

Multisjuklighet är mer regel än undantag

Men forskningen har inte hängtt med i dagens vårdverklighet



GÖRAN NILSSON, professor,
Centrum för klinisk forskning,
Centrallasarettet, Västerås
goran.nilsson@ltv.se

Fru X är en typisk patient på vårdcentralen. Hon har sedan några år diabetes typ 2 och ska nu kontrolleras för denna sin sjukdom. Men det är inte bara diabetes som är problemet. Med 20 procents sannolikhet har hon en annan kronisk sjukdom, med 19 procents sannolikhet två andra kroniska sjukdomar, och med hela 47 procents sannolikhet har hon tre eller flera andra kroniska sjukdomar.

Detta om man får tro Barnett et al [1], som nyligen rapporterat en tvärsnittsstudie om förekomsten av multisjuklighet hos 1,75 miljoner patienter registrerade vid 314 skotska primärvårdsmottagningar. Procenttalen ovan är hämtade från webbappen-dix till den refererade artikeln. Andelen kvinnor var 51 procent, och andelen patienter >65 år var 18 procent.

Multisjuklighet definierades som två eller flera sjukdomar från en lista med 40 vanliga kroniska sjukdomar – tex astma, Parkinsons sjukdom eller förmaksflimmer – och förekom hos 23 procent av det totala antalet patienter vid de skotska primärvårdsmottagningarna och hos mer än hälften av patienterna med kronisk sjukdom vid dessa mottagningar.

Multisjuklighet kräver mer sjukvård

Multisjuklighet är föga förvånande förenad med sämre livskvalitet, tätare läkarbesök, mer sjukhusvård, fler läkemedel, mera depression och högre sjukvårdskostnader än vad man finner bland patienter med endast en sjukdom [2, 3].

Multisjuklighet ökar visserligen kraftigt med åldern, men antalet multisjuka var trots detta i absoluta tal något större

bland personer under än över 65 år [1]. Andelen multisjuka var högre bland kvinnor än bland män [1].

Fokus i forskningen

Forskningen om multisjukdom måste förstärkas, enligt en färsk Cochrane-undersökning [4]. Det är viktigt att behandlingen inte grundar sig bara på extrapoleringar av forskningsresultat från patienter som inte är multisjuka, ungefär som kvinnor tidigare i stor utsträckning behandlades enligt rekommendationer grundade på från män extrapolerade forskningsresultat.

»Multisjuklighet är föga förvånande förenad med sämre livskvalitet, tätare läkarbesök, mer sjukhusvård, fler läkemedel, mera depression ...«

I denna situation var det riktigt med en avgränsad forskningsinsats på just kvinnor. Den amerikanska Women's Health Initiative-undersökningen (WHI), som innefattade stora forskningsprojekt på enbart kvinnor, är exempel på detta.

Analogt med de överväganden som låg till grund för WHI vore det värdefullt med en forskningsinsats fokuserad på multisjuklighet, tex hypertoni-behandling hos

multisjuka patienter.

Rekommendationer för multisjuka patienters vård härstammar nämligen ofta från riktlinjer utarbetade av kommittéer dominerade av specialister på en sjukdom, vilka huvudsakligen sysslat med forskning på selekterade patienter med en enskild sjukdom [4]. Riktlinjerna kommer därför i huvudsak att grundas på studier av patientkohorter i vilka multisjuka [3, 5] liksom äldre patienter [6] är kraftigt underrepresenterade.

Separata riktlinjer får konsekvenser

Det behövs alltså studier som lagts upp



En patient med flera samtidiga kroniska sjukdomar behöver en doktor med övergripande ansvar – ett »medicinskt hem« där vården koordineras av lämplig läkare.

Foto: Colourbox

på olika sätt. För att undersöka om ett läkemedel över huvud taget har effekt på en sjukdom är det vettigt att studera patienter med bara denna sjukdom. Det är dock ingalunda säkert att resultaten från sådana studier gäller för multisjuka patienter.

Med andra ord: Den »efficacy« som konstateras under optimala förhållanden med en avgränsad sjukdom garanterar inte »effectiveness« i ett bredare

SAMMANFATTAT

Det är mer regel än undantag att en patient som kontrolleras på vårdcentral för en kronisk sjukdom också har en eller flera andra behandlingskrävande kroniska sjukdomar.

Klinisk forskning är alltför fokuserad på en sjukdom och därmed dåligt anpassad till multisjukligheten i den kliniska verkligheten.

Multisjuklighet har starkt samband med utsatt socioekonomisk situation.

kliniskt sammanhang med många multisjuka och äldre patienter.

Därför behövs kompletterande studier på de multisjuka, som ju i den kliniska verkligheten ofta utgör en stor grupp av de medicinerade.

Boyd et al [7] har undersökt de sammanlagda konsekvenserna av rekommendationerna i separata riktlinjer för vård av nio i primärvården vanliga kroniska sjukdomar (hypertoni, kronisk hjärtsvikt, angina pectoris, förmaksflimmer, hyperkolesterolemi, diabetes, osteoartrit, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och osteoporos).

