

STOPPFrail-2 (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy)

Screeningverktøy for potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk til skrøpelige eldre med begrenset gjenstående levetid

Oversatt til norsk av Marit Stordal Bakken, Anette Hysten Ranhoff, Anne Gerd Granås, Olav Spigset og Sabine Ruths.

STOPPFrail-2 er en liste over potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk, utarbeidet for å støtte leger i beslutninger om avmedisinering. Den er tenkt brukt hos eldre personer med begrenset forventet gjenstående levetid, der hovedmålet er å optimalisere livskvaliteten og minimere risikoen for legemiddelrelatert sykkelighet. Behandlingsmål bør være klart definert, og medikamentendringer bør, så sant mulig, diskuteres og avstemmes med pasienten og/eller nærmeste pårørende.

Pasienter som er aktuelle for avmedisinering veiledet av STOPPFrail-2 vil vanligvis oppfylle ALLE kriteriene under:

1. Avhengighet av hjelp til dagliglivets aktiviteter (som hjelp til påkledning, personlig hygiene, forflytning, gange) og/eller alvorlig kronisk sykdom og/eller terminal sykdom.
2. Alvorlig, irreversibel skrøpeligheit (frailty) med høy risiko for akutte medisinske tilstander og klinisk forverring.
3. Behandlende lege ville ikke ha blitt overrasket dersom pasienten døde i løpet av de neste 12 månedene.

A: Generelt

- Ethvert legemiddel som pasienten over lengre tid ikke inntar eller ikke tolererer til tross for individuelt tilpasset opplæring og til tross for at alle aktuelle legemiddelformuleringer er vurdert.
- Ethvert legemiddel brukt uten klar klinisk indikasjon.
- Ethvert legemiddel brukt for symptomer som ikke lenger forekommer (for eksempel smerte, kvalme, svimmelhet, kløe).

B: Hjerne- og karsystemet

- Lipidsenkende legemidler (statiner, ezetimib, gallesyrebindere, fibrater og andre).
- Blodtrykksbehandling: Forsiktig dosereduksjon eller seponering av disse legemidlene hos pasienter med systolisk blodtrykk <130 mmHg ved gjentatte målinger. Adekvat systolisk blodtrykksmål hos skrøpelige eldre er 130-160 mmHg. Før seponering, vurder om legemiddelet har andre indikasjoner (for eksempel betablokker for frekvenskontroll av atrieflimmer, diuretika for symptomatisk hjertesvikt).
- Antianginøs behandling (nitratere): Ingen av nitratene er dokumentert å redusere kardiovaskulær dødelighet eller forekomst av hjerteinfarkt. Tilstrebe forsiktig nedtrapping til seponering hos pasienter

som ikke har rapportert angina/brystsmerter de siste 12 månedene og som ikke har sikkert påvist koronarsykdom.¹

C: Koagulasjonssystemet

- Platehemmere: Primærforebyggende (i motsetning til sekundærforebyggende) gevinst ved kardiovaskulær sykdom ikke dokumentert.
- Acetylsalisylsyre som slagprofylakse ved atrieflimmer: Acetylsalisylsyre har liten eller ingen slagforebyggende effekt hos skrøpelige eldre som ikke er aktuelle for antikoagulasjonsbehandling, og kan øke blødningsfaren signifikant.

D: Sentralnervesystemet

- Antipsykotika hos pasienter med demens: Tilstreb gradvis nedtrapping til seponering av disse legemidlene ved bruk >12 uker dersom ikke kliniske tegn på APSD (atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens).^{1,2}
- Memantin: Avslutte behandling, under overvåking av symptomer, hos pasienter med moderat til alvorlig demens, med mindre memantin har hatt åpenbar effekt på APSD.

E: Fordøyelsessystemet

- Protonpumpehemmere (PPI): Reduser PPI-dosen når full terapeutisk dose er brukt i 8 uker eller mer, med mindre det oppstår vedvarende dyspepsi på lavere vedlikeholdsdose.¹
- H₂-reseptorantagonister: Reduser dosen av H₂-reseptorantagonist når full terapeutisk dose er brukt i 8 uker eller mer, med mindre det oppstår vedvarende dyspepsi på lavere vedlikeholdsdose.

F: Luftveiene

- Teofyllin: Dette legemiddelet har smalt terapeutisk vindu, tvisom terapeutisk nytteverdi og krever monitorering av serumnivåer. Teofyllin interagerer med andre hyppig forskrevne legemidler og øker derfor risikoen for bivirkninger.
- Leukotrienreseptorantagonist (montelukast): Dette legemiddelet har ingen dokumentert effekt i behandling av KOLS, og er kun indisert ved astma.

