

Sämre hälsa och risk för återfall när patient och läkare är oense om medicineringen

Forskningen har visat att endast halvparten av patienterna tar de läkemedel som ordineras vid mer långvariga tillstånd. Detta gäller hela scenariot från somatiska till psykiatriska tillstånd. Läkaren menar att försummelse vad avser hans rekommendationer betyder sämre hälsa. Patienten anser sig veta bäst. Denna bristande samverkan leder till att avsett optimalt hälsomål inte nås och till att onödiga kostnader belastar sjukvården.

SVEN JONAS DENCKER
professor, Göteborg
(031-163230@comhem.se)

II Hur skulle vi kunna nå en bättre samverkan mellan olika aktörer när det gäller läkemedelsordination? Det är uppenbart att hela situationen omkring användningen av läkemedel måste granskas. Läkaren måste förstå det finlir som behövs från hans sida för att patienten skall förstå det fulla värdet av läkemedelsanvändningen. Internetinformationen har bidragit till vidgad kunskap om läkemedel. Det som presenteras är dock ofta ospecificerat, bristfälligt och inte målriktat. Sådan information kan till och med motarbeta syftet med informationen. Oavsedd motvilja hos patienten kan uppstå om läkarens klara och tydliga information om läkemedlet inte konfirmeras av apotekspersonalens agerande vid utköpet. Det är därför viktigt att samverkan om läkemedelshandlingen utvidgas att omfatta samtliga medspelare.

Samverkan mellan läkare och patient blir än mer komplicerad när förskrivningen avser prevention och icke bot. Det finns studier som visar att inte bara patienter utan även vår personal många gånger har svårt att reda ut begreppen om eventuella terapeutiska vinster och risker vid behandlingen. Läkaren är också över huvud taget mer benägen att positivt värdera små terapeutiska vinster än vad patienten är. Riktlinjer för behandling blir riktigt användbara först när patientens preferenser och värderingar har undersökts och stadfästs.

Etiska och ekonomiska fördelar

Samverkan om läkemedelsbehandling innehåller såväl etiska som legala aspekter. Var går gränsen för läkarens plikt att inte förorsaka någon form av skada gentemot hans önskan att uppnå positiva resultat? Än svårare blir det när patienten

inte samarbetar vid samhällsfarlig sjukdom, som t ex tuberkulos. Barn och ungdom utgör en annan grupp med speciell problematik. Kan barn över huvud taget ta ansvar för sin medicinering? Det hävdas att samrådsregler för vuxna inte utan vidare gäller även för barn och ungdom.

Så vi frågar oss: Hur gå vidare i samrådsdiskussionen omkring läkemedel? Rådgivning, och gärna skriftliga riktlinjer, behöver utvecklas. Här bör inte bara det initiala uttagandet av läkemedlet diskuteras utan också processen under hela den fortsatta förskrivningsperioden. Interaktionen mellan läkemedlet och annan terapeutisk åtgärd bör analyseras och diskuteras. De praktiska detaljerna omkring olika intressenters agerande, från läkare och patient till apotek, myndighet och varför inte också läkemedelsföretag, bör ingå i riktlinjerna.

Synpunkter med önskemål om mer kunskap kring hela förskrivningsperioden och att sådan kunskap skulle resultera i praktiska instrument har framförts i en ledare i BMJ [1].

Ordinationsföljsamhet vid schizofreni

I en studie från Dublin testades hypotesen att träning av ordinationsföljsamhet skulle förbättra det terapeutiska utfallet vid schizofreni [2]. Val av fall, randomisering, resultatvärdering och användning av en oberoende värderare talar för god kvalitet. Men en snedvridning av resultatet kan tänkas då endast 56 av 94 konsekutiva patienter ställde upp på studien. Resultatredovisningen omfattade bedömning av ordinationsföljsamhet, attityd till behandling, insikt, symptomatologi, global funktionsförmåga och livskvalitet.

Behandlingen bestod av fem sessioner om 30–60 minuter under ett år. Kontrollgruppen erhöll vad som benämndes »icke specifik rådgivning«. Grupperna skiljde sig inte åt efter vare sig ett eller två års uppföljning beträffande dagar på

sjukhus, antalet sjukhusinläggningar och de ovan angivna parametrarna.

Studier av denna typ är viktiga att ta till sig. Bristande följsamhet hos patienten att följa råden om medicinering är en viktig orsak till återfall, vilket i sin tur kan försämra prognosen också på sikt. Detta gör att rådgivning kan få utslagsgivande betydelse för det totala terapeutiska resultatet.

