

CHEF FÖR DN DEBATT: MATS BERGSTRAND, TEL: 08-738 12 23. RED, TEL: 08-738 12 09. FAX: 08-738 12 05. E-POST: DEBATT@DN.SE

"Biverkningarna från läkemedel rena vanvården av våra äldre"

Det råder en paradoxal situation inom dagens svenska äldre-vård. Å ena sidan har vi aldrig tidigare satsat så stora resurser på äldre vården som nu, drygt 120 miljarder kronor/år. Vi har heller aldrig tidigare haft så många läkare och sjuksköterskor som nu. Å andra sidan visar en lång rad rapporter från forskare och olika offentliga organ att det finns stora problem och kvalitetsbrister inom äldre vården.

Vi anser att en stor del av problemen i äldre vården sammanhänger med brister i organisation, som gör att resurserna inte kommer patienterna till del och att läkare och vårdpersonal inte får adekvata förutsättningar för sitt arbete med de äldres hälsoproblem. Dilemmat illustreras särskilt tydligt på läkemedelsområdet.

Både i massmedier och vid konferenser om läkemedel vittnas om hur svårt sjuka äldre personer snabbt blivit betydligt förbättrade efter att läkemedel tagits bort, till exempel i samband med byte av läkare eller inläggning på sjukhus.

Visst är det bra att vissa patienter blivit bättre när de "slupit" en del av de läkemedel de ordinerats, men förhållandet avsevärt också att den ordinerade behandlingen – som kan ha pågått under lång tid – direkt orsakat ohälsa med nedsatt funktionsförmåga och behov av vård. Sådan olämplig läkemedelsbehandling bör beskrivas med sitt rätta namn – nämligen vanvård. Risken för en inkonsekvent och osammanhängande behandling över tid ökar betydligt med graden av multisjuklighet.

Ökad ålder medför kraftigt ökad risk för sjukdomar och därmed behandling med många läkemedel samtidigt (polyfarmaci). Av de knappt 800 000 personer som är 75 år eller äldre använder drygt 90 procent läkemedel, i snitt fem olika läkemedel per dag. De 110 000 personer som bor i kommunalt så kallat särskilt boende lider i regel av komplexa kombinationer av sjukdomar och skador (multisjuklighet) med tillhörande komplex behandling (multi-behandling). Den gruppen behandlas i genomsnitt med 10–12 olika läkemedel per person och dag.

Socialstyrelsens och Apotekens läkemedelsgenomgång har visat att orsaken till läkemedelsbehandling är oklar för upp till 40 procent av alla personer i "särskilt boende" – i genomsnitt finns 2–3 oklara ordinationer per person med stora variationer. Man kan med fog anta att liknande siffror gäller även för äldre personer i "ordinärt boende".

Läkarlarm: 40 procent av de äldre behandlas med läkemedel på oklara grunder.

Omkring 15 procent av alla över 65 år som läggs in på sjukhus hamnar där på grund av biverkningar av läkemedel. I fyra fall av tio har de ansvariga dålig koll på effekterna av läkemedlen. Dagens läkemedelsbehandling är rena vanvården av våra äldre. Orsaken till detta är att landet saknar en övergripande plan och styrning av äldre vården. Det skriver sex forskare och läkare som alla är specialister på läkemedelsbehandling hos äldre, geriatrik, allmänmedicin och klinisk farmakologi.



Vi har krav på signering av alla utdelade läkemedelsdoser men inga krav på säkerställande av att avsedda effekter verkligen uppnås.

Eftersom det saknas vetenskapliga studier av långtidseffekter för nästan alla läkemedel vid behandling av äldre är den totala andelen behandlingar med oklara orsaker och/eller oklara effekter troligen avsevärt högre.

I dagens äldreomsorgsorganisation är uppföljningen av effekterna av långvarig läkemedelsbehandling av oacceptabelt

låg kvalitet och står i skarp kontrast mot den kvalitetssäkring som sker vid myndigheternas godkännande av ett läkemedel. Det finns till exempel ett krav på signering av alla utdelade läkemedelsdoser, men inga krav på säkerställande av att avsedda effekter över tid verkligen uppnås, det vill säga att det blir bättre! Det korrekta är givetvis att kontinuerligt ompröva och kritiskt granska effekterna av alla typer av behandling. Ju mer intensiv behandlingen är och ju fler läkemedel som ordinerats, desto starkare är kravet på att fortlöpande kontrollera förloppet. Det system som för närvarande används vid förskrivning av läkemedel till många patienter på kommunala äldreboenden (APO-DOS) gynnar inte ett sådant synsätt, då det varken är integrerat med befintliga system för elektronisk receptförskrivning eller med sjukvårdens journalsystem.

Läkemedelsbiverkningar är en vanlig konsekvens av läkemedelsbehandling av äldre och utgör ett (ibland oundvikligt) brott mot läkarens princip om att aldrig skada. Flera svenska och internationella studier har visat att cirka 15 procent av alla inläggningar av äldre (65+) patienter på sjukhus sker av läkemedelsrelaterade orsaker. Bland äldre personer med kommunalt bistånd är andelen ännu högre.

En viktig orsak till den ovan beskrivna situationen är att det saknas en övergripande strategisk plan och organisatorisk styrning av äldre vården. En sådan plan bör vara inriktad på kvalitetssäkring av handläggningen av enskilda äldre personer över tid med avseende på både subjektivt upplevd och objektivt analyserad nytta. Det är uppbernt

att en avgörande del i kvalitetssäkringen måste vara en regelbundet upprepad kritisk granskning av effekten av den samlade behandlingen, och där utgör ofta läkemedel en viktig del.