G: Muskel - og skjelettsystemet

- Kalsiumtilskudd: Sannsynligvis ingen nytte ved korttidsbruk, unntatt ved dokumentert og symptomatisk hypokalsemi.
- Vitamin D (kolekalsiferol og ergokalsiferol): Mangel på klar evidens til støtte for bruk av D-vitamin for å forebygge fall og brudd, kardiovaskulære hendelser og kreft.
- Legemidler mot osteoporose med effekt på benstruktur og mineralisering: (bisfosfonater, teriparatid, denosumab og andre)
- Langtidsbruk av perorale ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs): Økt risiko for bivirkninger (ulcussykdom, blødning, nyresvikt, forverring av hjertesvikt) ved regelmessig bruk ≥ 2 måneder.³

- Langtidsbruk av perorale glukokortikoider: Økt risiko for alvorlige bivirkninger (for eksempel lav-energi-brudd, proksimal myopati, ulcussykdom) ved regelmessig bruk ≥ 2 måneder. Vurder forsiktig dosereduksjon og gradvis nedtrapping til seponering.¹

H: Urinveiene

- Legemidler mot benign prostatahyperplasi (5-alfa-reduktasehemmere som for eksempel finasterid og dutasterid og alfa-blokkere som for eksempel tamsulosin) hos kateteriserte menn: Ingen nytteverdi ved bruk av permanent blærekateter.
- Legemidler mot overaktiv blære (muskarinreseptorantagonister som for eksempel tolterodin, fesoterodin, darifenacin og solifenacin og beta-3-reseptoragonister som for eksempel mirabegron): Ingen nytteverdi hos pasienter med vedvarende, irreversibel urininkontinens, med unntak av ved smertefull detrusoroveraktivitet.⁴

I: Hormonsystemet

- Perorale antidiabetika: Reduser behandlingsintensitet. Unngå HbA1c-mål <7.5 prosent (<58 mmol/mol), som er forbundet med større skade enn nytte i denne pasientgruppen. Behandlingsmålet er å minimere hyperglykemirelaterte symptomer (for eksempel uttalt tørste, polyuri).

J: Annet

- Multivitamintilskudd: Avslutt dersom bruken skjer i forebyggende øyemed, og ikke som behandling.
- Folsyre: Avslutt etter endt kur. Vanlig behandlingsvarighet er 1-4 måneder, bortsett fra ved malabsorpsjon, malnutrisjon eller ved samtidig metotreksat-bruk.
- Næringstilskudd: Avslutt dersom bruken skjer i forebyggende øyemed, og ikke som behandling.

Forbehold fra forfatterne

Til tross for at forfatterne av originalpublikasjonen har gjort sitt ytterste for å sikre at listen over potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk i STOPPFrail-2 er presis og kunnskapsbasert, understrekes at den endelige beslutningen om å seponere legemidler på denne listen ene og alene hviler på behandleren/klinikeren. Legg også merke til at kunnskapsgrunnlaget for enkelte kriterier kan ha blitt endret etter publikasjon av disse. Det anbefales derfor at beslutninger om avmedisinering tar hensyn til den til enhver tid tilgjengelige kunnskap for eller imot bruk av enkeltlegemidler og legemiddelgrupper beskrevet i STOPPFrail-2.

Kommentarer og fotnoter fra oversetterne

Virkestoff som er nevnt i den engelske originalversjonen, men som ikke er godkjent i Norge, er utelatt. Virkestoff som er tilgjengelig i Norge, men som ikke er nevnt i originalversjonen, er tatt inn.

Generelt anbefales gradvis nedtrapping til seponering, samt overvåkning av pasientens symptomer.

Fotnoter:

¹ For konkret forslag til nedtrapping, se tabell i Norsk legemiddelhåndbok, kapittel G27.

[G27.10.1 Tabell 1: Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering. | Legemiddelhåndboka \(legemiddelhandboka.no\)](#)

² Antipsykotika bør i utgangspunktet ikke brukes hos skrøpelige eldre. Midlene har antikolinerge bivirkninger og kan redusere kognitiv funksjon. Det er også vanlig med nevromuskulære bivirkninger i form av tremor, muskelstivhet og parkinsonisme. Risikoen for hjerneslag er økt ved bruk hos pasienter med demens. Hvis midlene *må* brukes, må laveste effektive dose og kortest mulig behandlingstid velges, også ved APSD.

³ Skrøpelige eldre er spesielt utsatt for NSAIDs-bivirkninger, og bruk av NSAIDs til denne gruppen er derfor generelt frarådet. Dersom man likevel velger å behandle med perorale NSAIDs, må laveste effektive dose og kortest mulig behandlingstid velges, og pasienten må følges tett. Hos pasienter med ulcussykdom, redusert nyrefunksjon eller hjertesvikt bør perorale NSAIDs helt unngås. Lokale NSAIDs (gel) kan vurderes som et alternativ.

⁴ Muskarinreseptorantagonistene har antikolinerge bivirkninger og kan redusere kognitiv funksjon. De bør derfor unngås hos skrøpelige eldre.

Referanse

Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age Ageing*. 2021 Feb 26;50(2):465-471. doi: 10.1093/ageing/afaa159. PMID: 32997135.