. SBU har påbörjat ett arbete för att kartlägga evidensbaserad kunskap vad gäller läkemedelsbehandling av äldre [2].

Det finns däremot kunskap om vad som händer i kroppen när den åldras. Något som alla läkare bör känna till oavsett specialitet är att t ex njurfunktionen vid 80 års ålder normalt har minskat till ungefär hälften av vad den var i medelåldern. Även kroppssammansättningen har förändrats: lägre andel vatten, större andel fett, vilket innebär större risk för biverkningar av de fettlösliga läkemedlen, främst olika psykofarmaka och analgetika. Sämre kompensatoriska mekanismer ger också ökad känslighet för läkemedlens biverkningar och kan bidra till yrsel och fallolyckor.

Detta är exempel på kunskap om den åldrande människan som behöver spridas inom hela hälso- och sjukvården och i kommunernas äldreomsorg.

Extern kvalitetskontroll finns redan

Socialstyrelsen har under många år givit ut den ena rapporten efter den andra med kvalitetsbedömningar av läkemedelsbehandlingen i hälso- och sjukvården och i den kommunala äldreboenden. Åtskilliga gånger har man slagit larm om missförhållanden och säkerhetsrisker, bl a om kunskapsbrister, för få avvikelserapporter och polyfarmaci.

År 2003 publicerade man exempel på kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsbehandling för att tydliggöra ändamålsenlighet och säkerhet [3]. De är tänkta att användas på gruppnivå, att tjäna som riktmärken för behandling, och inte på individnivå, vilket inte hindrar att man som enskild doktor kan tillämpa listan på riskläkemedel för äldre som ett stöd i arbetet. Sommarens 2006 redovisade Socialstyrelsen två av dessa kvalitetsindikatorer i öppna jämförelser mellan landstingen [4]. Ande-

SAMMANFATTAT

Äldre patienter får allt fler läkemedel per person.

Med ökande ålder ändras läkemedelsmetabolismen och läkemedelsutsöndringen.

Risken för biverkningar och interaktioner ökar.

Extern kvalitetskontroll i form av revisioner och tillfälliga läkemedelsgenomgångar räcker inte.

Läkare måste själva kvalitetssäkra läkemedelsbehandlingen genom uppföljning och omprövning av varje patients läkemedelslista.

Läkemedelsberättelse och ett samlat elektroniskt förskrivningsstöd behövs i vården.

Myndigheterna måste åtgärda de strukturproblem som försvårar läkares arbete.

len personer över 75 år som behandlades med tre eller flera psykofarmaka varierade mellan 3 och 5 procent i de olika landstingen. Förekomsten av D-interaktioner, dvs kombinationer av läkemedel som kan ge allvarliga kliniska konsekvenser och som ska undvikas, varierade på samma sätt. Detta återspeglar olikheter i förskrivningen till äldre i olika landsting.

Extern kvalitetskontroll utförs också av landstingsrevisorerna, som visar ett ökande intresse för läkemedel som förskrivs till äldre patienter [5]. Lokalt har läkemedelsgenomgångar med farmaceut tillsammans med läkare och personal i äldreboenden och på vårdcentraler fungerat som en form av extern kvalitetskontroll. Flera exempel finns rapporterade, bl a från Sörmlands läns landsting, där man gått vidare och anställt en apotekare för att kontinuerligt initiera läkemedelsgenomgångar [6]. Andra exempel är pensionärs- och handikapporganisationernas uppsökande arbete och larmrapporter i medier [7].

Läkarna och den interna kvalitetskontrollen

Varje verksamhetschef är ansvarig för att det finns bra rutiner för internkontroll av vårdkvaliteten. Dessutom finns det bra metoder för att kvalitetssäkra den egna läkemedelsförskrivningen.

Det ideala är att varje äldre patient får adekvat utredning, behandling och uppföljning utifrån ett geriatriskt förhållningssätt. Det är vid uppföljningen som läkaren får svaret på om patienten har tagit läkemedlet och haft nytta av behandlingen eller om patienten blivit sämre eller fått biverkningar. Det ideala är att allt detta dokumenteras i journalen i en läkemedelsberättelse, som både patienten och hans/hennes andra vårdgivare kan ta del av (se nedan).

