



2012-05-15

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

Remiss angående läkemedelsgenomgångar för äldre multisjuka personer – en vägledning för sjukvården och andra aktörer
(Dnr 23466/2012)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en politiskt och fackligt obunden organisation som arbetar för förbättrad hälsa och sjukvård.

Efter hörande av Kommittén för läkemedelsfrågor, Svensk njurmedicinsk förening och Svensk geriatrisk förening vill SLS avge följande synpunkter.

SLS ser positivt på de kommande nya föreskrifterna från Socialstyrelsen avseende läkemedelsgenomgångar för äldre och välkomnar en vägledning för ytterligare information kring hur enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras. Behovet av tydliga och konkreta anvisningar är stort, då läkemedelsgenomgångarna kommer att bli ett resurskrävande åtagande för sjukvården.

Tyvärr uppfattas föreliggande förslag som ofärdigt och utan ingående kunskap om hur sjukvård och äldreomsorg i landsting och kommuner är uppbyggd och fungerar. SLS menar att vägledningen behöver en genomgripande omarbetning för att kunna vara användbar. Mycket text är överflödigt och upprepas, medan viktiga begrepp inte definieras. Vägledningen är inte heller anpassad till skrivningarna i föreskrifterna (remissversionen). Texten är inte kongruent med de nya begreppen enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång. Inte heller behandlas läkemedelsberättelsen, som i remissversionen är central. På de få ställen detta begrepp nämns är det inte i samklang med föreskrifterna. Likaså berörs inte uppföljningen av fördjupad läkemedelsgenomgång. Detta är en viktig diskussion, där sjukvården skulle behöva vägledning, då svårigheterna med kommunikation och kontinuitet är ett återkommande problem med koppling till läkemedelsbehandlings kvaliteten. Varje typ av intervention i en befintlig medicinering, såväl insättning som utsättning av läkemedel hos en patient, kräver oftast att effekten följs upp av en person med kompetens att bedöma detta. Problemet med rollfördelning när det finns flera behandlande läkare berörs inte, vilket skulle behövas. Då vi anser att vägledningen helt behöver omarbetas, har vi avstått från att kommentera enskilda bristande formuleringar, och berör endast de mest centrala.

Remissversionen av föreskrifterna betonar läkarens ansvar för läkemedelsgenomgångarna. Läkemedelsanamnes och granskning av läkemedelsbehandlingen är centrala uppgifter i läkargärningen och ingår i snart sagt varje läkarkontakt. Det är läkaren som har ansvaret och kompetensen att bedöma patientens läkemedelsbehandling i förhållande till dennes sjukdomar samt avväga risker mot nytta. Det är inte tillräckligt att enkla läkemedelsgenomgångar begränsas till nybesök. En enkel läkemedelsgenomgång ingår i alla läkarbesök där läkemedel förskrivs, sätts ut eller när patienten har symptom som talar för läkemedelsproblem. Det är positivt att patientens ställning och närvaro framhålls bättre än i tidigare beskrivningar av läkemedelsgenomgångar.

Det anges att aktuell information från EMA kan användas som beslutsstöd vid en enkel läkemedelsgenomgång. Vid en snabbsökning hittar vi ingen information som duger till detta på EMA's hemsida. Det må påpekas att en enkel läkemedelsgenomgång anges hinnas utföras under ett mottagningsbesök, vilket innebär att det inte får ta mer än några minuter att hitta relevant information.

Andelen patienter som bor i särskilt boende är förhållandevis liten och minskar successivt, varför vägledningen bättre behöver anpassas till patienter i eget boende. Patienter i eget boende läggs oftare läggs in på sjukhus än patienter i särskilda boenden, varför behovet av läkemedelsgenomgångar för att säkra informationsöverföringen också är större i denna grupp. Många behöver inget stöd från samhället, medan andra har hemtjänstinsatser och ibland hemsjukvårdsinsatser. De flesta patienter handhar själva sina läkemedel (ibland med stöd av anhöriga), medan andra har en sjuksköterska som tagit över läkemedelsansvaret. Ofta finns därför inte något "team". Formuleringen "andra yrkesutövare som deltar i vården av patienten" exemplifieras återkommande med sjuksköterskor och farmaceuter. Detta kan möjligen göras vid ett tillfälle och då med nämnande av fler personalkategorier, men bör i övrigt lämnas åt den enskilda verksamheten att organisera. Ansvar vilar alltid på den förskrivande läkaren. Vi föreslår att titeln på vägledningen begränsas till "Läkemedelsgenomgångar för äldre personer – en vägledning för sjukvården".

Vägledningen är också otydlig på många sätt beträffande organisationen av arbetet på olika nivåer i sjukvården. Arbetssätten skiljer sig betydligt mellan sjukhus, primärvård och kommun. Här önskas större tydlighet och vägledning om hur arbetet kan organiseras. Till exempel saknar kommunen, med ansvar för hemsjukvård och boenden, anställda läkare. Inte heller diskuteras övertaget läkemedelsansvar, som är centralt vid läkemedelsbehandling hos icke autonoma patienter. Informationsöverföringen mellan de olika aktörerna är ett stort problem, där vägledningen skulle kunna ge råd.

