



MEDICATION USE AND THE ELDERLY

Elderly people in Canada represent the fastest growing segment of our population and are the largest consumers of drugs. Their risk of adverse drug reactions, however, is four to seven times that of younger people and may be the cause of at least 20% of hospital admissions for acute care. Several studies have found that physicians' prescribing knowledge for elderly people is often inadequate, and inappropriate prescribing is common. The following outlines factors associated with physicians' prescribing patterns and includes strategies to influence those factors. Also outlined are principles that clearly define the basic steps to appropriate prescribing for elderly people.

Elderly Canadians represent the fastest-growing segment of our population and are the largest users of provincial drug benefit programs. Their risk of adverse drug reactions is four to seven times that of younger people. This phenomenon is associated with increasing age, changes in renal and hepatic function, increased sensitivity to drugs and multiple medical problems, which often lead to "polypharmacy." In elderly people adverse drug reactions are often complex and may be the direct cause of at least 20% of hospital admissions for acute care. Most commonly implicated are nonsteroidal anti-inflammatory, psychoactive, hypotensive and antiparkinsonian drugs. Cognitive and affective disorders, for example, may be due to adverse reactions to sedatives or hypnotic drugs. There is also a strong correlation between the use of benzodiazepines and hip fractures.

The prescribing physician plays a fundamental role in the origin and solution to adverse drug reactions in elderly people. Between 1950 and 1976 there was a fourfold increase in the frequency of prescribing by physicians, without a similar increase in the frequency of patient visits. Several studies have shown physicians' prescribing knowledge to be inadequate and inappropriate. Prescribing patterns vary significantly according to location and type of practice. Also, there may be a positive correlation between practice intensity and rate of prescribing. Psychosocial factors significantly affect prescribing behaviour. Sedatives are more likely to be prescribed for women than for men. In 1982 the Canada Health Survey identified elderly people as the largest group of consumers of hypnotic, anxiolytic and sedative drugs; this has been confirmed by several other studies.

There has been considerable interest in determining which factors affect prescribing behaviour and how best to influence these factors. Factors associated with better prescribing are the perception of the need for continuing medical education, postgraduate education, attendance at professional meetings, participation in a group practice, peer consultation and a practice in which elderly people constitute 25% to 49% of all patients. Factors associated with poor prescribing are an

increased number of years since qualification and reliance solely on commercial sources of drug information. Strategies that improve prescribing practices include direct feedback from drug benefit program databases, academic detailing and continuing medical education in geriatric pharmacotherapeutics.

The following principles clearly define the basic steps to appropriate prescribing for elderly people. They represent common knowledge that all physicians possess but apparently do not always use. They are the foundation on which guidelines for specific circumstances or classes of agents can be built and from which, with imagination and concern for the practical realities of day-to-day practice, convenient alternatives to poor prescribing practices can arise.

Know the patient

- Know the diagnosis.
- Know the drug history. Instruct the patient to bring all prescription and over-the-counter medications to each office visit for review. Keep a medication list for each patient, and review and evaluate compliance at least annually.
- Know the history of use of nonmedical drugs such as alcohol, tobacco and caffeine.

Consider nonpharmacologic therapy

- Diet, exercise, psychotherapy or community resources may make a difference.
- Continuing medical education in specific nonpharmacologic therapies is valuable.

Know the drugs

- Prescribe a few drugs well rather than many drugs poorly.
- Critically evaluate all sources of drug information and use multiple sources such as textbooks, clinical practice

guidelines, medical journals, conferences, colleagues, continuing medical education and regional drug information centres.

- Monitor patients continually for adverse drug reactions.

- Treat treatable diseases if the quality of life will be improved.

- Start with low doses and go slowly with the most specific, safe and cost-effective drug available. Appropriate dosage may depend on factors such as age, sex, body size, general health, concurrent illnesses and medications, and hepatic, renal and cognitive function (elderly people are particularly sensitive to drugs that affect the central nervous system).

Keep drug regimens simple

- Avoid mixed-frequency schedules when possible.

Establish treatment goals

- Determine how the achievement of goals will be assessed.

- Regularly re-evaluate goals, adequacy of response and justification for continuing therapy.

- Try to keep the number of drugs used for long-term therapy under five to minimize the chance of drug interactions and improve compliance.

Encourage patients to be responsible medication users

- Verify that the patient, and if necessary the caregiver, understands the methods and need for medication.

- Recommend the use of medication calendars, diaries or other reminders, as appropriate, and monitor these regularly for compliance.