Det behöver inte vara krångligt

Rådgivningen i kontrollgruppen kanske var tillräcklig för att åstadkomma ordinationsföljsamhet. Andra studier med andra patientgrupper har visat att en kvalificerad persons möte med patienten kan vara av samma värde som ett sofistikerat samtal. Det har också inom forskningen varit svårt att påvisa specifika psykoterapeutiska vinster. Redan det positiva bemötandet av en patient har kanske en avgörande terapeutisk betydelse. Vidare kan spekuleras i att sedvanlig »rådgivning«, där patienten på ett icke krävande sätt får ställa frågor, gör bättre nytta än ett, kanske för patienten mer krävande samtal som leds av den kvalificerade terapeuten. De goda erfarenheterna av just kognitiv psykoterapi skulle kunna tala för detta. En särskild fråga inställer sig: Var inte sessionen för kort för att vinsten med en mer kvalificerad och förmodligen komplicerad samtalssituation fullt ut skulle kunna nås?

Därför innebär de aktuella resultaten kanske inte något misslyckande. Självklart skall de svårast sjuka psykiatriska patienterna, nämligen de med schizofreni, också fortsatt erhålla samtalsbehandling. Det sker också runt om i Sverige på de kliniker som inte har avrustats. Samtalstekniken skall vara anpassad till patientens speciella behov, utan stressmoment, och får då karaktär av rådgivning. Därför kan resultaten i den aktuella studien vändas till något positivt. Krångligare än så här behöver det inte vara.

Utbrett missnöje med medicineringen

I en longitudinell studie från Skottland av medelålders öppenvårdspatienter med multipla och svåra sjukdomar undersöktes via strukturerade intervjuer sjukdom, symtom, livskvalitet, behov av samhällstjänster och hur de manövrerade sin sjukdomssituation med fokus på upplevelsen av läkemedelssituationen [3]. Läkemedel upptog en central plats i deltagarnas liv. På grund av den kompli-

cerade sjukdomsbilden blev medicineringen komplex och många gånger krävande och restriktiv. För de flesta innebär dock medicineringen ingen allvarlig störning i deras liv.

Alla patienterna i denna studie uttryckte någon form av missnöje med medicineringen. Läkemedelsbehandlingen bedömdes som en sista utväg. Det kom i praktiken att innebära att dosen av läkemedlet skulle minimeras till förmån för alternativ som vila och att undvika vissa aktiviteter. Här hänvisades till en i vida kretsar spridd kulturell uppfattning att läkemedel skall användas så lite som möjligt. Andra negativa faktorer var rädsla för beroende, biverkningar, läkemedelsinteraktioner och att vara på sin vakt mot åsikter att läkemedlen var substitut för verkligt botande.

I några fall hade självreglering rekommenderats för att kontrollera variationer i symtomatologin. Det kunde emellertid leda till långa diskussioner med läkaren om tvetydigheter i behandlingsmönstret, alltså ett moraliskt dilemma. Läkemedlen kunde ibland också representera hälsa genom att förhindra försämring av den kroniska sjukdomen och minska känslan av att vara annorlunda. Det rörde sig ju här om förhållandevis unga personer med svåra sjukdomar. Detta kunde också få dem att markera sin sjukroll. Det komplexa läkemedelsprogrammet kunde vanligtvis vara svårt att dölja och kunde då ses som uttryck för dålig hälsa.

Patienten måste känna sig tillfreds

Jag tycker mig både känna igen och inte känna igen attityderna hos de skotska patienterna. Patienter med oviss långtidsprognos, som hesiterar inför medicinering och föreskrifter om livsstil, förbryllar. Ett läkemedel som tar bort symptom eller hindrar utvecklingen av sjukdom borde kunna accepteras utan reservationer. Ett bra larm har slagits i BMJ om läkemedelsbehandlingsens bristfäll-



ILLUSTRATION: HELENA LUNDING

Läkaren måste förstå det finlir som behövs från hans sida för att patienten skall förstå det fulla värdet av läkemedelsanvändningen.

ligheter vid mer långvariga sjukdomstillstånd. Det måste leda till förbättringar inom kliniken. Som visats i artikeln av O'Donnell och medarbetare behöver det samtalsmässiga innehållet inte göras så sofistikerat [2].

Vi måste göra klart för oss att det finns såväl ambivalens som oro hos patienten inför medicinering. Förmodligen är läkemedelsordinationen i just sådana fall inte tillräckligt genomdiskuterad. Inte bara en initial information skall vara en självklarhet utan också en fortsatt diskussion om attityder, inklusive reservationer och alternativa strategier. Det bör

vara ett självklart önskemål att patienten skall känna sig tillfreds och trygg med sina läkemedel.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Jones G. Prescribing and taking medicines. *BMJ*. 2003;327(7419):819.
2. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Mignone M, Harries R, et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ*. 2003;327(7419):834-6.
3. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ*. 2003;327(7419):837-9.

ESKILSTUNA

176 x 60