

Strategier for legemiddelgjennomgang

Torgeir Bruun Wyller
Professor/overlege
Geriatrisk avdeling OUS

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#)

Effect of Clinical Geriatric Assessment Reviews by Geriatrician and Family Physician on Health-Related Quality of Life and Polypharmacy A Cluster Randomized Clinical Trial

Rita Romskaug, MD; Eva Skovlund, MSc, PhD; Jørund Straan Hege Kersten, MSc, PhD; Kaisu H. Pitkala, MD, PhD; Christof

Aftenposten



Fikk bedre liv med færre medisiner

Risken Lindsted (85) fungerte stadig dårligere med økende medisinering. Da hun ble med i en studie og antall tabletter ble redusert, fikk hun langt bedre livskvalitet.

nyttår - side 8-9

Hvordan reorientere oss?

Fra ett og ett legemiddel

Til legemiddel**kombinasjoner**

Fra generelle indikasjoner og kontraindikasjoner

Til hvilken **kombinasjon** av legemidler gir optimal **prognose** og/eller optimal **symptomkontroll** hos akkurat **denne** pasienten akkurat **nå**?

Legemiddelgjennomgang er mer enn samstemming av legemiddellister, og krever kunnskap om:

- Farmakologi
- Fysiologi
- Den individuelle pasienten og hans/hennes kliniske totalbilde

Indikasjon: Symptomlindrende eller
forebyggende?

Legemidler med symptomlindrende siktemål

- Analgetika
 - ACE-hemmere ved hjertesvikt
 - Bronkloytika
 - Nitropreparater
 - Psykofarmaka
 - Frekvenskontroll ved atrieflimmer
-
- Høy prioritet hvis de virkelig hjelper
 - Relativt enkelt å finne ut ved dosereduksjon / seponeringsforsøk

Legemidler som skal forhindre fremtidig ulykke

- Antikoagulasjon
- Platehemmere
- Statiner
- Bisfosfonater
- Antihypertensiver

.... Men også

- Betablokker og ACE-hemmer etter infarkt
- Metformin ved diabetes

Legemidler som skal forhindre fremtidig ulykke

- Konkurrerende risiko
- Frailty (skrøpelighet)?

Frailty (skrøpelighet)

- Mer svekkede fysiologiske reserver enn kronologisk alder tilsier
- Svekket evne til å gjenopprette fysiologisk homeostase
- Kortere forventet gjenstående levetid enn jevnaldrende
- Økt risiko for bivirkninger og komplikasjoner
- Frailtyindikatorer:
 - Komorbiditet
 - Polyfarmasi
 - ADL-svikt
 - Fysisk funksjon (gripestyrke, ganghastighet)
 - Kognitiv funksjon
 - Ernæringsstatus

Legemidler som skal forhindre fremtidig ulykke

- Konkurrerende risiko
- Frailty (skrøpelighet)?
- Tid til effekt?
- Varighet siden siste hendelse?
- Korrekt indikasjon? Hvor høy risiko?
 - Platehemmere er ikke generelt indisert til eldre, heller ikke ved «kroniske cerebrovaskulære forandringer» på CT/MR
- Fortsatt relevant?
 - PPI gjenglemt etter periode med dobbelt platehemmer?
- Bivirkninger?
- Interaksjoner?
- Tilstrekkelig høyt prioritert?

Bivirkninger hos gamle

Blir sjelden spontanrapportert – må lete ut fra mistanke!

- Dehydrering og hyponatremi (diuretika)
- Kvalme/appetittløshet (metformin, digitalis, spironolakton, NSAIDs, statiner, bisfosfonater)
- Muskelsvakhet (statiner)
- Antikolinerge effekter – perifere og sentrale (antidepressiver, høydoseantipsykotika, antihistaminer (inkl Atarax!), urologiske spasmolytika)
- Hypotensjon – ortostatisme – fall

Interaksjoner

- De farmakokinetiske kan man slå opp
- De farmakodynamiske kan man resonnerer seg frem til!
 - ACE-hemmer / A-II-blokker + diuretika + NSAIDs + Kalium + Spironolakton
 - Mange diuretika
 - ACE-hemmer / A-II-blokker + metformin
 - DOAK + ASA + andre platehemmere + SSRI + NSAID
 - Levodopa + antipsykotikum
 - Betablokker + betaagonist

Er det noe annet pasienten burde hatt?

- Antidepressivt middel?
- Kolinesterasehemmer / memantin?
- Levodopa?
- Bisfosfonat?
- Marevan?
- Statin?
- ACE-hemmer/A-II-blokker?
- Betablokker?
- Østrogen?

Oppsummering

- **Bevissthet** om bivirkninger
- **Samvittighetsfull** indikasjonsstilling
- **Grundig** klinisk oppfølging, spes. ved akutte tilstander
- **Kunnskap** om interaksjoner
 - Legemiddel – legemiddel
 - Legemiddel – sykdom
 - Legemiddel – fysiologisk aldring
- Hvilken **kombinasjon** av legemidler gir optimal prognose og/eller optimal symptomkontroll hos akkurat **denne** pasienten akkurat **nå**?