

Enskild motion

Motion till riksdagen 2017/18:1764

av **Finn Bengtsson (M)**

Stöd för geriatrisk farmakologi

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utbildning och forskning i geriatrisk klinisk farmakologi och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Personer som är äldre än 75 år utgör den största patientgruppen i hälso- och sjukvården. Läkemedelsbehandling är den vanligaste medicinska åtgärden bland de äldre. Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Minst en fjärdedel av vår totala läkemedelskonsumtion ordineras till dem som är äldre än 75 år. Samhällets kostnad för läkemedel överstiger 20 miljarder kronor, det vill säga att läkemedelsnotan för dem som är över 75 år överstiger 5 miljarder kronor av vår gemensamma budget. Då såväl den åldrande delen av befolkningen som läkemedelskostnaderna i samhället i sig ökar, är uppskattningen att budgetandelen för läkemedel till de äldre kommer att öka exponentiellt framöver. Är detta då ett problem eller en fördel? Ja, en fördel är det otvetydigt om rätt läkemedel ges till rätt patient på rätt indikation, i rätt dos och under rätt tidsrymd med korrekt utvärdering och uppföljning av resultatet. Tyvärr så ser den kliniska verkligheten långt ifrån så ut i dag, trots att mycket kunskap om optimal användning av läkemedel finns att få men som inte når ut till vården där denna möter patienterna. Tyvärr är det oftast den äldre patientgruppen som drabbas värst av sådan felaktig läkemedelsanvändning, dels för att

de äldre allmänt sett är skörare än yngre och har större risk för att reagera negativt på läkemedel, dels för att äldre jämfört med yngre oftare har fler krämpor och att sammanblandning av flera läkemedel samtidigt därför är ett vanligare fenomen i den äldre än den yngre patientgruppen. Ökad användning av läkemedel i äldregruppen utgör därför ett potentiellt stort samhällsproblem, åtminstone om inte utbildnings- och forskningsinsatserna i läkemedelslära av särskild relevans för äldregruppen patienter kraftigt ökas så att nyttan och säkerheten med användning av såväl gamla som nya läkemedel till äldrebefolkningen bättre kan tillgodoses.

Problemanalys

Läkemedel registreras för användning om nyttan överväger riskerna. Nyttan eller riskrelationen ändras med åldern. Den skiljer sig från medelålders och yngre när det gäller tolerans för läkemedelseffekter och biverkningar. Under ett så kallat fysiologiskt åldrande, det vill säga att man åldras på ett förväntat, adekvat sätt utan tillstötande av speciella sjukdomstillstånd, förändras kroppens och själens förutsättningar för hur läkemedel kan påverka. Denna förändring består både i hur omhändertagandet av läkemedel förändras i kroppen, som vanligen innebär en försämrad avgiftningsfunktion för att få läkemedel att försvinna ut ur kroppen, och i hur kroppens olika vävnader reagerar på läkemedel. För det sistnämnda handlar det vanligen om att den äldres vävnader är betydligt känsligare för läkemedelssubstansers effekter och därmed också dessas biverkningar. Vid sidan av denna generalisering av hur läkemedel påverkar de äldre, vet vi att det finns skillnader mellan könen och även en mycket stor individuell variation i hur en person påverkas av ett läkemedel.

Sammantaget måste därför läkemedelsbehandling av äldre anpassas på ett mycket omsorgsfullt sätt med noggrann individuell anpassning och uppföljning om maximal nytta och säkerhet i läkemedelshantering ska garanteras de äldre. Tyvärr kan det trots denna större känslighet och individualitet för läkemedelsreaktioner bland de äldre konstateras att de kliniska studier som ska ligga till grund för så kallade evidensbaserade effektivitets- och säkerhetsbedömningar av läkemedel vanligen har utförts i tillräcklig omfattning endast på ett medelålders och yngre patientklientel. Detta gör att man med rättvisa kan säga att evidensbaserad medicinsk kunskap om anpassningen av läkemedel till äldres behov inte på långa vägar är tillfredsställande, vare sig när det gäller forskningen på området eller för kunskapsförmedlingen till

sjukvården om de fakta på temat äldre och läkemedel som trots allt finns och gäller i dag.

En samlad satsning på läkemedelsforskning inriktad mot den äldre befolkningen och en därtill hörande utbildningssatsning inom sjukvården i ämnet geriatrisk klinisk farmakologi (= läkemedelslära för äldre) är därför synnerligen motiverad. Vi anser med denna motion att riksdagen bör ge regeringen detta till känna.

