

Den multimedicinerede ældre patient – det evige problem

Dansk Selskab for Geriatri

Overlæge Jens-Ulrik Rosholm & overlæge Ellen A. Holm

Den ældre multimedicinerede patient har længe været et skrækscenarie for læger. Problemet er voksende, fordi moderne medicinsk behandling i stigende omfang bygger på et princip om »angreb« fra flere sider.

Problemerne ved polyfarmaci er talrige: manglende videnskabeligt grundlag for behandlingen, bivirkninger, interaktioner, risiko for manglende overblik, for stort antal piller i forhold til, hvad patienten kan/vil indtage – men også bekymring for underbehandling.

De videnskabelige undersøgelser, som ligger til grund for brugen af medicin, inkluderer sjældent den typiske geriatriiske patient enten pga. egentlige alderskriterier eller pga. talrige eksklusionskriterier – *ageism*. Problemet er veldokumenteret i klinisk forskning [1]. Det betyder, at man ved behandling af gamle mennesker er henvist til at ekstrapolere fra yngre patienter og således delvist handler i blinde, når man fordrer evidens for behandlingen. Udsigten til at dette ændres er ikke stor, medmindre man politisk beslutter, at grundlaget for en godkendelse også skal indebære undersøgelser med gamle mennesker. Dette kunne ske i form af krav om inklusion af ældre i studierne som en forudsætning for, at der kan opnås tilskud til medicin, som anvendes til ældre. En anden mulighed vil være farmakoepidemiologiske studier med udnyttelse af de talrige registre, som findes i landet, koblet med fantasering brug af proxy-variable – områder hvor man i geriatrien med sit kendskab til ældre ville kunne give vigtige input.

Hvis man forsøger at behandle en ældre patient efter gældende kliniske retningslinjer, ender man let med en meget stor

mængde lægemidler. Alle kliniske retningslinjer rekommanderer ofte mange lægemidler. Men hvad så når den gamle ikke magter at indtage så mange tabletter? Hvilke er de vigtigste? Ud over at der mangler retningslinjer for ældre, savnes der også en prioritering af de medicinske behandlingsmuligheder inden for de enkelte retningslinjer – igen et område hvor geriateren bør tages med på råd.

Manglende overblik over medicinen både i den enkelte sektor og ved skift mellem sektorerne er flere gange påvist at være et stort problem, idet der er risiko for fejlmedicinering samt frustration og irritation hos patienter, behandlere og plejere. Der var håb om, at den elektroniske personlige medicin profil (PEM) kunne blive et vigtigt redskab her. Foreløbig har succesen dog været begrænset. Ideelt set burde der kun være en medicinliste for hver patient – den skulle være elektronisk, lettilgængelig for alle relevante parter på alle relevante steder og måtte aldrig udskrives på papir. Men både ud fra et teknisk synspunkt og ud fra et fortrolighedsprincip ligger det ikke lige for. Men alt andet lige må der opfordres til at anvende PEM'en.

Når den rigtige medicinliste er etableret, skal hvert enkelt præparat vurderes: Er der indikation for behandlingen, anvendes den rette type medicin i den rette dosis, er der uacceptable bivirkninger og interaktioner, er der uhensigtsmæssige dobbeltmedicineringer, og har patienten brug for mere eller anden medicin? Ved en sådan gennemgang kan seponering med hård hånd og tæt opfølgning anbefales.

Underbehandling er et lige så stort problem som overbehandling. Dette er påvist i et netop publiceret studie [2]. Ud af 196 65+-årige patienter, der fik fem eller flere lægemidler, anvendte 65% lægemidler, som ikke burde anvendes hos ældre (de Beers kriterier). Underforbrug blev fundet hos 64% (Medication Appropriateness Index-kriterier), og både under- og overbrug blev fundet hos 42%. Underforbrug drejede sig især om antihypertensiva, antikoagulansbehandling og lipidsænkere. Budskabet er derfor ikke blot, at ældre skal have mindre medicin. De skal have den rigtige medicin, dvs. rationel farmakoterapi.

Korrespondance: Jens-Ulrik Rosholm, Geriatriisk Afdeling G, Odense Universitets-hospital, DK-5000 Odense C. E-mail: jens-ulrik.rosholm@ouh.fyns-amt.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. McMurdo MET, Witham MC, Gillespie ND. Including older people in clinical research. *BMJ* 2005;331:1036-7.
2. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE et al. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *JAGS* 2006;54:1516-23.

