

Strategier ved polyfarmasi i sykehjem



Sabine Ruths
Seksjon for allmenntmedisin
Universitetet i Bergen



Sykehjemspasienter og legemidler

- Mange (kroniske) sykdommer
 - Polyfarmasi
 - Bivirkninger, interaksjoner
 - >10% av sykehusinnleggelser hos eldre skyldes legemidler
- Hallas 1996. Dan Med Bull 43; 141-55
- Fysiologiske forandringer
 - Farmakodynamikk, farmakokinetikk, homeostase
 - Endret legemiddelrespons
 - Mental svikt
 - Kommunikasjon, etikk
 - Mangel på forskningsbaserte retningslinjer
 - Evidens-basert behandling?

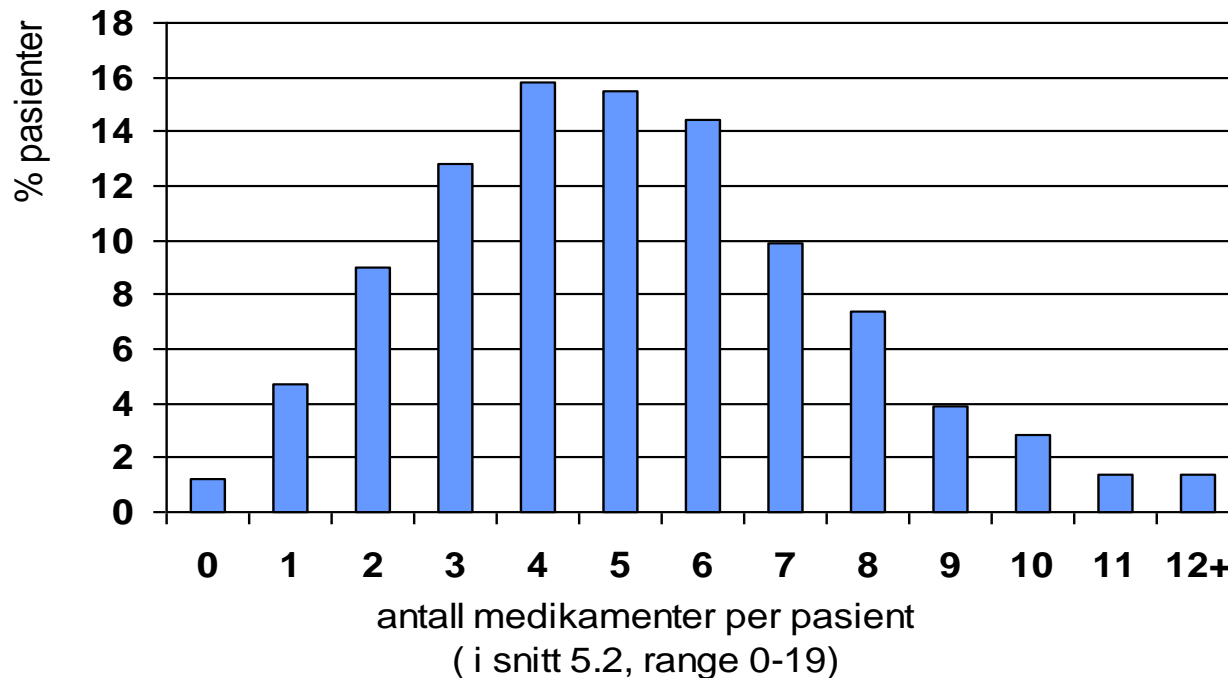


Polyfarmasi - definisjoner

- Bruk av ≥ 5 medikamenter
- Bruk av et medikament til behandling av bivirkninger av et annet medikament
- Medikamentregime inneholder minimum et unødvendig preparat

Legemiddelbruk i sykehjem

The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study.
23 sykehjem, 1552 pasienter



Legemiddel Top-10 i sykehjem

ATC	LEGEMIDDELGRUPPE	BRUKERE (%)
A06A	laksantia	58
C03C	loop-diuretika	35
N06A	antidepressiver	31
B01A	antitrombotiske midler*	27 (acetylsalisylsyre 21%)
G03C	østrogener	24 (kvinner)
N05A	antipsykotika	23
N02B	analgetika, ikke-opioid	16
N05B	anxiolytika	16
N05C	hypnotika	15
N02A	opioider	13

59% bruker psykofarmaka, 23% bruker ≥ 2 psykofarmaka



Adverse drug events (ADEs) - ugunstige hendelser pga legemiddelbruk

- 2 - 10 ADE per 100 pasientmåneder
 - 1 fatal, 6% livstruende, 38% alvorlig, 56% signifikant
- Ordinasjon og monitorering
- 40 - 50% kunne ha vært forebygget
- Prediktorer
 - Polyfarmasi
 - Bruk av bestemte legemiddelgrupper

Antipsykotika: OR 3.4	Antitrombotika: OR 2.8
Diuretika: OR 2.2	Antiepileptika: OR 2.0



Polyfarmasi i sykehjem - strategier

Pragmatisk vs. *uheldig* polyfarmasi

Kvalitetssikring av legemiddelbehandling

- Systematisk legemiddelgjennomgang: identifisere, løse og forebygge problem
- Risikomedikamenter og uheldige legemiddelkombinasjoner
- Tverrfaglig samarbeid
- Bruk av psykofarmaka (ved demens)



Legemiddelgjennomgang

for eksempel hver 6. måned

- Hvordan tar pasienten *egentlig* medikamentene?
- Foreligger indikasjonene ennå?
- Er behandlingen effektiv?
- Finnes mulige bivirkninger?
- Finnes uheldige medikamentkombinasjoner?
- Kan noen doser reduseres?
- Kan noen preparater seponeres?
- Behov for nye medisiner?