Sammedicinering

Läkemedelsbiverkningar är tyvärr en vanlig, alltför vanlig, orsak till sjukhusvård av äldre. Men risken för onödiga biverkningar, som för äldre ofta föranleder kostsam sjukhusvård vilken borde ha kunnat undvikas, relaterar inte bara till att för hög dosering ofta föreligger. Risken ökar dramatiskt vid ökad grad av så kallad polyfarmaci (sammedicinering där 2 eller fler läkemedel ges samtidigt). Siffror som i detta sammanhang förskräcker för äldreklientelet är att ungefär 55 000 personer över 80 år i dag har fler än tio läkemedel. Förhållandet med en så vanligt förekommande sammedicinering innebär att varje äldre människa som sammedicinerar med fler än två läkemedel kan sägas utgöra en unik, egen försöksperson där, i praktiken, ingen samlad kunskap finns att stödja sig på för effekterna, biverkningarna och därmed riskerna med denna behandling hos individen i fråga. Varje gång en medicin blandas med en annan uppstår möjlighet till både oväntade och farliga reaktioner genom att medlen kan verka som förstärkare av varandra eller motverka varandras verkningar. Detta kan gälla hur de antingen omhändertas i kroppen eller påverkar kroppens vävnader eller både och. För varje nytt läkemedel som adderas till blandningen ökar denna möjlighet till oförutsägbara reaktioner på ett kraftigt och, just, oförutsägbart sätt i det enskilda fallet.

I en stor engelsk studie på över 18 000 äldre 2004 fann man att hela 95 % av läkemedelsbiverkningar som orsakat sjukhusvård hade kunnat undvikas om en mer korrekt och individanpassad dosering hade förelegat. I fyra svenska studier nu under 2000-talet dras slutsatserna att 1) samma förhållande med onödiga inläggningar av äldre på sjukhus på grund av felaktig medicinering gäller i vårt land, och 2) både antalet inläggningar av äldre av denna orsak och sammedicinering av flera mediciner hade ökat markant jämfört med situationen på 1970-talet. Då hade sjukhusvårdade äldre i genomsnitt 3,5 läkemedel, en siffra som ökat till ungefär 7 under 2000-talet. En under 2008 publicerad studie från Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge bekräftade att på 40 akut inlagda patienter som vårdades vid geriatrisk klinik och var mellan 72 och

100 års ålder ordinerades genomsnittligt vid inskrivningen 8 läkemedel, med en spridning av 0–22 läkemedel mellan patienterna. Hos 14 av 40 patienter (35 %) bedömdes läkemedelsbiverkning vara ensam eller bidragande orsak till inläggningen. Hos 19 av 40 patienter (47,5 %) konstaterades sammanlagt 26 kända läkemedelsinteraktioner (sammanblandningseffekter) som borde föranleda antingen dosjustering eller vara en kombination som borde undvikas. En annan rapport från 2008 (Dagens Nyheter den 10 september 2008) påvisar hur läkemedel avsedda för psykossjukdom i stället används som lugnande medel och sömnmedel på demenssjuka. Det är återigen ett exempel på hur fel det kan bli och vilka allvarliga konsekvenser en annan typ av brist på läkemedelskunskap för äldregruppen kan få. Effekten av sådan medicin är inte enbart negativ utifrån att den felaktigt ordinerad onödigtvis passiviserar de äldre och är förknippad med en rad potentiellt allvarliga biverkningar, den kan de facto förvärra och påskynda demensutvecklingen i sig. En myndighetsrapport (Socialstyrelsens regionala avdelning i Jönköping) har också kunnat bekräfta att sådan kontraproduktiv utveckling av läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning till äldregruppen patienter inte tycks vara i avtagande, utan skrämmande nog verkar fortsätta att förvärras!