Situationen är allvarlig och genomgripande reformåtgärder måste inledas omedelbart.

Vårdorganisationen måste ändras så att den optimalt stöder en sammanhängande analys och handläggning av äldre personers hälsoproblem över tid.

Analysen av äldre personers ofta komplexa hälsoproblem kräver en ny typ av problembaserad, pedagogiskt utformad vårdokumentation som inriktas på analys av förloppet av vårdtagarnas hälsoproblem över tid, oavsett var i vårdsystemet de befinner sig.

Både läkare, sjuksköterskor och andra personalgrupper behöver förbättrad utbildning i geriatrik, det vill säga den äldre människans hälsoproblem och särskilda behov.

Vi måste kraftigt öka satsningen på forskning om vilka behandlingsmetoder som är till nytta för den äldre patienten. Det vetenskapliga kunskapsläget inom dagens äldre vård är oacceptabelt lågt.

Äldre personer har samma självklara rätt som yngre att få sina hälsoproblem analyserade på ett kvalificerat sätt. Allt annat kan betraktas som åldersdiskriminering och ett brott mot medborgerliga rättigheter.

GUNNAR AKNER

Docent, överläkare, styrelseordförande för Svensk förening för geriatrik och gerontologi (SFGG), Äldre-forskning Nordväst, Solna

JOHAN BERGLUND

Docent, allmänläkare, Karlskrona

JOHAN FASTBOM

Docent i geriatrik farmakologi, universitetslektor vid Aging research center (ARC), Neurotec, Karolinska institutet, Stockholm.

BJÖRN OLSSON

Allmänläkare, tidigare styrelseordförande för Svensk förening för allmänmedicin (SFAFM), ordförande i Norrbottens läkemedelskommitté, Luleå

ÅKE RUNDGREN

Docent, överläkare, kassör i Svensk förening för geriatrik och gerontologi (SFGG), Geriatrik Kliniken, Östra sjukhuset, Göteborg

BARBRO WESTERHOLM

Professor, tidigare generaldirektör vid Socialstyrelsen och tidigare ordförande för Sveriges pensionärsförbund

REDAKTÖREN HAR ORDET

Annalkande kritik och avklingande homofobi



MATS BERGSTRAND
Chef för DN Debatt

NÄSTA VECKA är det inte bara start för årets upplaga av julkalendern. Den 1 december kan också vara början till slutet för ett antal högt uppsatta politiker och tjänstemän i statsförvaltningen. Ryktet säger nämligen att 2005 års katastrofkommission, som då lägger fram sin slutrapport, inte kommer att nöja sig med att diskutera strukturella frågor. Även olika individers insatser i samband med tsunamikatastrofen lär komma att ventileras och

betygsättas av Johan Hirschfeldts utredning.

KOMMISSIONEN SORTERAR av någon anledning under finansdepartementet och Pär Nuder kan denna gång inte räkna med att få del av innehållet redan till morgonkaffet via DN Debatt. Han riskerar att få vänta till förmiddagens formella överlämnande. Vi jobbar ofta aktivt med att försöka få fram informationen först för DN Debatts läsare. Men vi lyckas inte alltid. I detta fall har utredarna också grannliga informationshänsyn att ta till den viktigaste och mest sårbara gruppen i sammanhanget: alla anhöriga. Andra luckor erbjuder vi er

däremot att öppna exklusiv. Exempelvis författaren Jonas Gardells artikel "Att likna bögar vid cancer är uppmärksamhet till hatbrott" på DN Debatt den 11 november. Gardell skrev med anledning av Högsta domstolens prövning av om pastorn Åke Green är skyldig till hets mot folkgrupp. Hoten och hatbrotten mot homosexuella ökar lavinartat i landet, varnade Gardell.

SÅDANA ARTIKLAR BRUKAR alltid föranleda olika homofoba motreaktioner. Så inte denna gång. Flödet av läsareaktioner till oss har varit överväldigande positivt och Gardell säger sig ha fått ett hundratal spontana kommentarer – vilket inte är illa för en person

med hemliga adress och telefonuppgifter. Samtliga reaktioner var av understödjande karaktär. Jag undrar om detta inte är ett tecken på att homofobin håller på att sköljas bort från de breda folklagren. Att en ansenlig medial upplysningsverksamhet faktiskt haft effekt. Men det skulle då samtidigt kunna sätta ett frågetecken för Jonas Gardells larm.

Han håller med mig om analysen, homofobin är på väg att klinga av ute i landet. Men effekten blir enligt Gardell, i alla fall initialt, den motsatta mot vad man kunnat hoppas på: De grupper som hatar homosexuella känner sig undanträngda och hotade när samhällsklimatet ändras och blir

därför alltmer desperata och allt aggressivare. Räkna därför med att hatbrotten från de få kommer att öka som en följd av upplysningen hos de många.

DÅ OCH DÅ HAR JAG arga personer i telefon som talar om för mig att jag inte borde ha publicerat den eller den artikeln. Jag funderar ofta över deras bevekelsegrunder, över denna ilska förorsakad av öppenheten och andras rätt att delta i samhällsdiskussionen. Att Gardell också orsakar sådana känslor, även om de inte kommer fram till mig, är mycket sannolikt. Ändå vill jag att tolka tystnaden som ett gott tecken.

MATS BERGSTRAND
mats.bergstrand@dn.se