

Lange medisinalister hos eldre er en utfordring for helsevesen

Farlig cocktail,

KRONIKK

Rita Romskaug
Torgeir Bruun Wyller



Medisinforbruket hos eldre i Norge øker, men helsevesenet er ikke utformet for å håndtere denne utfordringen til pasientenes beste.

Andelen av hjemmeboende i aldersgruppen 65 år eller mer som fikk utlevert 15 eller flere medisiner økte for eksempel fra seks prosent i 2004 til ni prosent i 2017. Et så stort medisinforbruk gir høy risiko for bivirkninger som kan være plagsomme, skadelige og dødelige.

Et forskningsprosjekt studerte 232 pasienter som ble lagt inn på

Sykehuset i Vestfold, var 75 år eller mer, hadde hjemmesykepleie før innleggelsen, og hadde tre eller flere kroniske sykdommer. 31 prosent hadde alvorlige medisinfvirkninger ved innleggelsen, og av disse var bivirkningen årsak til innleggelsen hos halvparten. Men bare hos et mindretall ble disse alvorlige bivirkningene forårsaket av en medisin som man på forhånd kunne sagt at det åpenbart ikke var fornuftig å gi til pasienten. De aller fleste bivirkningene ble forårsaket av medisiner som det var god grunn til å gi.

Gamle bruker mange medisiner fordi de har mange sykdommer. Ofte er medisinerne til god hjelp, og moderne medisiner har sin del av æren for at vi i dag lever lenger og med bedre funksjon enn før. Men vi har organisert oss dårlig når det gjelder å håndtere de lange medisinalistene. Flere problemer virker sammen:

■ **Farmasøytisk industri** utforsker effekten på én og én medisin. Pasienter som bruker mange medisiner, har som regel ikke vært med i forskningsprosjektene. Derfor har vi god kunnskap om hvilken virkning medisinerne har enkeltvis, men dårlig kunnskap om hvordan de virker i kombinasjon.

■ **Spesialister i sykehus** medisinerer bare «sitt organ» og forholder seg ikke til medisiner som pasienten har fått for noe annet. Fastlegene på sin side tør ofte ikke endre på medisiner som en spesialist har startet opp.

■ **Leger lærer mye** om når de bør starte opp med medisiner, men mindre om når det er best å slutte. En pasient kan ha stor nytte av en medisin i mange år, men på et tidspunkt kan det samlede tallet på medisiner ha blitt så høyt eller pasienten så svekket at risikoen for farlige bivirkninger overskrider den mulige gevinsten. Da er pasienten best tjent med at medisinen blir tatt bort, men ofte tar ingen ansvaret for at det skjer.

■ **Når en pasient** har brukt en medisin i mange år, kan det være vanskelig å vite hva den opprinnelig ble gitt for og hvorvidt det fortsatt er behov for den. Dette krever grundig leting i pasientjournalen. I et system der korte sykehusopphold og hurtig turnover blir premiært, er det vanskelig å finne tid til det.

Enkelte hevder at «jo færre medisiner, dess bedre». Det blir en farlig forenkling. Også svært gamle pasienter kan ha stor nytte av medikamentell behandling, av og til også med mange medisiner samtidig. Men jo lengre medisinalisten er, og jo skrøpeligere pasienten er, desto grundigere må behandlingen overvåkes og til stadighet justeres.



Farmasøytisk industri utforsker effekten på én og én medisin.



EI PILLE HER OG EI PILLE DER: Medisinforbruket hos eldre i Norge øker. Men

Vi trenger bedre systemer for å sikre at pasientene får størst mulig helsegevinst og minst mulig risiko for bivirkninger av behandlingen. De skal få medisiner som er til nytte, nye medisiner om nødvendig. Men samtidig må man ta vekk medisiner som ikke (lenger) er nyttige eller der bivirkningsrisikoen er blitt for stor.

Det er urealistisk at én legegruppe skal gjøre dette arbeidet alene. Samhand-

lingsreformen burde lagt til rette for at leger i og utenfor sykehus kunne samarbeidet om dette, men består dessverre i hovedsak av sterke økonomiske virkemidler for å holde pasientene utenfor sykehuset.

Vi har i vår forskning testet ekte samhandling: At fastlege og geriater setter seg ned sammen og går gjennom de lengste medisinalistene (sju medisiner eller mer) med det

net. Nå er vi på sporet av en bedre modell.

eller ikke?



«jo færre medisiner, dess bedre» blir en farlig forenkling, skriver forfatterne.

FOTO: FRANK MAY, NTB SCANPIX

eneste formålet å få pasientens helse så god som mulig. De to har kompetanse som utfyller hverandre.

Geriateren har spisskompetanse på medikamentell behandling av eldre. Fastlegen har oversikt over pasientens samlede helseproblemer, kjenner historikken, og skal følge pasienten videre.

Resultatet ble nettopp publisert i et av verdens ledende medisinske tidsskrifter, JAMA Internal

Medicine. Vår modell førte til at mange flere medisiner ble tatt bort eller fikk redusert dose. Men også at flere medisiner ble startet opp eller fikk økt dose. Samarbeidet førte altså til at den medikamentelle behandlingen ble mer dynamisk og mye oftere justert. Effekten på pasientene var frapperende: Først og fremst følte de seg bedre, men de ble også målbart og betydelig bedre både i hjernefunksjon og i

fysisk funksjon. Vi er på sporet av en modell som kan sikre at de sykeste og skrøpeligste av de eldre får en mer optimal medikamentell behandling over tid. Vi håper helsemyndigheter og fagmiljøer legger til rette for at modellen kan tas i bruk.

Rita Romskaug,
lege/stipendiat,
Oslo universitetssykehus
Torgeir Bruun Wyller,
Professor i geriatri, UiO
t.b.wyller@medisin.uio.no