

Klinisk sjukvård för äldre kräver individualisering

STORA RISKER MED RIKTLINJER UTFORMADE FÖR ENSKILDA SJUKDOMAR VID HANDLÄGGNING AV MULTISJUKA PERSONER

I **veckans nummer** av Läkartidningen skriver Katharina Schmidt-Mende, docent i allmänmedicin, och Karin Modig, docent i epidemiologi, en viktig artikel med titeln »Hjärtsviktsbehandling av multisjuka äldre» om risken med överbehandling av äldre personer. De beskriver en 90-årig multisjuk kvinna som själv klarar sina aktiviteter i dagliga livet (ADL), men som på grund av synnedsättning behöver hemsjukvård för hjälp med läkemedel och behandling av bensår.

Patienten drabbades av akut förmaksflimmer med kliniskt bedömd relativ hjärtsvikt (ingen ekokardiografi gjordes), vilket föranledde insättning av 5 nya läkemedel enligt gällande riktlinjer. Efter detta uppstod en rad kliniska problem med lågt blodtryck, försämrad njurfunktion samt konfusion som krävde inläggning på sjukhus. Efter justering av läkemedelsbehandlingen normaliserades patientens hälsotillstånd.

Här ges kommentarer till några av författarnas konklusioner när det gäller vårdens vanligaste patienter, det vill säga personer med kroniska hälsoproblem, där



Gunnar Akner,
docent i
geriatrik,
specialist i intern-
medicin och geriatrik,
Slite vårdcentral
● akner.gunnar@gmail.com

en stor del är multisjuka äldre [1].

»I denna patientgrupp måste varje symtom beaktas som en potentiell biverkning [till läkemedel] till dess att motsatsen är bevisad.«

Dessa patienter har ofta en rad olika symtom, och varje symtom kan ha flera olika orsaker. En central del av läkares kliniska arbete är differentialdiagnostisk analys, och där måste det alltid ingå bedömning av eventuellt avsedda positiva effekter och möjligheten av negativa effekter (biverkningar) av ett eller flera läkemedel. Denna analys kan inte hänskjutas till »årskontroller» eller »läkemedelsgenomgångar» utan bör vara en helt integrerad del av arbetet som läkare.

»Detta kräver både tid, engagemang och mod av behandlande läkare.«

Det finns ingen forskning kring hur lång tid läkare behöver för att kunna handlägga patienter med hög medicinsk kvalitet (lege artis). Utöver typen av hälsoproblem hos patienterna varierar detta sannolikt med läkarnas kunskaper, erfarenheter, personlighet (stenisk-astenisk) och ambitionsnivå. I Sverige ligger konsultationstiden för planerade besök hos läkare i primärvården på 15-20 minuter, lite längre för äldre personer med multipla kroniska hälsoproblem. Denna korta tid gör det svårt att hinna genomföra integrerad differentialdiagnostik för vårdens vanligaste patienter.

»... ansvaret för utsättning [av läkemedel] är oklart.«

Detta ansvar är formellt oreglerat, men bör i praktiken primärt ligga på patientens ordinarie läkare i primärvården. Dilemmat är att läkare i primärvården ofta arbetar deltid och att många läkartjänster bemannas med vikarier och stafettläkare. Detta gör att patienterna ofta träffar olika läkare (diskontinuitet) med olika arbets sätt enligt ovan, vilket i kombination med

sjukvårdens olämpligt utformade kronologiska dagboksjournaler kraftigt försvårar och motverkar en regelbunden, kritisk uppföljning av effekter av ordinerade läkemedel över tid. På sjukhus sätter ansvariga läkare ut läkemedel som bedöms ha negativ effekt för det aktuella akuta hälsotillståndet, men det är olämpligt, och i regel omöjligt, att utföra integrerad analys av en samlad kronisk läkemedelsbehandling i samband med akut vård på sjukhus eller vid besök på en specialistklinik.

»Trots det bristande underlaget behandlas allt fler äldre personer med fler läkemedel.«

»... evidens för behandlingseffekten saknas för många läkemedel i denna patientgrupp.«

För dessa patienter är det vetenskapliga underlaget när det gäller behandling begränsat och i många fall obefintligt. I de fall det finns vetenskapligt underlag är NNT (number needed to treat), som visar hur många personer som måste behandlas under en viss tid för att en person ska få en viss behandlingseffekt, nästan aldrig 1 utan ligger ofta på 10-50 - se till exempel en färsk sammanfattning från Janusinfo angående NNT för SGLT2-hämmare vid diabetes mellitus typ 2, hjärtkärl- eller njursjukdom [2]. I många fall är NNT ännu högre. Denna begränsade behandlingseffekt gäller enskilda läkemedel. För behandling med kombinationer av olika läkemedel (polyfarmaci) finns nästan inga vetenskapliga studier, varför NNT är oklart. Dessutom är risken för biverkningar betydligt högre. I sådana fall får den kliniska handläggningen baseras på läkarens personliga kliniska erfarenhet och bedömning.

Trots det bristande underlaget behand-

HUVUDBUDSKAP

- Det föreligger en omfattande polyfarmaci hos äldre personer och den har ökat särskilt i åldersgruppen 75-89 år.
- Analys av effekter av läkemedel över tid är en central del av arbetet som läkare och kan inte hänskjutas till »årskontroller» eller »läkemedelsgenomgångar».
- Klinisk sjukvård för äldre personer kräver individualisering och kan inte standardiseras.
- Det finns stora risker att följa riktlinjer och rekommendationer för enskilda sjukdomar vid handläggning av vårdens vanligaste patienter, det vill säga personer med kroniska hälsoproblem, där en stor del är multisjuka äldre.



