

Elektroniske verktøy kan ikke alene løse problemene med legemiddelinteraksjoner hos eldre

Mange legemidler til eldre – det er fali', det

Vi husker Ludvig fra Flåklypa og hvordan hans pessimistiske livsanskuelse slo igjennom når noen skulle gjøre noe litt risikabelt – «det er fali', det». Nå tenkte vel ikke Ludvig på polyfarmasi, men vi tillater oss allikevel å låne hans favorittuttrykk til å beskrive polyfarmasi hos eldre, som langt på vei er å betrakte som en risikosport. Eldre mennesker har flest sykdommer og bruker derfor flest legemidler. Polyfarmasi øker sannsynligheten for bivirkninger og interaksjoner mellom legemidlene, og eldre pasienter er mest sårbare for uhensiktsmessige effekter av legemidler.

Begrepet «polyfarmasi» er ikke entydig definert (1). Noen definerer det som samtidig bruk av *mange* legemidler, andre forbeholder begrepet til samtidig bruk av *for mange legemidler* eller legemidler som ikke er *nødvendige*. Selv om forskrivning av mange legemidler til denne gruppen pasienter ikke nødvendigvis er uhensiktsmessig (de har ofte mange sykdommer), er det vist at det er en helt klar relasjon mellom antallet samtidig brukte legemidler og risiko for interaksjoner (2). En eldre pasient med mange og kanskje alvorlige sykdommer vil ofte trenge mange legemidler. Bruk av mange legemidler vil derfor av og til være klinisk nødvendig og riktig. Men det er en stor utfordring for alle leger som behandler gamle mennesker å kjenne igjen og unngå risikable og farlige kombinasjoner av legemidler.

Ingvald Søråas og medarbeidere har i dette nummer av Tidsskriftet en artikkel om legemiddelinteraksjoner i sykehjem i Trondheim (3). De har gjennomført en stor interaksjonsstudie med hele 1 241 pasienter inkludert. Halvparten av pasientene i materialet var utsatt for potensielt uheldige interaksjoner. Over 1 % fikk legemiddelkombinasjoner som ble ansett som farlige. Forfatterne konkluderer med at forekomsten av polyfarmasi i sykehjem i Trondheim er høy. Rundt halvparten av pasientene brukte mer enn ti legemidler. Tilsvarende tall er 40 % i Finland (4) og 67 % i Sverige (5). Polyfarmasi defineres her som samtidig forskrivning av fem legemidler eller flere.

Forfatterne har i sin studie benyttet databasen Drug Interactions Database (DRUID) (6). Denne databasen inngår nå i FEST (Forskrivnings- og ekspedisjonstøtte), som er implementert i reseptformidleren i e-reseptsystemet. Allmennleger og organspesialister som forskriver legemidler i e-reseptsystemet vil altså bli varslet med «pop-ups» når legemidler med potensial for interaksjon forskrives. En innvending mot en økende mengde varselsbokser i de elektroniske journalene har vært at man til slutt ikke ser dem.

Databaser som DRUID har også visse begrensninger. De fleste farmakokinetiske interaksjoner oppstår når to eller flere legemidler påvirker hverandres absorpsjon, proteinbinding, distribusjon og eliminasjon og dermed også serumkonsentrasjon og effekt. Denne typen interaksjoner varsles gjennom FEST og DRUID, mens en del farmakodynamiske interaksjoner ikke blir oppdaget i disse. Et eksempel på dette er når legemidler med sentralnervøse effekter og bivirkninger kombineres, f.eks. benzodiazepiner, antipsykotika, antidepressiver, opioidanalgetika, antihistaminer, antikolinergika og anti epileptika. I 2004 beskrev Annika Kragh hvordan én av tre svenske sykehjemspasienter brukte mer enn tre psykotrope legemidler fast (5). Denne «psykopolyfarmasien» vil med stor sannsynlighet medføre en betydelig summasjonseffekt, som igjen kan gi økt sedasjon – med økt risiko for fall og brudd. Interaksjonsdatabasene oppdateres kontinuerlig og blir stadig mer omfattende, slik at flere og flere slike farmakodynamiske interaksjoner vises.

Sykehjem benytter elektroniske journalsystemer som i liten grad er tilpasset legenes oppgaver. Mange sykehjem bruker journal-systemet Gerica, som har en dårlig utviklet forskrivningsmodul som verken støtter FEST eller DRUID. Pasientene i sykehjem har flest sykdommer, bruker mest legemidler og er mest sårbare for legemiddelbivirkninger og interaksjoner, men sykehjemslegene har altså ikke noe godt forskrivningsverktøy for hånden og må derfor selv validere sine forskrivninger uten hjelp av interaksjonsverktøy.

Når eldre pasienter ender opp med lange og omfattende medisinalister, kan dette skyldes at vi ikke er flinke nok til å seponere legemidler det ikke lenger er bruk for. All fast forskrivning av legemidler bør stadig oppdateres og kontrolleres for om indikasjonen er «gått ut på dato» (7) eller om listen over legemidler er samstemt med epikriser fra sykehus og hjemmesykepleiernes lister. I de siste versjoner av elektroniske journalsystemer for allmennpraksis er det nå muligheter for elektronisk samstemming av legemiddellister. Det er også innført en egen refusjonstakst (takst 2ld) for å stimulere til systematiske legemiddelgjennomganger. Av en eller annen grunn er denne taksten begrenset til en gang per år.

Forfatterne påpeker i sin artikkel at det er vanskelig, for ikke å si umulig, å ha oversikt over alle interaksjoner som kan oppstå. Dette er utvilsomt riktig. Det oppdages stadig nye potensielt farlige interaksjoner, samtidig som det stadig kommer nye legemidler. Flere av disse har en sikkerhetsprofil som ikke er godt nok undersøkt (8). Interaksjonsdatabaser som FEST og DRUID er nyttige hjelpemidler og må også bli tilgjengelige i sykehjem og sykehus, men de kan bare delvis sikre en trygg og kvalitetssikret legemiddelforskrivning til eldre. De må ikke bli en sovepute. Oppdatert kunnskap, god klinisk vurdering, oppdaterte medisinalister og gode rutiner må alltid følge vår legegjerning.

Sture Rognstad
sture.rognstad@medisin.uio.no

Sture Rognstad (f. 1951) er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Lillestrøm legesenter. Han er doktorgradsstipendiat og undervisningskoordinator ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. Clin Interv Aging 2008; 3: 383–9.
2. Bjerrum L, Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Petersen G. Risk factors for potential drug interactions in general practice. Eur J Gen Pract 2008; 14: 23–9.
3. Søråas I, Staurset H, Slørdal L et al. Legemiddelinteraksjoner hos pasienter i sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1041–6.
4. Hosia-Randell HM, Muurinen SM, Pitkälä KH. Exposure to potentially inappropriate drugs and drug-drug interactions in elderly nursing home residents in Helsinki, Finland: a cross-sectional study. Drugs Aging 2008; 25: 683–92.
5. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. Läkartidningen 2004; 101: 994–6, 999.
6. Legemiddelverket. Interaksjonsdatabase for norske klinikere. www.interaksjoner.no/ [24.4.2014].
7. Rosholm JU. Kunsten at seponere lægemidler. www.irf.dk/dk/publikationer/rational_farmakoterapi/maanedssblad/2007/kunsten_at_seponere_laegemidler.htm [24.4.2014].
8. Lasser KE, Allen PD, Woolhandler SJ et al. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications. JAMA 2002; 287: 2215–20.