Fem av dessa riktlinjer behandlade över huvud taget inte det viktiga problemet med multisjuklighet hos äldre. De aggregerade rekommendationerna från dessa separata riktlinjer resulterade i en mycket omfattande läkemedelsbehandling.

För tex en 79-årig kvinna med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, diabetes, osteoporos, hypertoni och degenerativ ledsjukdom (osteoartrit) innebar de sammanlagda rekommendationerna 12 olika läkemedel till en kostnad av 3000 kronor per månad samt en komplicerad icke-farmakologisk regim.

Svårt analysera läkemedelsbiverkning

Analys av läkemedelsbiverkningar är inte lätt i denna situation. Antag att patienten har ett vanligt symptom som illamående. Biverkning av medicin misstänks. Vilket av de 12 läkemedlen ska sätas ut? Det totala läkemedelsintaget är ju uppenbart orimligt och måste reduceras. Men detta bryter alltid mot någon av rekommendationerna i riktlinjerna.

Vill det sig riktigt illa avlider den gamla damen i anslutning till utsättning av ett läkemedel, och en besvärlig diskussion kan uppkomma om utsättningen av det rekommenderade läkemedlet orsakade dödsfallet.

Sådana problem illustrerar vikten av ett förtroendefullt förhållande mellan patient, anhöriga och läkare med god kontinuitet.

En doktor med övergripande ansvar

Det är inte förvånande om särskilt all-

mänläkarna känner sig pressade av situationen. Richard Fuchs ger i en av sina humorböcker råd till patienterna om hur de ska undvika att irritera doktorn. Särdeles viktigt är att ta upp endast en och helst en inte alltför trivial sjukdom. Många symptom och sjukdomar irriterar doktorn, som tycker det hela blir för rörigt.

Det må vara så, men den multisjuka behöver verkligen en doktor med övergripande ansvar. Den ansvarige läkaren kan ha olika specialiteter, och primärvården ska rimligen inte behöva ta hand om allt. Om tex parkinsonism är huvudproblemet, kan det tyckas naturligt att neurologen har det övergripande ansvaret. Frågan är dock om hon i praktiken kan få att ta ansvar för att det fungerar med behandlingen av tex förmaksflimmer och hypertoni.

Sköra äldre personer med multisjuklighet kan med fördel tas om hand av geriatriker. I huvudsak faller dock ansvaret på allmänläkarna, som ju utgör ryggraden i sjukvårdssystemet. Ekonomisk ersättning måste utformas så att det lönar sig för allmänläkarna att ta ansvar för många multisjuka patienter.

Vården av de multisjuka får inte fragmenteras med olika specialistmottagningar, tex diabetes- och hypertoni-mottagningar. Patienten behöver ett »medicinskt hem«, där vården koordineras av lämplig läkare.

Läkare i Danderyd och Rinkeby

Låg utbildnings- och inkomstnivå i upptagningsområdet är starkt korrelerad med hög andel multisjuka patienter. I den ovan nämnda skotska undersökningen [1] var tex andelen multisjuka bland 30-åriga män boende i de 10 procent av områdena som hade svagast socioekonomi densamma som bland 45-åriga män i de 10 procenten med starkast socioekonomi. Kombinationen kroppslig och mental sjukdom var speciellt vanlig i de socioekonomiskt mest utsatta områdena.

Dessa skillnader är viktiga att notera. De berör själva grunden för ett mänskligt och gott samhälle. Snålt ekonomiskt budgeterade vårdcentraler i

socioekonomiskt utsatta områden har ofta problem att rekrytera fasta läkare. Vi riskerar ett samhälle där behovet av vård står i omvänt förhållande till tillgången.

Ett manande exempel kan vara den för 100 år sedan verksamme läkaren Axel Munthe, bördig från Vimmerby, berömd för sin bäsäljare »Boken om San Michele«. Han växlade mellan att vara societetsläkare i Paris och fattigläkare i Neapel.

Varför inte dela sin läkartjänstgöring mellan Danderyd och Rinkeby? Det ger säkert en god människokunskap, möjlighet till intressanta jämförelser och rika perspektiv på livet.

Sympatisk läkare önskas till fru X

Låt oss återgå till den inledningsvis omnämnda fru X med diabetes och flera andra sjukdomar. Vi önskar henne en välfungerande vårdcentral med en sympatisk och fast anställd läkare, som tar ett övergripande och långsiktigt ansvar för hennes medicinska problem.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
2. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, et al. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e2505.
3. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;4:CD006560.
4. Konrat C, Boutron I, Trinquart L, et al. Underrepresentation of elderly people in randomised controlled trials. The example of trials of 4 widely prescribed drugs. *PLoS One*. 2012;7(3):e33559.
5. Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-24.

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Kontakta Michael Wilczek, tf medicinsk redaktionschef: michael.wilczek@lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen