



Gunnar Akner, docent, överläkare, styrelseordförande, Svensk förening för geriatrik och gerontologi, nutritions- och läkemedelsenheten, Äldreforskning NordVäst (ÄNV), Solna gunnar.akner@chello.se

Läkemedelsgenomgång på distans – en tillfällig nödlösning

Inför istället mer ändamålsenlig organisation på äldreboendena!

I I veckans nummer av Läkartidningen finns en artikel om ett projekt med läkemedelsgenomgångar på distans skriven av en geriatriker och en apotekare. Projektet genomfördes på 17 kommunala »särskilda boenden« (här nedan angivet som »äldreboenden«) under två år. Arbetet lades upp som ett utvecklingsprojekt utan kontrollgrupp och utan ansökan till forskningsetisk kommitté. Resultaten av projektet visade kvantitativt att antalet ordinerade »stående« läkemedel minskade med i medeltal 0,7 per person från 9,0 (totalt inklusive vid behovs-läkemedel med 1,0 från 11,4) och kvalitativt att antalet olämpliga läkemedel enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldre [1] minskade, dock utfördes ingen statistisk analys. Från symtomsynpunkt bedömde vårdpersonalen (utan blindning) positiva effekter hos 38 procent; detta redovisas dock inte närmare i artikeln.

Svenska undersökningar visar att äldre personer, över 75 års ålder, i genomsnitt har cirka 5 olika läkemedelsordinationer [2]. Äldre personer som bor i äldreboende använder i genomsnitt 8–10 olika läkemedel per person och dag [1]. Med hänsyn till de demografiska prognoserna och utvecklingen av nya läkemedel finns det mycket som talar för att läkemedelsanvändningen hos äldre kommer att öka ytterligare i framtiden.

En förutsättning för rationell läkemedelsbehandling är en kvalificerad och regelbundet upprepad analys av hälsosituationen där behandlingsmetoden läkemedel är väl integrerad med övriga aktuella behandlingsmetoder (se nedan). Den kliniska analysen av äldre personer med många olika symtom, många olika diagnoser/skador, varierande art och grad av funktionsnedsättningar och vanligt förekommande psykosociala problem ställer höga krav på geriatrisk kompetens med tillhörande intresse, vetenskaplig förtrogenhet, erfarenhet och tid.

I en nyligen publicerad bok [3] lämnar jag förslag till en metod kallad DBU-metoden (diagnostik, behandling, uppföljning) som ett sätt att förtydliga den grundläggande uppgiften för sjukvården:

- (D) att på basis av noggrann utredning och bedömning av hälsotillståndet
- (B) ordinera en integrerad behandling där de olika ingående komponenterna stöder varandra följt av
- (U) regelbundet upprepad uppföljning av förloppet med kritisk värdering av huruvida avsedda behandlingseffekter verkligen uppkommer.

Med »behandling« avses här alla slags behandlingsmetoder som används inom hälso- och sjukvården, t ex läkemedel, nutrition, fysisk träning, hjälpmedel, rådgivande samtal, psy-

Sammanfattat

En adekvat klinisk analys av multisjuka och multibehandlade äldre personer kräver gedigen geriatrisk kompetens, intresse, vetenskaplig förtrogenhet, erfarenhet och tid.

Effekter av läkemedelsbehandling (positiva, uteblivna eller negativa [= biverkningar]) bör alltid bedömas integrerat med övriga aktuella behandlingsmetoder. Polyfarmaci är vanlig hos äldre, särskilt i kommunala särskilda boenden, och innebär en intensiv behandling med läkemedel som bör motsvaras av en lika intensiv diagnostik och uppföljning av effekter.

Läkemedelsgenomgångar på distans kan vara ett sätt att ad hoc göra något i den rådande situationen, men de borde ersättas av realistiska förutsättningar för lokalt ansvariga läkare och vårdpersonal att regelbundet genomföra adekvat och kvalificerad klinisk analys av patienternas hälsotillstånd.

Det finns flera risker med den metod för läkemedelsgenomgångar på distans som beskrivs i detta nummer.

