

Angeläget att höja kvaliteten på behandling med läkemedel

Läkemedelsbehandling
Diagnostik – Behandling – Uppföljning

INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN är vi helt beroende av att kunna behandla patienterna med läkemedel och vi skulle inte kunna bedriva en modern, kvalificerad sjukvård utan dem. Samtidigt finns många rapporter som visar att det föreligger stora problem med läkemedelsbehandling i form av biverkningar och interaktioner (lidande) samt vårdkonsumtion. En review visade att i genomsnitt var 3,5 procent av alla sjukhusinläggningar relaterade till läkemedelsbiverkningar¹. Motsvarande siffra för äldre (60+) personer har rapporterats till ca 10 procent² och för akut inlagda patienter på geriatrisk klinik 35 procent³. Många av dessa biverkningar anses vara möjliga att förebygga.

Behandling med läkemedel innebär alltid en risk för oönskade effekter till följd av läkemedels kemiska komponenter i relation till patientens fenotyp/genotyp. Därtill finns en rad faktorer som på olika sätt bidrar till den höga incidensen av läkemedelsbiverkningar. Här är tio exempel på sådana faktorer (utan rangordning):

» **Vetenskapligt underlag:** Effekter av läkemedel har mestadels studerats för ett läkemedel i taget. För personer 65 år och äldre finns bara enstaka publicerade behandlingsstudier av läkemedelseffekter. Polyfarmaci (= användningen av flera samtidiga läkemedel) ökar kraftigt med åldern och patienter 75 år och äldre använder i genomsnitt 5-6 läkemedel⁴. → För äldre patienter saknas ofta vetenskapligt underlag för behandling med läkemedel.

» **Tid:** I primärvården är den genomsnittliga besökstiden vid läkarbesök 15-30 minuter. → Under en så kort tid är det svårt att hinna med en analys av patienternas samlade hälsosituation och effekter av olika behandlings-/vårdåtgärder över tid.

» **Fri ordinationsrätt:** Alla läkare har fri ordinationsrätt för nästan alla läkemedel i Fass. Detta innebär att flera (många) olika läkare ofta är inblandade i förskrivning av läkemedel till enskilda patienter. → Detta försvårar överblick, analys och ett samlat medicinskt ansvar över tid.

» **Namn på läkemedel + utbyte:** Läkemedelsföretag sätter egna trivialnamn på generiska, kemiska substanser. Ibland används det generiska namnet som namn på läkemedlet. Genom lagen att det förskrivna läkemedlet ska bytas mot det billigaste, likvärdiga läkemedel som finns tillgängligt på det enskilda apoteket⁵ kommer patienterna ofta att ha flera olika namn på samma förskrivna läkemedel. → Detta innebär stora risker för alla patienter, särskilt för äldre personer med polyfarmaci.

» **Egenvård:** Utöver ordination från läkare köper många patienter receptfria läkemedel på apotek och på hälsokostbutiker. Vissa potenta läkemedel som t ex NSAID och protonpumphämmare kan köpas receptfritt. → Detta försvårar den samlade bedömningen av en patients läkemedelsbehandling och innebär betydande risker för patienterna.

» **Compliance** (= adherence, följsamhet till behandling): En studie av Apoteket 2003 visade att bara 57 procent av den vuxna befolkningen hämtade ut sina itererade recept enligt ordination⁶. En studie i Region Skåne 2018 visade att bara 25 procent av patienterna på vårdcentraler, specialistmottagningar och sjukhus följde journalernas listor över läkemedel⁷.

→ Om patienterna inte tar läkemedel enligt ordination kan de inte få de ofta små effekter som noterats i behandlingsstudier. Dessutom innebär varierande intag av en del läkemedel betydande hälsorisker.

» **Journaler:** Alla journalsystem är utformade som kronologiska textdagböcker. Med tiden ansamlas ofta ett stort antal olika anteckningar, skrivna av olika vårdyrkesgrupper.

→ För äldre patienter, som ofta har multipla hälsoproblem och behandlingar, är det ofta svårt att få överblick över hälsosituationen och analysera effekten av olika behandlingar över tid.

» **Utbildning:** Läkarnas grundutbildning i klinisk farmakologi har skurits ned kraftigt. Utbildning om läkemedel ingår i de flesta kliniska kurser, men hålls inte ihop som ett eget ämnesområde. Det finns ingen systematisk fortbildning för läkare efter genomgången specialistutbildning. → Detta innebär risker för patienterna.

» **Nationella riktlinjer:** Socialstyrelsens nationella riktlinjer avser ett hälsoproblem i taget och följsamhet till riktlinjer uppfattas ofta av sjukvårdsledningarna som en indikator på god vårdkvalitet, ibland med ekonomiska incitament. → Det finns stora risker med att tillämpa riktlinjer avsedda för avgränsade hälsoproblem om det föreligger flera samtidiga hälsoproblem. Riskerna ökar med antalet samtidiga hälsoproblem.

» **Statistik:** Det förs ingen löpande systematisk statistik i sjukvården över bedömda läkemedelsbiverkningar, varken i primärvården eller på sjukhusen och inte heller för bedömda läkemedelsrelaterade inläggningar på sjukhus. → Problemet omfattning kommer därför bara fram i akademiska projekt eller andra riktade studier.

Sammantaget innebär ovanstående att det föreligger en omfattande suboptimering av behandling med läkemedel i sjukvården, som innebär särskilt stora risker för patienter med polyfarmaci. Det är angeläget att förbättringar genomförs för alla tio angivna områden, och särskilt viktigt att de ingår i ett sammanhållet system som är uppbyggt för att underlätta för läkarna att kunna ta det medicinska ansvaret för horisontell integrering av diagnostik, behandling och uppföljning (DBU) för alla rekommenderade behandlings-/vårdåtgärder över tid⁸.

Gunnar Akner
Docent i geriatrik, läkare
akner.gunnar@gmail.com
www.gunnar-akner.se
www.aknerblog.wordpress.com