Som enskild doktor kan man organisera en löpande kvalitetskontroll av sin egen förskrivning på olika sätt. Här är några exempel på vad kolleger redan har gjort och gör för att förbättra läkemedelsanvändningen generellt men också speciellt med tanke på äldre sårbara patienter med många läkemedel

- rapporterar biverkningar på gamla patienter likaväl som på yngre, vilket bidrar till kunskapsuppbyggnaden (blankett finns i Fass samt på www.mpa.se)
- kontrollerar egen förskrivning mot rekommenderade läkemedel för äldre enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- följer upp patienter som behandlas med riskläkemedel för äldre enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer, omprövar indikationen och prövar att minska eller avsluta behandlingen
- plockar t ex ut dem som behandlas med digoxin, omprövar indikationen och kontrollerar S-digoxin årligen
- ansluter sig till e-dos och överblickar alla apodospatienter, som sedan följs upp
- deltar i revision, som organiseras av Fammi, Familjemedicinska institutet (www.fammi.se)
- tar initiativ till samarbete med kommunens sjuksköterskor för att få till stånd regelbunden omprövning av patienternas läkemedelslistor
- inventerar läkemedelsanvändningen på egna äldreboenden och jämför andelen riskläkemedel med andelen på andra äldreboenden
- motiverar personalen att aktivera de gamla dagtid; därmed kan användningen av sömnmedel och lugnande medel minskas.

Listan kan göras lång.

Rapportera biverkningar hos äldre!

Viktig kunskap om läkemedelsbiverkningar hos äldre borde finnas i biverkningsregistret. Andelen i befolkningen som är 80

FAKTA 1

Åtta viktiga punkter som kan förbättra kvaliteten i läkemedelsbehandlingen:

- Eftersträva säker diagnos med klar indikation för behandling
- Pröva icke-farmakologisk behandling, t ex aktivering dagtid mot sömnbesvär, fysikalisk terapi mot värk i rörelseorganen
- Eftersträva lägsta effektiva dos genom låg initialdos, längre doseringsintervall
- Utvärdera effekten inom begränsad tid, väg in patientens livskvalitet
- Var observant på symtom som kan vara biverkningar
- Avsluta eller fasa ut läkemedlet om effekten uteblir eller biverkningar uppträder
- Ompröva indikationen för behandling minst en gång per år
- Dokumentera läkemedelsberättelsen

år eller äldre utgör ca 5 procent av befolkningen och står för ca 20 procent av apotekens utlämnade DDD (definierade dygnsdoser). Men i biverkningsregistret står de bara för 7 procent, utom när det gäller dödliga biverkningar, som uppgår till 22 procent av alla rapporter med dödlig utgång. Sannolikt är det fråga om underrapportering i bägge fallen.

Biverkningsrapporteringen är en viktig åtgärd för att öka kunskapen och kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling. Men då måste rapporteringen öka för de äldsta åldersgrupperna. Läkaresällskapet och Läkarförbundets medicinska kvalitetsråd föreslog redan 1999 att verksamhetschefen årligen skulle redovisa antalet biverkningsrapporter från sin enhet som ett av flera mått på att man hade fungerande internkontroll [8].

Läkarnas spontanrapportering har varit för låg, och nu förbereds nya föreskrifter så att också sjuksköterskor får rapportera biverkningar. I Uppsala har ett försök med patientrapportering genomförts under året.

Alla behöver kunskap om åldrandet

Alla specialiteter – utom pediatrik – kommer i kontakt med gamla patienter. Särskilt gäller detta förstas allmänmedicin, geriatrik och internmedicin, som har särskild kunskap och särskilt ansvar för de äldre patienterna.

Omkring 40 procent av alla som vårdas på akutmedicinska kliniker är 80 år eller äldre. Även andra specialiteter som ortopedi, toraxkirurgi, onkologi m fl har en mycket hög andel gamla patienter på sina vårdplatser. Kunskap om den åldrande människan och om läkemedelsbehandling av gamla behöver därför spridas inom hela läkarkåren.

Läkemedelskommittéerna i landet har uppmärksammat behovet och startade 2005 en kampanj för säkrare läkemedelsanvändning för de äldre [9]. När alla insatser i hela landet summerats är det en storskalig satsning som gjorts:

- seminarier, information och utbildningar till läkare och sjuksköterskor
- olika former av kvalitetssäkringsarbeten
- terapirekommendationer
- lathundar i form av inplastade kort om riskläkemedel enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer
- särskilda insatser för chefer i landsting och kommun, som måste se sitt ansvar för personalens utbildning och vårdtagarnas säkerhet
- kampanjer riktade till allmänheten, som nått ut via pensionärs- och handikapporganisationer.

