

«Ja, tenke det; ønske det; ville det med; – men gjøre det?»
Farmakoterapi hos eldre pasienter er en krevende øvelse

I trygge hender?

For de fleste enkeltsykdommer finnes både nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling. Ikke sjelden er disse basert på studier der eldre personer er ekskludert på bakgrunn av et alderskriterium alene eller på grunn av funksjonssvikt og utstrakt komorbiditet (1). Samtidig er situasjonen den at det er nettopp slike pasienter som blir gjenstand for omfattende farmakoterapi. Vurdering av nytteverdi og indikasjon er derfor en stor utfordring ved behandling av enkeltsykdommer hos eldre generelt, og hos skrøpelige og multisyke spesielt (2). Overbehandling av gamle har tradisjonelt fått mest oppmerksomhet (3), men man bør også være oppmerksom på underbehandling (4). Dette kan skyldes mangelfulle kunnskaper, andre ganger nedprioriteringer på grunn av diskriminering og fordomsfulle holdninger mot eldre (alderisme) (5). Som et hjelpemiddel i praktisk-klinisk hverdag for å unngå uønskede bivirkninger og få bedre kontroll ved «seilas i ukjent farvann» har vi tilgang til brukervennlige interaksjonsdatabaser som DRUID (6) og andre relevante retningslinjer (7). Farmakoterapi hos eldre krever likevel betydelig årvåkenhet ut over dette.

I denne utgaven av Tidsskriftet presenterer Shafique og medarbeidere en kasuistikk som er interessant sett fra flere synsvinkler (8). Den omhandler en vel 90-årig kvinne som innlegges for akutt peritonitt på grunn av perforert tyntarm. Årsaken var et fremmedlegeme i form av en tablett i en «utklippet» og skarpkantet aluminiumsfolie fra en blisterpakning. Hendelsen endte med vellykket kirurgisk intervensjon, og forfatterne skriver at pasienten kunne utskrives i velbefinnende.

Pasienten hadde mange kroniske sykdommer, brukte flere medisiner og var svekket av nylig gjennomgått akutt sykdom. Hun hadde også redusert syn. Samlet sett kan hun gjerne defineres som en geriatrik pasient. Ved innleggelsen er hun beskrevet som våken og orientert. Kasuistikken beskriver ikke funksjonsevnen i større detalj, men den aktuelle hendelsen illustrerer kanskje at hun også har hatt svekket kognitiv funksjon. Dessuten har hun nettopp vært innlagt i sykehus og har fått tillegg av medisiner som skal tas ved behov. Det står ikke noe om at hun hadde hjemmesykepleie eller annen hjelp i forbindelse med medisiner, eller om hun brukte multidose eller dosett.

Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* bør være kjent for Tidsskriftets lesere, og legemidler har vært innsatsområde, bla. gjennom samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i sykehjem og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten (9). Dette har vært viktige tiltak på systemnivå. Men klinisk praksis dreier seg først og fremst om enkeltpasienter. Våre anbefalinger forutsettes formidlet til og drøftet med pasienten selv, og ikke sjelden med pårørende. På dette feltet har vi utvilsomt alle våre unnlatesesynder, erkjente som ikke-erkjente. Samtidig er det enkelt å forutse at et ras av informasjon, særlig om usikkerhet, kan ødelegge en ellers utmerket konsultasjon. Dette er en krevende øvelse.

Dersom vi finner at risikoen for bivirkninger med god margin oppveies av nytteverdien, og mener at for nettopp *deg* anbefaler vi *denne* behandlingen, gjenstår flere trinn. Vi må sikre at pasienten faktisk har medisiner tilgjengelig og at den tas på riktig måte og til riktig tid. Ved ordinasjoner må vi selvsagt vurdere pasientens funksjonsevne. Har pasienten selv eller nærstående tilstrekkelig innsikt i hvordan medisiner skal tas? Er opplegget praktisk gjennomførbart? Ved svikt på noen av disse områdene må vi sørge for alter-

nativ sikring slik at pasienten faktisk får tatt de medisiner vi mener det er viktig at hun tar. Dette kan overkommes ved bruk av dosett eller rett og slett praktisk hjelp i situasjonen der pasienten skal ta medisiner. Men i en travel hverdag er det ikke alltid slik at det tas tilstrekkelig hensyn til at pasienten har kronisk funksjonssvikt på områder som syn, hørsel, kognisjon og finmotorikk. Å få åpnet en blisterpakning kan være vanskelig nok! Multidoseopplegg er heller ikke tilpasset akuttbehandling eller raske endringer av medikasjonen.

Ansvaret for at behandling institueres og følges opp må være klart definert. Dersom sykehuslegen mener at en pasient trenger en ny behandling, må det avklares om pasienten faktisk er i stand til å få hentet ut medisiner på apoteket og at hun klarer å ta dem på riktig måte, alternativt at hun har noen som kan hjelpe henne med dette. Det er ikke godt nok å sende med pasienten resept pluss en epikrise til fastlegen, uten å ha forsikret seg om at pasienten faktisk er i stand til å gjennomføre behandlingen. Oppfølgingen av behandlingen er selvfølgelig oftest en fastlegeoppgave. Hvis oppstarten må overlates til andre, må dette i så fall formidles eksplisitt og forsvarlig. Da kan vi forhåpentligvis unngå situasjoner som beskrevet i kasuistikken.

Selv om kasuistikken også beskriver nytten av moderne bildediagnostikk og vellykket kirurgisk behandling av en eldre og multisyk pasient, er den viktigste lærdommen knyttet til utfordringer ved farmakoterapi hos geriatrike pasienter.

Olav Sletvold
olav.sletvold@ntnu.no

Olav Sletvold (f. 1949) er spesialist i indremedisin og i geriatri, avdelingssjef ved Avdeling for geriatri, St. Olavs hospital og professor II ved Institutt for nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Crome P, Lally F, Cherubini A et al. Exclusion of older people from clinical trials: professional views from nine European countries participating in the PREDICT study. *Drugs Aging* 2011; 28: 667–77.
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: e5205.
3. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C et al. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1013–9.
4. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther* 2011; 89: 845–54.
5. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Underprescription of beneficial medicines in older people: causes, consequences and prevention. *Drugs Aging* 2012; 29: 463–75.
6. Legemiddelsiden. DRUID. www.legemiddelsiden.no/default.aspx?PageID=768 [17.11.2014].
7. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27: 153–9.
8. Shafique MR, Rekkedal LM, Berg M et al. En kvinne i 90-årene med akutt peritonitt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 2280–2.
9. I trygge hender. www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/ [17.11.2014].

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no