

Kunnskapen om riktig legemiddelbehandling av barn og eldre er ufullstendig. Vil bruk av kliniske farmasøyer, måling av legemiddelrelaterte problemer og satsing på kliniske studier være til hjelp?

Legemiddelhåndtering hos barn og eldre

I dette nummer av Tidsskriftet er det tre artikler som på ulikt vis omhandler legemiddelhåndtering. Kersten og medarbeidere (1) har studert sykehjem ved hjelp av kvalitetsindikatorer som registrering av legemiddelrelaterte problemer og antikolinerg medikamentell belastning. Kjeldby og medarbeidere (2) har tatt for seg nytten av kliniske farmasøyer i en barneavdeling. Studiene har begrensede materialer, men berører viktige spørsmål. Kalikstad (3) drøfter en ny EU-lov som skal bidra til bedre medikamentell behandling av barn.

Barn og eldre er pasientgrupper med økt risiko for feilaktig legemiddelbruk. Barn er en heterogen pasientgruppe når det gjelder utvikling og modning, og behandling av premature representerer en spesiell utfordring. Eldre har nedsatt organfunksjon, flere sykdommer og bruker mange legemidler samtidig.

Det har vært vanskelig å fastslå omfanget av feilaktig legemiddelbruk – på grunn av manglende metodologisk standardisering og publiseringsskjevhet. Kvalitetsindikatorer for håndtering av legemidler i helsevesenet blir i økende grad omtalt i litteraturen. Et legemiddelrelatert problem er en hendelse eller et forhold i forbindelse med legemiddelterapien som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt. Hendelser og forhold blir ved bruk av denne kvalitetsindikatoren systematisk klassifisert (type problem) og gradert (alvorlighetsgrad). Legemiddelrelaterte problemer er uttrykk for en teoretisk risiko, og innebærer ikke nødvendigvis negative helseeffekter. Indikatoren er beslektet med Medication Appropriateness Index (4). Begrensninger ved slike indikatorer er manglende dokumentasjon av klinisk betydning. Kjeldby og medarbeidere (2) viser at antibiotika er en legemiddelgruppe med hyppige intervensjoner som følge av legemiddelrelaterte problemer. I en norsk studie fant man tilsvarende ved indremedisinske avdelinger ved fire sykehus (5). Bruk av antibiotika utgjør en stor del av legemiddelkostnadene i sykehus og er forbundet med risiko for resistens. Det er potensial for forbedring ved bruk av verktøy som legemiddelrelaterte problemer. Sett i lys av at legemidler sjelden er laget i doser eller formuleringer beregnet på barn, viser Kjeldby og medarbeidere (2) også at det her er et potensial for kostnadsbesparelse. Deres erfaringer bør formidles til landets barneavdelinger.

Behov for justering av dose og manglende laboratiemessig monitorering er hyppige legemiddelrelaterte problemer. Justering av dose bør baseres på kunnskap om individualisering av legemiddelbehandling. Monitorering krever samarbeid med ansvarlig lege på laboratoriet, som har kjennskap til aksjonsgrenser, analytisk og biologisk variasjon og hva som skal til for at to påfølgende prøvesvar skal være signifikant forskjellige.

Høyere legedekning, undervisning av helsepersonell, systematisk gjennomgang av pasienters totale legemiddelbruk og anbefalinger fra legemiddeleksperter når det gjelder enkelttilfeller er faktorer som kan bedre legemiddelhåndteringen. I en dansk studie fra allmennpraksis (6) fant man at en kombinasjon av interaktiv undervisning og råd fra kliniske farmakologer og farmasøyer i enkelttilfeller førte til bedre forskrivning hos eldre med polyfarmasi, målt med Medication Appropriateness Index, i forhold til interaktiv undervisning alene. Kostnadsbesparelsen ble ikke målt, men forfatterne påpeker at rådgivning er mer ressurskrevende enn undervis-

ning. De etterlyser flere studier der man sammenlikner ulike metoder for å påvirke legemiddelhåndteringen (6).

En ny EU-lov skal bidra til bedre medikamentell behandling av barn. Selv om endring av lovverket er et steg i riktig retning, etterlyses et nasjonalt initiativ og strategisk satsing på kliniske studier (3). Disse synspunktene er det vanskelig å være uenig i, og de gjelder også for eldre. Støtte til produsentavhengig klinisk forskning på eksisterende legemidler til disse pasientgruppene er ønskelig. RELIS og Statens legemiddelverk satser på å øke spontanrapporteringen av bivirkninger hos barn gjennom en pågående kampanje (7). Spontanrapportering er melding av mistenkte eller sikre bivirkninger som blir oppdaget i vanlig klinisk praksis av helsepersonell (i Norge har leger og tannleger meldeplikt for visse bivirkninger). En masteroppgave fra Universitetet i Bergen viser at det har vært en jevn økning i antall meldinger angående barn i perioden 1998–2007 (8), men rapporteringen ligger fremdeles langt under ønsket nivå. Spontanrapporteringssystemet kan fange opp sjeldne bivirkninger, men kan ikke erstatte kliniske studier hvor man kan få systematiske data om vanlige klinisk relevante bivirkninger.

Kvalitetsindikatorer og intervensjoner ovenfor helsepersonell og helseinstitusjoner kan i økende grad brukes målrettet i utforming av offentlig finansierte kliniske forskningsprosjekter hos barn og eldre. Måling av legemiddelrelaterte problemer kan brukes til å formulere hypoteser som kan etterprøves klinisk. Prospektive kohortstudier har påvist helsegevinst ved seponering av legemidler med potensielt alvorlige bivirkninger hos eldre (9). Kliniske studier av nye legemidler til barn og eldre bør inkludere direkte sammenlikning med de legemidler som allerede finnes på markedet.

Jan Schjøtt

jasc@helse-bergen.no

Jan Schjøtt (f. 1956) er seksjonsoverlege i klinisk farmakologi ved Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland universitetssykehus, Bergen og leder for RELIS Vest.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kersten H, Ruths S, Wyller TB. Farmakoterapi i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1732–5.
2. Kjeldby C, Bjerre A, Refsum N. Klinisk farmasøyt i tverrfaglig gruppe på barneavdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1746–9.
3. Kalikstad B. Ny EU-lov – en bedring for norske barn? Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1770–2.
4. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol 1992; 45: 1045–51.
5. Blix HS, Viktil KK, Moger TA et al. Risk of drug-related problems for various antibiotics in hospital: assessment by use of a novel method. Pharmacoeconom Drug Saf 2008; 17: 834–41.
6. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB et al. Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. Eur J Clin Pharmacol 2009; 65: 199–207.
7. Nytt om legemidler. Fokus på melding av bivirkninger hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2813.
8. Hauge CP. Spontanrapportering av bivirkninger hos barn i Norge for perioden 1998–2007. Masteroppgave. Bergen: Universitetet i Bergen, 2009.
9. van der Velde N, Stricker BH, Pols HA et al. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. Br J Clin Pharmacol 2007; 63: 232–7.