Foto: Mostphotos

Analys av effekter av läkemedel över tid är en central del av arbetet som läkare och kan inte hänskjutas till »årskontroller« eller »läkemedelsgenomgångar«.

las allt fler äldre personer med fler läkemedel. En färsk svensk studie visade att förekomsten av polyfarmaci (definierad som behandling med 5 eller fler samtidiga läkemedel) hos personer 65 år och äldre ökade från 28,6 till 32,8 procent under 14-årsperioden 2006 till 2020 [3]. Ökningen var särskilt stor för åldersgruppen 75–89 år, där det vetenskapliga underlaget för behandling med läkemedel är särskilt svagt.

»Gunillas konfusion hade antagligen kunnat förebyggas genom att låta bli att följa behandlingsriktlinjer för hjärtsvikt i sin helhet.«

Sedan en längre tid pågår ett omfattande arbete av ledande organ inom sjukvården med att »styra« handläggning, inklusive behandling av patienter. Som exempel kan nämnas att Socialstyrelsen har tagit fram 26 nationella riktlinjer [4] och att Nationellt system för kunskapsstyrning, under ledning av Sveriges Kommuner och regioner (SKR), har tagit fram 30 kunskapsstöd [5]. Till detta kommer många lokala rekommendationer och »projekt« av olika slag i regioner och kommuner.

Många organ och personer som »styr« sjukvården talar om »produktion av vård« och verkar se sjukvården som likvärdig med industriproduktion som kan standardiseras. Socialstyrelsen har lagt fram en rapport som talar om »produktionsstyrning« och »balanserade produktionsplaner« [6]. Nationellt system för kunskapsstyrning har infört »standardiserade vårdförlopp« vid cancer [7] och »personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp« inom andra sjukdomsområden [8].

Internationellt finns motsvarande planer. Den internationella organisationen

ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) med säte i Boston, USA, har ambitionen att sjukvård ska »styras« via standardisering av både det kliniska arbetet och valet av resultatmått [9, 10]. Hittills har ICHOM publicerat 46 sådana uppsättningar av resultatmått, eller »sets«, varav ett avser »older person« (!).

Standardisering av sjukvård strider mot den grundläggande medicinska principen att klinisk sjukvård kräver en hög grad av individualisering, det vill säga motsatsen till standardisering. Denna individualisering blir allt viktigare ju flera hälsoproblem och behandlingar en person har och är således avgörande vid handläggning av vårdens vanligaste patienter.

Det blir därför problem om kvalitet i sjukvården värderas/mäts med processindikatorer som antalet »producerade

»Vad är skälet till den långa utbildningen om läkarna ändå måste »styras« i sitt kliniska arbete?»

enheter« (patienter) eller i vilken grad enstaka sjukdomar behandlas enligt rekommendationer, när vårdens vanligaste patienter har flera samtidiga sjukdomar.

Läkarutbildningen är en av de längsta universitetsutbildningarna i Sverige, och det tar minst 12 år att bli specialist inom ett område. Många läkare har två eller flera specialiteter, och en del är dessutom

forskarutbildade. Utgångspunkten måste rimligen vara att dessa välutbildade personer kan sitt jobb och klarar att arbeta självständigt med hög kvalitet utan »styrning«. Vad är skälet till den långa utbildningen om läkarna ändå måste »styras« i sitt kliniska arbete?

Ovan beskrivna »styrning« har kvalitet, rättvisa och jämlik vård i fokus, och rekommendationer brukar omgärdas av tal om individualisering. Men i takt med det allt snabbare tempot i sjukvården, med tillhörande korta konsultations-/vårdtider och oro för att göra fel, finns betydande risk att läkare och vårdpersonal i allt högre grad kommer att följa riktlinjer och rekommendationer. Detta medför ofta överbehandling av patienter med åtföljande polyfarmaci och stora risker för både interaktioner och biverkningar, vilket bryter mot läkekonstens faders, Hippokrates, etiska princip att »aldrig skada«. Riskscenariot illustreras tydligt av det aktuella patientfallet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:25122

REFERENSER

1. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition – multimorbidity. JAMA. 2012;307(23):2493–4. Erratum: 2012;308(3):238.
2. Janusinfo, Region Stockholm. SGLT2-hämmare vid diabetes mellitus typ 2, hjärt- kärl- eller njursjukdom. 16 feb 2025 [uppdaterat 12 feb 2025]. <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlåtanden/endokrinasjukdomar/endokrinasjukdomar/sglt2hammareviddiabetesmellitustyp2hjarstkartlelernjursjukdom.5.797b37df1779adfa69312c1.html>
3. Miao TT, Ericsson M, Wastesson JW. The prevalence of polypharmacy and the contribution of age, period, and cohort effects in Sweden from 2006 to 2020. Health Sci Rep. 2025;8(5):e70778.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/>
5. Sveriges Kommuner och regioner (SKR). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Kunskapsstöd. [https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod.44268.html](https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod.44268.html)
6. Socialstyrelsen. Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning. 7 mar 2025 [uppdaterat 21 mar 2025]. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso-och-sjukvarden/stod-for-produktions-och-kapacitetsstyrning/>
7. Regionala cancercentrum i samverkan. Standardiserade vårdförlopp i cancer vården (SVF). 27 aug 2025. <https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/vardforloppsvf.720.html>
8. Sveriges Kommuner och regioner (SKR). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. 15 okt 2025. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/omvarakunskapsstod/personcentreradeochsammanhallnavardforlopp.55829.html>
9. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Sets of patient-centered outcome measures. <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>
10. Benning L, Das-Gupta Z, Sousa Fialho L, et al. Balancing adaptability and standardisation: insights from 27 routinely implemented ICHOM standard sets. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1424.