Se även artikeln på sidan 1143 i detta nummer.

koterapi, dialys, kirurgi, sjukskrivning, sårvård, tandvård, akupunktur etc.

Bättre fokusera på hela behandlingsprogrammet – på plats

Desvärre finns en rad systemfel i den svenska äldrevården, vilka inte bara försvårar, utan ofta direkt motverkar denna kliniska analys [3]. Ett exempel på dessa systemfel framgår av artikeln i detta nummer, där syftet anges som att »utveckla en arbetsmodell för strukturerad och utvärderad läkemedelsanvändning på äldreboenden«. Denna formulering innebär ju att författarna (liksom undertecknad) anser att dagens verksamhet på äldreboenden ofta inte uppfyller dessa krav. Man kan ställa sig frågan hur vi kan ha utvecklat en äldrevård som inte klarar av detta. På äldreboendena anrikas landets sjukaste och

sköraste äldre personer med tillhörande omfattande behandlingsprogram inklusive omfattande polyfarmaci. Vem efterfrågar en organisation som inte tillämpar en »strukturerad och utvärderad läkemedelsbehandling på äldreboenden«, och vem skulle själv vilja vårdas där utan dessa förutsättningar?

Den pågående försöksverksamheten med läkemedelsgenomgångar, inklusive de genomgångar på distans som föreslås i detta nummer, kan ses som en välvillig – och i nuläget kanske nödvändig – ad hoc-lösning i den rådande problemsituationen när resurser och kompetens tillfälligt brister. Tanken är att en geriatriker och en apotekare kan arbeta med flera äldreboenden samtidigt och att detta skulle fungera som ett kostnadseffektivt kompetensstöd till lokalt ansvarig läkare och vårdpersonal.

Artiklens förslag om läkemedelsgenomgångar på distans innebär i praktiken ett slags »second opinion« på distans vad gäller både läkemedelsbehandling och »icke-farmakologiska åtgärder« (!), dvs en samlad klinisk bedömning där bedömarena inte har någon personlig kännedom om patienternas anamnes, tidigare kliniska överväganden, sjukdomsförlopp, tidigare behandlingseffekter etc och där de inte deltar i diskussionen med patienterna eller vårdpersonalen, t ex vid ronder.

Enligt min mening vore det mycket bättre om lokalt ansvarig läkare och vårdpersonal fick uppdrag, tidsmässig möjlighet och övriga resurser att genomföra regelbundet upprepad, integrerad klinisk analys av patienternas hälsotillstånd. Här skulle uppföljningen (»U« i DBU-metoden) inte fokusera bara på läkemedel, utan även på effekterna av hela det aktuella behandlingsprogrammet över tid. I denna strukturerade och regelbundet upprepade kritiska granskning bör det givetvis finnas god möjlighet till »second opinion« från geriatriker och andra sakkunniga, och här kan både kliniska farmakologer och apotekare göra viktiga insatser. Det viktiga är dock att den kliniska analysen utförs tillsammans med patienten av personal med såväl gedigen geriatrisk kompetens som god förtrogenhet med de särskilda förhållanden som råder för varje enskild individ.

Brister i studien väcker frågor

Här följer några specifika kommentarer till artikeln i veckans nummer:

Symtomskattning. Det är ett stort steg i rätt riktning att börja den kliniska analysen med en detaljerad genomgång av patienternas symtom. Det är viktigt att framhålla att symtom i princip alltid är ospecifika yttringar av sjukdom(ar) och/eller skada(or). Ett symtom som »rötthet« kan ju ha olika grad av kopplingar till olika kombinationer av kliniska problem som hjärtsvikt, KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), njursvikt, depression, anemi, undernäringstillstånd, hjärnskada, dehydrering, läkemedelsbiverkning etc.

Den i studien använda symtomskattningsskalan är resultatet av en pilotstudie som publicerats endast på Internet via Apoteket AB, men inte i referentgranskad tidskrift. Skalan är reliabilitetstestad för de 26 ingående symtomens art, men inte för grad eller förändring över tid. I diskussionen till den aktuella studien skriver författarna att »symtomskattning efter genomförda läkemedelsjusteringar överensstämde med vad personalen såg, nämligen att hälsotillståndet i majoriteten av fallen förbättrades eller förblev oförändrat«. Författarna specificerar dock varken utvecklingen av de olika skattade symtomen eller personalens bedömning, och de redovisar inte heller någon statistisk analys av eventuella samband häremellan, vilket medför att läsaren inte kan ta ställning till påståendet.

