

gande och brev om vådan av att förstöra rehabiliteringsprocessen söker patienten ett heltidsarbete. Hon insjuknar efter två veckor i feber och lymfkörtelsvullnad som kvarstår sedan dess.

Förnyad hel sjukskrivning har godkänts som ett nytt sjukdomsfall och nu med avstämningmöte, där handläggaren genast förstår att patienten är helt arbetsförmögen och under lång tid. Enligt min mening skulle detta ha kunnat undvikas om handläggare eller försäkringsläkare kontaktat mig om utlåtandet, som man av någon anledning inte förstätt.

Jag har kontakt med flera fall än dessa, där ett underkännande av utlåtanden leder till att mycket sjuka människor får sin sjukersättning upphävd. Jag sympatiserar med Försäkringskassans ambitioner att minska kostnaderna för sjukskrivningar, men sättet som detta genomförs på är under all kritik i många fall.

En av orsakerna till detta är att en by-

råkrat aldrig har personligt ansvar för sina beslut. Försäkringsläkare har varken juridiskt eller etiskt ansvar för sina bedömningar eller hur de presenteras. Följden blir att handläggaren tycker något om en viss sjukskriven person och tar ärendet till försäkringsläkaren.

Denne läser att kollegan har intygat att patienten av medicinska och psykologiska skäl är arbetsförmögen, och han gör nu en annan bedömning, utan att kontakta kollegan för ett klargörande. Han har inget juridiskt eller etiskt ansvar för sin bedömning, och handläggaren som skall ta beslutet är utbildad i medicin men har ansvar för åtgärden som hon/han försvarar genom att följa ett regelsystem.

När jag var försäkringsläkare på 1980-talet ringde vi alltid eller nästan alltid upp kollegan om vår bedömning avvek från den som stod i intyget. Möjligtvis invänder någon att det inte är ett inty-

gande utan ett utlåtande, men som gammalmodig läkare är jag nog med att skriva både bra intyg och utlåtanden och med samma ansvar och integritet som läkarrollen påbjuder.

Jag välkomnar mycket av det förändringsarbete som pågår med riktlinjer, arbetsförmågeintyg, självdeklarationer, avstämningmöte och vidare utbildning. Men för att undvika att människor kommer till skada bör kommunikationen mellan intygsskrivaren och försäkringsläkaren förbättras under tiden som detta pågår, och stödet för medicinskt okunni- ga handläggare förbättras, även genom att de får bättre kontakt med oss som lever utanför byråkratin – i verkligheten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 1623.

Den äldre människan är inte alltid »vuxen«!

■ Antalet äldre i samhället beräknas stadigt öka de närmaste decennierna, och därmed blir det också allt fler med många olika läkemedel. Detta medför tilltagande risker för läkemedelsbiverkningar av många olika skäl. Med stigande ålder ökar andelen kroppsfett, medan mängden kroppsvatten minskar och receptorsystemen förändras. Sammantaget ger detta en ökad risk för oönskade effekter av många läkemedel. Fettlösliga läkemedel får en relativt större volym att fördela sig i, vilket medför att de under en längre tid finns kvar i kroppen. Leverns storlek och blodflöde minskar med stigande ålder, och en del av de enzymer som metaboliserar läkemedel får en lägre kapacitet. Detta fördröjer elimineringen av fettlösliga läkemedel, som först måste omvandlas till vattenlösliga metaboliter innan de kan utsöndras via njurarna.

Vid 80 års ålder har njurarna kvar halva sin förmåga att filtrera blodet. Njurarnas fysiologiska åldrande kan också påskyndas av sjukdom. Detta medför en alltmer försämrad förmåga att utsöndra vattenlösliga läkemedel och metaboliter från fettlösliga läkemedel, vilket ger ökad koncentration av läkemedel och/eller aktiva metaboliter. Kroppens förmåga att eliminera läkemedel beskrivs med hjälp av begreppet clearance, som är ett flödesmått (ml/minut).

Clearance är en summa av leverns metabola kapacitet att eliminera läkemedel (leverclearance) och njurarnas förmåga att utsöndra läkemedel (njurclearance). Med stigande ålder reduceras clearance och därmed den faktiska halveringstiden. För att hos den äldre människan reducera risken för ackumulering av läkemedel, bör doseringsintervallen förlängas och dygnsdoserna reduceras. För läkemedel som huvudsakligen utsöndras oförändrade, bör dosreducering ske i relation till den sänkta njurfunktionen.

Kreatininclearance är ett mått som tar hänsyn till den ökade ålderns reduktion av njurfunktionen. Tillförlitligheten är mycket högre än för S-kreatinin, men i de fall då njurfunktionen är mycket låg är även detta mått osäkert. I de allra flesta fall blir beräkningen av kreatininclearance utifrån kön, ålder, vikt och S-kreatinin den viktigaste upplysningen om aktuell njurfunktion. Denna beräkning bör ha stor betydelse för substansval och läkemedelsdosering för den äldre människan.

Vad vi i sjukvården ofta saknar är uppgifter om vilken dosering som är lämplig vid åldersrelaterad nedsättning av clearance. Det beror ofta på att det saknas nödvändiga läkemedelsstudier inom detta område. För att vi inte i fortsättningen ska belasta äldre med för höga dygnsdoser, måste terapirekom-

mendationerna differentieras efter ålder med hänsyn till främst sänkt clearance. Läkemedel som är godkända att användas av barn har en differentierad dosering i relation till åldern, vilket skänker stor trygghet.

Vi begär därför att myndigheter som EMEA och Läkemedelsverket kräver in uppgifter om doseringsintervall för äldre från läkemedelsföretagen. Att vara gammal är inte att vara vuxen ur ett doseringsperspektiv! För flertalet läkemedel behöver vi tydliga riktlinjer om dosering även vid nedsatt njurfunktion. Därmed kommer vi att kunna erbjuda våra gamla patienter en tryggare läkemedelsbehandling än vad vi kan göra idag.

Märta Skoglund
överläkare

Kurt Boman
professor, överläkare; båda vid medicin-geriatrik-kliniken, Skellefteå lasarett
kurt.boman@vll.se

Claes Lundgren
överläkare, AHS-Viool
(Avancerad Hemsjukvård – Vård Individuell Omsorg Och Livslust), Skellefteå lasarett

Jan-Erik Ögren
apotekare, sekreterare i Stiftelsen för medicinsk forskning i Skellefteå