Det är för tidigt att säga om dessa insatser har lett till färre avvikelser i läkemedelshanteringen, färre inläggningar på sjukhus

på grund av läkemedelsproblem och fler biverkningsrapporter. En sak är säker: Ingen läkare borde ha undgått budskapet.

Nyttja resurserna optimalt – ompröva!

En viktig dimension i kvalitetsarbetet handlar om att nyttja resurserna optimalt. Det är inte optimalt att potenta läkemedel sätts in och sätts ut på sjukhus utan att ansvarig husläkare eller familjeläkare får veta varför, hur behandlingen ska utvärderas och hur länge den ska pågå. En läkemedelsberättelse som tar upp dessa frågor måste komplettera den traditionella epikrisen [10, 11]. Det är inte heller optimalt att mycket gamla människor, som av olika anledningar inte själva kan hantera sin medicin, får fortsätta år ut och år in med samma läkemedel utan omprövning. Öppenhet för omprövning är ett fruktbart förhållningssätt för läkare när det gäller läkemedelsbehandling av äldre.

Allt kan omprövas, förutsatt att man har en bra uppföljning:

- indikationen – som kanske inte finns kvar längre
- läkemedlet – som kanske gör större skada än nytta
- dosen – som kanske är för hög och behöver minskas.

Läkemedelsgenomgångar har blivit en speciell metod för uppföljning som praktiseras på äldreboenden, ofta i samarbete mellan läkare, sjuksköterska och farmaceut. Även om detta är en form av extern kvalitetskontroll kan det fungera som incitament för en mer löpande internkontroll. En redovisning av metoden finns i en nyutkommen bok »Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering« [12], som är en grundläggande lärobok i ämnet och som varmt kan rekommenderas till läkare inom alla specialiteter. Även inom akutsjukvården pågår studier med läkemedelsgenomgångar för patienter som är 80 år eller äldre, t ex inom akutsjukvården på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

I FAS-UT [13], en rådgivningsbok för utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling, finns en enkel tabell, där man kan fördela patientens läkemedel efter symtomlindrande, preventiva respektive tveksamma eller icke-godkända indikationer. Tabellen beskriver alltså hur man kan prioritera lindrande och livsnödvändiga läkemedel framför läkemedel utan effekt. Därtill kan man sortera efter vilka läkemedel som är till klar nytta, till osäker nytta eller inte alls till nytta. Så blir det lättare att se vilka läkemedel som man kan börja ompröva: vilka som ska avslutas och vilka som ska vara kvar. Eftersom patienten kan vara beroende av vissa läkemedel för överlevnad och välbefinnande är det angeläget att inte onödiga om än »ofarliga« läkemedel skymmer sikten.

Sjuksköterskan måste kunna nå ansvarig läkare

De kommunala sjuksköterskorna är tillsammans med sin vårdpersonal nyckelpersoner för att nå en bättre läkemedelsanvändning för de äldre. Det är inte ovanligt att patienten ifrågasätter sin läkemedelsbehandling eller att anhöriga gör det. De kanske inte säger det till doktorn utan till sjuksköterskan i kommunen. Det är också hon som tidigt får reda på nya symtom, som kan vara biverkningar. Sjuksköterskan kan informera och motivera patienten varför ett läkemedel är viktigt att ta eller varför det är viktigt att avsluta en behandling. Men för att sjuksköterskan ska kunna vara detta stöd måste hon lätt kunna nå ansvarig läkare.

Läkare behöver förtroendefulla relationer med dem som arbetar inom kommunens äldreboende. Ett välkommet sätt att nå detta är att förmedla kunskap till vårdpersonalen om vad som händer i den åldrade kroppen och om läkemedlens verkningar och biverkningar – och att vara tillgänglig för sjuksköterskan.

Inom landstingen är läkare vana att arbeta med utbildning, kunskaps- och metodutveckling, uppföljning och kvalitetskon-

troll. Inom kommunerna är situationen mycket varierande. Det finns kommuner vars chefer uppmärksammat betydelsen av utbildad personal och som avsätter tid och pengar för att förbättra kvaliteten i äldreboenden. Andra ser fortfarande detta som något som landstingen får sköta själva. Här kan läkaren vara pådrivande för att initiera utbildning och kvalitetsarbete.