Legemiddelgjennomgang - resultater

- 76% pasienter har legemiddelrelaterte problem, i snitt 1.8 problem per pasient
- Type problem:
 - 26% risiko for bivirkning
 - 20% uhensiktsmessig preparat ift indikasjon
 - 13% behov for nytt legemiddel
- Type legemiddel:
 - 38% psykofarmaka (15% antipsykotika)
 - 20% hjerte/karmidler
 - 9% analgetika



Legemiddelgjennomgang i sykehjem - effekt

- Allmennpraktiker

- regime endret hos 2 av 3 pasienter
- seponering hos 51% og endret preparat/dose hos 26%
- antall medisiner redusert fra 4.3 til 3.5

Khunti, 2000. Age Ageing 29: 451-3.

- Klinisk farmasøyt

- antall medisiner redusert fra 5.1 til 4.2
- minimal effekt på morbiditet og mortalitet

Furniss, 2000. Br J Psychiatry 176: 563-7.

- vanlig rutine i mange land

Risikomedikamenter ved bruk hos gamle

LEGEMIDDEL

KOMMENTAR

- antihistaminer^a
 - antipsykotika^a
 - benzodiazepiner^a
 - dekstropoksyfen^b
 - hydroksyzin
 - karisoprodol
 - levopromazin^c
 - metyldopa^a
 - nitrofurantoin^a
 - NSAID^a
 - pentazocin^c
 - petidin^c
 - trisykliske antidepress. ^{a,c}
- prometazin og alimemazin: antikolinerg, EPS
fast bruk uten primærindikasjon (psykose)
fast bruk, lang plasmahalveringstid
kardio/nefrotoksisk
antikolinerg
tilvenning
ortostatisk hypotensjon, EPS
bradykardi, hypotensjon, delirium
usikker effekt; drug fever
GI-blødninger
delirium, hallusinasjoner
delirium, kramper
amitriptylin, doxepin: antikolinerg, sederende

^aBør unngås, ^bikke spesielt gunstig, ^ckun på spesielle indikasjoner; EPS=ekstrapyramidale sympt.



Uheldige legemiddelkombinasjoner

<u>Medikament 1</u>	<u>Medikament 2</u>	<u>Effekt (farmakokinetikk)</u>
SSRI	TCA, kodein	økt konsentrasjon av med.2
ACE-hemmer	NSAID	redusert antihypertensiv effekt, økt nefrotoksisk effekt
TCA, paroxetin	Haloperidol, Fenotiaziner	ekstrapyramidale symptomer
ACE-hemmer	Kalium og K-spar. diuretika	hyperkalemi
Warfarin	NSAID, acetylsalysyl	blødningsrisiko

SSRI = selektive serotoninreopptakshemmere; TCA = trisykliske antidepressiver;
ACE = angiotensin converting enzyme; NSAID = non-steroidal anti-inflammatory drugs



Tverrfaglig samarbeid

- Sykepleierne er premissleverandørene for diagnostikk og behandling
- God kommunikasjon er avgjørende
Schmidt, Svarstad 2002. Soc Sci Med 54: 1767-77.
- Standardiserte metoder: f.eks. symptomskala for atferd ved demens
- Klinisk farmasøyt i behandlingsteam
 - økt bevisstgjøring, fokus, kompetanse
 - endret holdning, praksis
 - økt kvalitet



Tiltak for å redusere psykofarmakabruken

- Undervisningsprogram for tverrfaglig behandlingsteam om psykofarmakologi hos eldre, samt ikke-medikamentelle behandlingsalternativ. Målsetting: økt kunnskap og bedre holdninger.
- Reduksjon av psykofarmakabruken i intervensjonsgruppen vs. kontrollgruppen
Avorn 1992. N Eng J Med 327: 168-73.
- Mer hensiktsmessig bruk av psykofarmaka i intervensjonsgruppen
Ray 1993. Arch Int Med 153: 713-21.
- Seponering av antipsykotika har hos de fleste pasienter ingen negativ effekt på atferd og funksjon
Thapa 1994. J Am Geriatr Soc 42: 280-6.



Retningslinjer for bruk av antipsykotika

Hensiktsmessige indikasjoner:

- Psykoser
- Organisk hjernesykdom (bl.a. demens) med assosierte atferdssymptomer som medfører fare for pasienten eller andre, eller som interfererer med behandling og pleie

Uhensiktsmessige indikasjoner:

- Agitasjon som ikke medfører fare, vandring, uro, angst, usosial atferd, søvnproblem, depresjon, likegyldighet, manglende samarbeidsvilje m.fl.
- Norge: Statens legemiddelverk 2004. Medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer hos personer med demens.
- USA: Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)

Effekten av OBRA

- Redusert bruk av antipsykotika
 - færre nye brukere, mindre langtidsbruk
 - seponeringsforsøk hos 75% brukere, 20% restart
- Redusert bruk av hypnotika, sedative antihistaminer
- Økt bruk av anxiolytika
- Totalforbruket av psykofarmaka uendret
- Multipsykofarmakologi uendret
- Stor variasjon mellom institusjoner
- Mer forskning

Semla, Palla, Poddig et al. 1994. J Am Geriatr Soc 38: 553-63.



Oppsummering

- Sykehjemspasienter er hyppig utsatt for *uhensiktsmessig* polyfarmasi og legemiddelrelaterte problem, spesielt mht bruk av psykofarmaka.
- En kombinasjon av ulike tiltak er nødvendig for å bedre legemiddelbehandlingen i sykehjem.
- Effektive tiltak inkluderer systematisk gjennomgang av pasienters samlede legemiddelbruk, tverrfaglig samarbeid, målrettet undervisning og implementering av relevante retningslinjer.

Takk for oppmerksomheten!!