Åtgärdsplan. För de 127 patienter som utvärderades i studien gavs totalt 832 förslag på olika åtgärder, dvs 6–7 förslag per person, av vilka 66 procent genomfördes. Skall den uppseen-

deväckande stora mängden åtgärdsförslag uppfattas som att patienterna genomgående var kraftigt underbedömda i olika avseenden av ordinarie läkare och vårdpersonal? Beror detta i så fall på brister i planering av arbetet, brist på tid, brist på intresse, brist på kompetens eller brist på adekvat journaldokumentation? Det hade även varit värdefullt med en närmare diskussion kring de 282 åtgärdsförslag (34 procent) som inte genomfördes.

Selektion. De patienter som ingick i den aktuella studien var selekterade i två olika steg: Först selekterades vissa äldreboenden baserat på intresseanmälan från olika chefer, därefter selekterades enskilda äldre personer via ansvariga läkare och sjuksköterskor. Detta innebär att berörda vårdtagare och vårdgivare var positiva till tanken på läkemedelsgenomgångar (snevriden selektion), vilket bör beaktas när man tolkar resultaten och funderar över deras allmängiltighet, i synnerhet som ordinarie vårdpersonal genomförde bedömningen av effekt mätt som symtomskattning (snevriden evaluering).

Flera risker med läkemedelsgenomgångar på distans

- En risk med läkemedelsgenomgångar på distans är att lokalt ansvariga läkare och vårdpersonal i ännu högre grad än nu kan komma att fokusera arbetet på olika akuta/subakuta hälsoproblem och överlämna den elektiva bedömningen av de boendes hälsotillstånd till de »distansansvariga«.
- Den skriftliga rekommendationen (»förslag till åtgärdsplan«) kan få status av sakkunnigutlåtande, som det kan vara svårt för ansvarig läkare att frångå. Man frågar sig vidare om de »distansansvarigas« förslag kommer att betraktas som journalhandling: Hur skulle ansvarsnämnden bedöma ett fall där lokalt ansvarig läkare i samråd med berörda parter beslutar att inte genomföra vissa föreslagna åtgärder och där patienten senare får hälsoproblem som hade kunnat förebyggas eller på annat sätt åtgärdas/mildras om förslagen följts?
- Läkemedelsgenomgångar kan bli alibi för att inte införa en mer ändamålsenlig organisation inom äldreboendena och istället försöka kompensera de otillfredsställande förhållandena med läkemedelsgenomgångar någon gång per år.
- Konceptet med »läkemedelsgenomgångar« kan förstärka en missuppfattning om att man kan bedöma läkemedelsbehandling separat, när denna istället givetvis alltid måste ses som en integrerad del av omhändertagandet och uppföljningen.

En behandling med tio olika kontinuerliga (»stående«) läkemedelsordinationer bör betraktas som en intensivvårdsmässig läkemedelsbehandling. Det borde och torde vara helt okontroversiellt att hävda att en intensiv behandling med läkemedel måste åtföljas av en lika intensiv uppföljning av effekter av det samlade behandlingsprogrammet, såväl avsedda effekter som uteblivna och oönskade (dvs biverkningar). Den pågående separationen av behandling från diagnostik och uppföljning är medicinskt felaktig och dessutom etiskt förkastlig. Hur ser t ex vård- och äldreomsorgsminister Ylva Johansson på scenariet att själv bli föremål för behandling med tio olika läkemedel och ett antal andra samtidiga behandlingsmetoder utan en kvalificerad och regelbunden klinisk uppföljning?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. URL :<http://www.sos.se/FULLTEXT/110/2003-110-20/sammanfattning.htm>
2. Diagnoser och förskrivning av läkemedel. En nationell kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
3. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldreomsorgscentral. Stockholm: Liber; 2004.