Strukturproblem måste också åtgärdas

Myndigheter och professionella organisationer har uppmärksammat de stigande läkemedelskostnaderna (för närvarande ca 23 miljarder kronor/år) och bristerna i följsamhet och samsyn, som bl a ledde till ABLA-projekten (Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning). Det är också väl känt att de vanligaste avvikelserna i sjukvården och hemvården rör läkemedel. Man räknar med att mellan 10 och 20 procent av alla akutinläggningar är läkemedelsrelaterade. Dessa kvalitetsbrister ger både onödiga kostnader och dålig effekt av läkemedelsbehandlingen. Den enskilde läkaren kan åstadkomma förbättringar med noggrann uppföljning av sina egna patienter, men det räcker inte. En rad strukturproblem behöver också åtgärdas.

Varje läkare måste få tillgång till elektroniskt förskrivarstöd för att mer systematiskt kunna ge en säker och ändamålsenlig läkemedelsbehandling [14, 15]. För närvarande pågår ett projekt i Stockholms läns landsting, Region Skåne och Västra Götaland för att skapa ett samlat IT-stöd för läkemedelshandling utifrån ett patient- och vårdperspektiv.

Regering och riksdag måste våga förändra den svenska lagstiftningen så att den läkemedelsförteckning som nu enligt lag ska finnas tillgänglig på apotek blir tillgänglig i hälso- och sjukvården. SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) måste se till att all vårdpersonal inom både landsting och kommun får obligatorisk grundutbildning i läkemedelskunskap. Högskoleverket måste åtgärda luckorna i grundutbildningen vad gäller gerontologi, geriatrik och åldrandets kliniska farmakologi. Läke-medelsverket måste informera specifikt om läkemedel som används av äldre, om indikation, dosering, biverkningar, interaktioner och uppföljning. Specialistföreningarna och de professionella organisationerna måste utveckla sin policy för behandling av gamla patienter med flera diagnoser – så långt möjligt baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Konklusion

Behovet av kvalitetssäkring av äldres läkemedelsanvändning ökar i takt med att äldre patienter får allt fler läkemedel per person och därmed ökad risk för biverkningar, samtidigt som det också förekommer underbehandling. Noggranna uppföljningar och omprövningar av patientens läkemedelslista bidrar till att säkra målet med den äldre patientens läkemedelsbehandling, nämligen att bibehålla eller förbättra livskvaliteten.

Extern kvalitetssäkring måste kompletteras med intern kvalitetskontroll på varje vårdenhets. Exempel på både extern och intern kvalitetssäkring redovisas tillsammans med exempel på åtgärder för att komma tillrätta med de strukturproblem som försvårar kvalitetsarbetet med äldres läkemedelsbehandling.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

1. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Handbok. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
2. Evidensbaserad äldreboende – en in-

ventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003. Rapport 163.

3. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – Socialsty-

- relsens förslag. 2003-110-20.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/1578/2003.110-20.htm>
- Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006. 2006-131-19. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/>
 - Stockholms läns landsting. »Styckevis och delat«. Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Projekt rapport nr 19/2005. www.sll.se/rev
 - Landstinget Sörmland, Apoteket AB. Läkemedelsgenomgångar i särskilda boenden i Norra Sörmland. 2003-2004. www.dll.se/lakemedelskommitten
 - Hedberg L, Silver J. »Äldre blir fullproppade med läkemedel«. Ny larmrapport: 25 olika mediciner per dag vanlig dos inom äldre vården. Fyra av tio får antidepressiva medel. DN Debatt 6/9 2004.
 - Kvalitetsutveckling, kvalitetsindikatorer för läkemedelsförskrivning och -hantering. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet och Spri; 1999. Svensk Medicin nr 66/1999.
 - Bra gehör för LOK:s nationella kraftsamling. I: Läkemedel i förändring. Nyhetsbrev från Sveriges Kommuner och Landsting. 2006; (30):13.
 - Böttiger Y. Vad är en detaljerad läkemedelsberättelse? Innehåller indikation, preparat, styrka, dos – men även en behandlingsplan. Läkartidningen. 2005;102:2826.
 - Eriksson T, Holmdahl L, Midlöv P, Bondesson Å, Höglund P. Läkemedelsberättelse minskar överföringsfel vid utskrivning från sjukhus. Läkartidningen. 2005;102:2874-5.
 - Kragh A, redaktör. Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedicinering. Lund: Studentlitteratur; 2005.
 - Lundgren C. FAS-UT. Råd vid utvärdering och avslutning av läkemedelsbehandling. Umeå: Läkemedelskommittén i Västerbottens läns landsting; 2005.
 - Gardulf A, Bergman U, George C, Nordström G. Datorisera läkemedelshandlingen! Läkartidningen. 2005;102:1732-7.
 - Svensk informationsdatabas för läkemedel. www.silinfo.se

halv liggande annons