Under dessa premisser, och som dokumenterats vetenskapligt att gälla i dag, kan varken en effektiv eller en säker läkemedelsbehandling av äldre sägas föreligga i vårt land. Detta förhållande utgör därmed också ett klart brott mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner om en effektiv och säker vård. Konsekvenserna av att utbildning och forskning i geriatrisk klinisk farmakologi på detta sätt försumrats av både läkemedelsindustrin och vid universitet och högskolor har heller inte varit obekanta för oss. Att sammantaget drygt 10 % av alla akuta sjukhusinläggningar i vårt land kan tillskrivas olämplig läkemedelsanvändning och läkemedelsbiverkningar hos äldre ger en belastning på och kostnad för sjukvården som är onödig då den borde gå att förhindra med riktade utbildningssatsningar och fortsatta forskningssatsningar inom det geriatriska kliniska farmakologiska området. Detta är synnerligen välmotiverat då situationen i dag också medför ett helt omotiverat lidande med säkerligen även förtida dödsfall bland den alltmer åldrande svenska befolkningen. Vi vill därför med kraft att riksdagen ger regeringen detta till känna.

Förslag

Vi föreslår nu att den av riksdagen 2008 antagna forskningspropositionen kompletteras med en särskild översyn och inventering av behovet av specifika forskningssatsningar också inom det försummade området geriatrisk klinisk farmakologi. För riktade satsningar av utbildning i geriatrisk klinisk farmakologi kan detta omgående övervägas inom de budgetramar som finns avsatta för medicinsk grund- och vidareutbildning vid såväl universitet och högskolor som vid landstingen och Socialstyrelsen. Som läget är i dag sker ofta från läkarhåll ingen regelbunden översyn av äldres medicinering med hänvisning till tidsbrist, att man inte vågar röra medicinordinationer som gjorts av annan läkare samt att man vanligen inte törs sätta ut ett läkemedel om det väl blivit insatt av rädsla för oförutsägbara konsekvenser. Man vet heller inte hur man bäst ska genomföra en sådan översyn då det vanligen saknas rutiner och avsatta resurser för detta inom vården. Inte heller så kallade läkemedelsgenomgångar är lösningen på problemet. Det kan inte vara rimligt att det först accepteras att det inte sällan ordineras läkemedel till äldre på felaktiga grunder eller på felaktigt sätt, för att först därefter försöka rätta till detta genom att gå igenom vilka gjorda förskrivningar och ordinationer som ska rättas till. Målet måste vara att en ordination och förskrivning av ett läkemedel i alla fall ska vara så korrekt som möjligt från början. Då är det endast mera kunskap som är receptet för att lösa detta problem från grunden, och då kan konstateras att de båda ämnena geriatrik och klinisk farmakologi, som tillsammans ligger till grund för utvecklingen av geriatrisk klinisk farmakologi, båda är bristspecialiteter i svensk sjukvård i dag.

Därför bör allmänt grund- och vidareutbildningen av läkarna i ämnena geriatrik och klinisk farmakologi nu raskt öka i omfattning. För att stärka kvaliteten på en sådan satsning är det nödvändigt att samtidigt kraftsamla på forskningsinsatser för att utveckla ämnesområdet geriatrisk klinisk farmakologi vidare.

En likalydande motion behandlades av utskottet 2015/16:UbU17 där avslag yrkades med följande motivering:

”När det gäller motionsyrkanden om övergripande förslag till forskningssatsningar vill utskottet inte föregripa ställningstaganden om övergripande forskningsfrågor, prioriteringar och särskilda satsningar som den kommande forskningspolitiska propositionen, aviserad till hösten 2016, kommer att innehålla. När det gäller motionsyrkanden om forskningssatsningar på mindre, avgränsade områden kan utskottet konstatera att dessa inte är en fråga för riksdagen att besluta om. De forskningsfinansierande myndigheterna har till uppgift att i konkurrens mellan forskare och forskargrupper besluta om finansiering av forskning. Det är också möjligt för

lärosäten att själva initiera forskning inom dessa forskningsområden inom ramen för sina direkta forskningsanslag.”

Utskottet behandlade under förra riksmötet 2016/17 en likalydande motion och valde då att avslå denna.

Det kan då konstateras att det i forskningspropositionen för 2016/17 inte hade aviserats något särskilt stöd för forskning eller utbildning i geriatrisk farmakologi som denna motion önskade lyfta fram det nationella behovet av. Vidare avsåg motionen en tvingande nationell satsning för att komma tillrätta med det stora problem som felaktig läkemedelsbehandling av äldre idag förorsakar enskilda och samhället. Detta är därför en fråga som måste avgöras på nationell nivå av regeringen och inte de enskilda lärosätena. Av dessa anledningar yrkas i år ånyo på samma krav som tidigare i den föreliggande motionen.

Finn Bengtsson (M)