ryggmargen, som nakkesmerter, torticollis, endret gange, endringer i blære- og tarmkontroll og/eller muskelsvakhet. Ved henvisning til f.eks. tannbehandling eller mindre inngrep i narkose vil det ofte være ventetid før behandlingen finner sted. Dersom fastlegen mistenker at det kan foreligge instabilitet i nakken, vil en røntgenundersøkelse utført i ventetiden ofte kunne avklare dette i god tid før inngrepet.

Eva Albertsen Malt
emal@ahus.no

Eva Malt (f. 1955) er overlege ved Avdeling for voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Legemidler og eldre

I Tidsskriftet nr. 3/2013 tar Camilla Bystad & Georg Sager for seg polyfarmasi hos eldre (1). Polyfarmasi øker risikoen for både bivirkninger, interaksjoner og andre legemiddelrelaterte problemer. Vi er enige i at kunnskapen om rasjonell farmakoterapi for de eldste og skrøpeligste er mangelfull og at kasuistikken her kan tjene nyttige funksjoner (2).

I tillegg er det utarbeidet flere typer eksplisitte kriterier, som for eksempel NORGE (The Norwegian General Practice criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients) (3) og START/STOPP (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions) (4). Disse, sammen med interaksjonsdatabaser, kan til en viss grad hjelpe klinikerne. Hos gamle er imidlertid de mest alvorlige bivirkningene og interaksjonene sterkt knyttet opp til en klinisk kontekst, og da er både databaser og eksplisitte kriterier til begrenset nytte. Alvorlige legemiddelrelaterte problemer hos gamle omfatter ofte interaksjoner med sykdoms- og aldersforandringer, og i mange tilfeller er de utløst av legemiddelkombinasjoner som i andre kliniske situasjoner tvert imot er anbefalt.

Et eksempel: En gammel pasient med hjertesvikt får kombinasjonen ACE-hemmer, diuretika og betablokker som anbefalt. Pasienten har nefropati, men det går bra likevel. Men så blir pasienten dehydrert på grunn av en i seg selv bagatellmessig gastroenteritt, blir hypovolemisk og hypotensiv, får akutt nyresvikt og alvorlig hyperkalemi. Skyldes dette da en interaksjon mellom de tre nevnte medikamentene, skyldes det nefropatien eller skyldes det gastroenteritten?

Dette er komplekse kliniske situasjoner der fastlegen har et godt utgangspunkt for å gjøre vurderinger i kraft av sin kjennskap til pasienten over tid, men i mange tilfeller har han/hun begrenset erfaring med de mest sammensatte farmakoterapeutiske utfordringene. Mange forskere har studert metoder for å redusere potensielt skadelig polyfarmasi hos eldre, men de fleste studiene har dårlig metodisk kvalitet eller man har bare studert surrogatendepunkter, for eksempel reduksjon i antall forskrevne legemidler. De gir ikke informasjon om hvorvidt dette fører til en reell helsegevinst for pasienten. Vi har derfor planlagt en randomisert, kontrollert studie der vi vil studere effekten på relevante kliniske endepunkter av et opplegg for klinisk geriatrik vurdering etterfulgt av en strukturert legemiddelgjennomgang utført av fastlege og geriater i fellesskap. Vi håper at dette vil vise seg som en fruktbar samarbeidsmodell, og at vi gjennom prosjektet kan bidra med ny kunnskap om hvordan man i praksis kan tilnærme seg «skreddersøm» av høy kvalitet i legemiddelbehandlingen av gamle.

Rita Romskaug
rita.romskaug@nittedal.kommune.no
Torgeir Bruun Wyller

Rita Romskaug (f. 1978) er sykehjemslege i Nittedal kommune.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er professor ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus.

Litteratur

1. Bystad C, Sager G. Rasjonell og sikker farmakoterapi for eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 268.
2. Wyller TB. Kasuistikker for det 21. århundre. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1913.
3. 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.
4. Gallagher P, Ryan C, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008; 46: 72–83.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 6.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965465/>

Polyfarmasi hos eldre

Camilla Bystad & Georg Sager tar i en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 3/2013 (1) opp viktige kliniske og farmakoterapeutiske problemer som gjelder gamle mennesker med multiple sykdommer. De påpeker ganske riktig at man i denne aldersgruppen av etiske grunner ikke kan utføre prospektive medikamentutprøvinger, men må holde seg til god kasuistikkbedømmelse og klinisk erfaring.

Min erfaring fra lang allmennpraksis og som sykehjemslege er at polyfarmasi med uante interaksjoner hos gamle er et stort og for sømt medisinsk forskningsfelt. Den gamle pasienten får i livsløpet sykdommer og funksjonssvikt i de ulike organsystemene og henvises til organspesialister som arbeider innenfor sitt organspesifikke felt og forskriver medikamenter ut fra sitt spesialområde, uten å skjule til helheten og hvilke medikamenter andre spesialister har forskrevet ut fra sitt ståsted.

Den aldrende organismen utvikler over tid svikt i vitale organfunksjoner i nyrer og lever, med avgjørende betydning for omsetning og utskilling av alle tilførte stoffer – også medikamenter. Svikt i intracellulære omsetningsmekanismer kommer i tillegg.

Det er et stort medisinsk og menneskelig problem at mange gamle pasienter som innlegges i sykehjem daglig kan få tilført over ti ulike perorale medikamenter uten at noen medisinsk ansvarlig har reagert med radikal seponering av de fleste. Ingen vil noen gang kunne forklare de konsekvenser som en slik polyfarmasi medfører – med uante interaksjoner og skadelige, gjerne letale, følger.

Det er viktig at våre eksperter innen biokjemi og farmakologi uttaler seg om denne praksisen, slik at vi som behandler gamle vet hvor grensen går. Geriater burde kunne gi gode medisinsk funderte råd til oss som uten spesialfaglig bakgrunn hovedsakelig arbeider med gamle og syke mennesker.

Den økende andelen gamle mennesker i landet vårt vil tvinge frem andre løsninger innenfor farmakoterapi, med rasjonell behandling av hele mennesket. Seponering av ett eller flere medikamenter er ofte en god løsning og til beste for den gamle.

Per Steinar Steinsvoll
ststeins@online.no

Per Steinar Steinsvoll (f. 1934) er spesialist i allmennmedisin og pensjonert fastlege og tilsynslege i Sel.

Litteratur

1. Bystad C, Sager G. Rasjonell og sikker farmakoterapi for eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 268.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 28.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965465/>