Tidsmässiga aspekter skulle kunna diskuteras utförligare. Där det nämns ("Centralt är att en fördjupad läkemedelsgenomgång är tänkt att äga rum i anslutning till en enkel läkemedelsgenomgång ..., s 26), är det en orealistisk förhoppning med tanke på hur sjukvården är organiserad.

Gränsdragningen mellan enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång är inte självklar. Här är förtydligande och klarläggande ytterst viktigt. Med nuvarande skrivning är det inte klarlagt vilka moment som ska reserveras för den fördjupade läkemedelsgenomgången. Det är angeläget att det är tydligt vilka moment som ska ingå, så att inte läkemedelsgenomgångarna blir obegränsade.

Viktigare än att göra läkemedelsgenomgångar är att förebygga att läkemedelsrelaterade problem uppstår. Det vill säga att göra rätt i själva förskrivningssituationen. Dokumentet hanterar inte denna mycket centrala fråga.

Dokumentet bör lyfta fram begreppet läkemedelsinteraktioner, vilket är tämligen centralt i en fördjupad läkemedelsgenomgång. Det bör också anges hur/var man hittar information om detta. Läkemedel och leverfunktion bör omnämnas och större vikt läggas på problemet med nedsatt njurfunktion hos äldre.

Avsnitten om uppföljning med struktur-, process- och resultatmått tarvar en rejäl omarbetning. Strukturmåtten kan fungera, men de flesta av de föreslagna process- och resultatmåttarna är olämpliga, irrelevanta eller direkt felaktiga och visar på okunskap om hur läkemedelsbehandling och sjukvård fungerar. Som exempel kan nämnas några av de föreslagna resultatmåttarna vid fördjupad läkemedelsgenomgång. En fördjupad läkemedelsgenomgång kommer snarare att identifiera *fler* biverkningar respektive läkemedelsrelaterade problem, inte färre. Antal rapporterade biverkningar är försvinnande lågt i förhållande till förekommande biverkningar, varför detta mått inte är användbart. Uppföljningsmåttarna tar inte heller hänsyn till att läkemedelsgenomgångarna genomförs på olika, och ibland flera, nivåer i sjukvården.

När man sätter tidsgränser för hur snabbt en fördjupad läkemedelsgenomgång skall ske måste man vara medveten om att enkla läkemedelsgenomgångar sker 365 dagar per år över hela landet, på vårdcentraler och akutmottagningar och även på orter där det inte finns receptarie eller apotekare i jourtjänst. Förmodligen kommer det över huvud taget att vara mycket svårt att få till stånd en fördjupad läkemedelsgenomgång utanför kontorstid.

Om man byter vårdgivare anges att en läkemedelsberättelse skall skickas till nästa vårdgivare inom ett dygn. I många situationer – som när patienten flyttar mellan akutkliniker är detta oacceptabelt sent. Läkemedelsberättelsen måste följa med patienten när hen byter klinik.

Vi saknar följande definitioner

Vilka patienter avses? – Vägledningen ger dubbla budskap, dels multisjuka patienter över 75 år, dels personer över 75 år med fem eller fler läkemedel.

Öppen vård – Avses endast primärvård eller innefattas även öppen specialistvård och i så fall även sjukhusens öppna vård?

Läkemedelsrelaterade problem – Här är viktigt att Socialstyrelsens markerar vad begreppet innefattar, då det annars kan bli ett mycket vitt begrepp. Var går gränsen?

Antal läkemedel – Hur räknar man till fem? Är det ordinerade eller använda läkemedel som räknas? Är det stående läkemedel eller räknas även vid behovsläkemedel? I så fall – hur ofta ska de användas för att räknas in? När räknar man till fem? Innan eller efter man gjort en förenklad läkemedelsgenomgång?

Ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling – Vad menas? Hur långt ska man sträcka sig? För att göra en sådan värdering krävs en stor arbetsinsats. Här krävs tydlig avgränsning, som rimligen bör begränsa sig till sådant som kan bedömas utifrån läkemedelslistan, till exempel D-interaktioner och dubbelanvändning av läkemedel för samma diagnos/symtom, vid enkel läkemedelsgenomgång.

Vårdnivå – Begreppet bör för tydlighets skull definieras. Är eget boende utan omsorgs- eller sjukvårdsinsatser en annan vårdnivå jämfört med eget boende med hemtjänst och/eller hemsjukvård?

Sammanfattning

SLS anser att vägledningen måste omarbetas för ökad stringens och anpassning till sjukvården. Texten bör följa föreskrifternas formuleringar. Åtminstone en läkare och en sjuksköterska med erfarenhet från läkemedelsarbete i primärvård och kommun bör engageras i författandet, så att skrivningarna blir adekvata. Innan förslaget sänds på remiss bör hearingens deltagare ges möjlighet att komma med synpunkter på texten.

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 15 maj 2012



Peter Friberg
Ordförande

Bo Carlberg
Ordförande, Kommittén för
Läkemedelsfrågor