

Systematisk vurdering av pasientens totalmedikasjon er en sentral klinisk oppgave som behandlende lege må ta ansvar for

Gjennomgang av pasientens legemidler

Nye behandlingsmuligheter og utvidede indikasjoner for behandling gjør at bruk av mange legemidler er i ferd med å bli regelen mer enn unntaket for mange eldre. Polyfarmasi skal presumptivt være til pasientens beste, men ofte brukes medisiner som er kontraindiserte, unødvendige eller som interagerer med andre midler. Kuren kan derfor bli verre enn sykdommen. Rundt hver tiende sykehusinnleggelse skyldes legemiddelbivirkninger (1), som også utgjør en viktig dødsårsak (2). Ved medisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus gikk man nøye gjennom all dokumentasjon for alle som døde i avdelingen i perioden 1993–95 og fant at 133 av 732 dødsfall skyldtes legemidler (2). Før gjennomgangen var bare åtte av disse tilfellene erkjent og meldt på forskriftsmessig måte. Langt flere blir syke og enda flere får svekket livskvalitet av medisiner.

Det er publisert mange studier om kvaliteten av legemiddelbruk i ulike sammenhenger. I en undersøkelse av allmennlegers forskrivningspraksis til eldre i Møre og Romsdal i 1988–89, ble det satt spørsmålsteget ved hensiktsmessigheten av hver sjuende ordinasjon (3). Delvis basert på publiserte, konsensusbaserte kvalitetsindikatorer for legemiddelbehandling av eldre (4) fant et ekspertpanel legemiddelrelaterte problemer hos tre firedeler av over 1 300 sykehjems pasienter i bergensdistriktet (5).

Mange sykehjemsbeboere bruker legemidler med stort interaksjonspotensial, for eksempel antiepileptika. I denne utgaven av Tidsskriftet publiserer Rytter og medarbeidere en studie der kvalitet og omfang av bruk av epilepsilegemidler hos flere enn 1 000 sykehjemsbeboere i Asker og Bærum ble vurdert (6). Hver tiende pasient brukte slike midler, ofte i tillegg til 7–8 andre medisiner. Som i de fleste undersøkelser der eksterne eksperter vurderer kvaliteten, ble epilepsibehandlingen vurdert som suboptimal. Det er ingen grunn til å betvile riktigheten av denne konklusjonen. Sammenholdt med den omtalte undersøkelsen fra Bergen (5) er totalinntrykket at farmakoterapi ved sykehjem kan forbedres mye.

Studien til Rytter og medarbeidere gir anledning til refleksjon over hvordan kvaliteten på det medisinske arbeidet i norske sykehjem kan bedres, og om legemiddelgjennomgang som kvalitetsforbedrende metode i helsevesenet. Suboptimal legemiddelbruk i sykehjem bedres neppe av ekspertpanel eller tilsyn alene. Manglende faglighet i sykehjem henger nemlig nøye sammen med manglende fagpersoner og fagmiljø. Desto mer sørgelig er det at regjeringen nylig unnlot å følge Legeforeningens råd om å fastsette en minimumsnorm for legebemanningen i sykehjem. Norsk sykehjemsmedisin trenger nå en oppgradering, blant annet ved å gjøre slik tjeneste mer meritterende for spesialitetene i allmennmedisin og geriatri.

For den enkelte pasient er systematiske og regelmessige gjennomganger av samlet legemiddelbruk en sentral prosedyre for å optimalisere behandlingseffekt og for å forebygge legemiddelrelaterte problemer. Slik gjennomgang hører derfor hjemme på alle nivåer i helsetjenesten, der behandlingen både skal vurderes klinisk og farmakologisk sett i forhold til pasientens totale sykdomslast, livskvalitet og livsutsikter. Man må med andre ord integrere det pasientspesifikke og det kliniske med det generelle og det farmakologiske. I sykehjem og i allmennpraksis, der legen har samlet ansvar for all behandling, ligger forholdene spesielt godt til rette for slike gjennomganger.

Det er sammenheng mellom omfang av potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk i sykehjem og innleggelsesrater i sykehus og dødelighet (7, 8). Fortsatt mangler det imidlertid dokumentert kunnskap om effekt på harde endepunkter av å redusere omfang av potensielt uheldig legemiddelbruk. Det gjenstår også å bestemme hvilken form legemiddelgjennomgang skal ha og hvem som skal utføre dem. En tilnærming er elektroniske løsninger der pasientens medisinske sjekkes opp mot algoritmer for preparatvalg, dosering og mulige interaksjoner, gjerne knyttet til elektronisk ordinerings av legemidler (e-reseptor). En annen løsning er å betrakte dette primært som en farmasøyttoppgave og et aktuelt marked for apotekkjedene. Felles for begge disse tilnærmingene er at gjennomgangen da blir noe som gjøres av andre enn den som kjenner pasienten, og noe som stort sett bare er basert på legemiddelopplysninger. Dermed tapes det kliniske og det individuelle.

Målsettingen må i stedet være å bygge legemiddelgjennomgang inn i klinisk virksomhet – der pasienten er – på en måte som gir legen kontinuerlig læring. Den beste arbeidsformen vil antakelig være at lege, gjerne sammen med farmasøyt, vurderer totalmedikasjonen for utvalgte pasienter, eventuelt hjulpet av dataverktøy. Å få slike ordninger implementert i vanlig praksis forutsetter at metoden tas opp i legers etterutdanning. Både implementering og effekter av tiltaket må evalueres vitenskapelig. Her ligger flere utfordringer for samspill mellom helsemyndighetene, Legeforeningen og de nyopprettede allmennmedisinske forskningsenhetene.

Jørund Straand

jorund.straand@medisin.uio.no

Jørund Straand (f. 1951) er dr.med., professor i allmennmedisin ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og forskningsleder ved Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Mjörndal T, Boman MD, Hägg S et al. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002; 11: 65–72.
2. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2317–23.
3. Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the Møre & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999; 16: 380–8.
4. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531–6.
5. Ruths S, Straand J, Nygaard HA: Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 176–80.
6. Rytter E, Nakken KO, Mørch-Reiersen LT et al. Bruk av antiepileptika hos sykehjemsbeboere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1185–7.
7. Straand J. Bedre legemiddelbruk i sykehjem. I: Ranhoff AH, Schmidt G, Ånstad U, red. *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
8. Lau DT, Kasper JD, Potter DEB et al. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. *Arch Intern Med* 2005; 165: 68–74.