- Recommend the use of one pharmacy.■



L'USAGE DES MÉDICAMENTS CHEZ LES ÂÎNÉS

Les aînés constituent le segment de la population canadienne qui augmente le plus rapidement. Ils sont les plus gros consommateurs de médicaments. Or, le risque de réactions défavorables aux médicaments est de quatre à sept fois plus élevé chez les aînés que chez les jeunes et ces réactions peuvent être à l'origine d'au moins 20 % des hospitalisations pour soins actifs. Plusieurs études ont démontré que les connaissances des médecins sont souvent lacunaires en ce qui concerne les prescriptions destinées aux aînés et que les ordonnances mal choisies sont fréquentes. On décrit ci-dessous des facteurs liés aux habitudes de prescription des médecins, ainsi que des stratégies qui visent à influencer sur ces facteurs, sans oublier les principes qui définissent clairement les étapes fondamentales à suivre pour bien prescrire des médicaments aux aînés.

Les Canadiens âgés constituent le segment de la population qui augmente le plus rapidement et ils sont les plus gros clients des programmes de médicaments des provinces. Le risque de réactions défavorables aux médicaments est de quatre à sept fois plus élevé chez eux que chez les jeunes. Ce phénomène est lié au vieillissement, au changement des fonctions hépatiques et rénales, à la sensibilité accrue aux médicaments et aux problèmes médicaux multiples qui entraînent souvent une «polypharmacie». Chez les aînés, les réactions défavorables aux médicaments sont souvent complexes et peuvent être la cause directe d'au moins 20 % des hospitalisations pour soins actifs. Les médicaments les plus souvent en cause dans de telles situations sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les psychotropes, les hypotenseurs et les antiparkinsoniens. Les troubles cognitifs et affectifs, par exemple, peuvent être causés par des réactions défavorables aux sédatifs ou aux somnifères. On a aussi établi un solide lien entre l'utilisation de benzodiazépines et les cas de fracture de la hanche.

Le médecin prescripteur joue un rôle fondamental dans l'origine et le règlement des cas de réactions défavorables aux médicaments chez les aînés. Entre 1950 et 1976, les ordonnances prescrites par les médecins ont quadruplé, mais les visites des patients n'ont pas augmenté autant. Plusieurs études ont démontré que les médecins connaissent insuffisamment et mal les méthodes de prescription, qui varient considérablement selon le lieu et le type de pratique. Il peut en outre y avoir un lien positif entre l'intensité de la pratique et le taux de prescription. Des facteurs psychosociaux affectent considérablement le comportement des prescripteurs. Les femmes sont plus susceptibles de se voir prescrire des sédatifs que les hommes. En 1982, l'Enquête Santé Canada a révélé que les aînés étaient les plus gros consommateurs de somnifères, d'anxiolytiques et de sédatifs, ce qu'ont confirmé plusieurs autres études.

La définition des facteurs qui affectent le comportement des prescripteurs et la meilleure façon d'agir sur ces facteurs intéressent énormément. Parmi les facteurs liés à de meilleures habitudes de prescription, mentionnons le besoin perçu de formation médicale continue, la formation postdoctorale, la participation à des réunions professionnelles, une pratique collective, la consultation des pairs et une pratique où les aînés représentent de 25 à 49 % des patients. Parmi les facteurs liés à de mauvaises habitudes de prescription, mentionnons le nombre d'années écoulées depuis la qualification et le recours aux sources commerciales d'information sur les médicaments uniquement. La rétroaction directe provenant des bases de données sur les programmes de médicaments, les présentations au sujet de médicaments et la formation médicale continue en pharmacothérapie gériatrique sont au nombre des stratégies qui permettent d'améliorer les habitudes de prescription.

Les principes suivants définissent clairement les étapes fondamentales à suivre pour bien prescrire des médicaments aux aînés. Ces principes sont fondés sur des connaissances communes que tous les médecins possèdent mais ne semblent pas toujours utiliser. Ce sont les bases sur lesquelles peuvent s'appuyer des lignes directrices relatives à des circonstances précises ou à des catégories d'agents. Avec un peu d'imagination et compte tenu des réalités concrètes de la pratique quotidienne, il est possible, à partir de ces bases, de bâtir des solutions de rechange commodées aux mauvaises habitudes de prescription.

Connaître le patient

- Connaître le diagnostic.
- Connaître les antécédents pharmaceutiques. Demander au patient d'apporter tous ses médicaments prescrits et en vente libre à chaque fois qu'il se présente au bureau, pour les

examiner. Garder une liste des médicaments que prend chaque patient, la revoir au moins une fois par année pour déterminer dans quelle mesure le patient s'y conforme.

- Connaître les antécédents de consommation de drogues non médicales comme l'alcool, le tabac et la caféine.

Envisager un traitement non pharmaceutique

- Le régime alimentaire, l'exercice, la psychothérapie ou des ressources communautaires peuvent faire une différence.

- La formation médicale continue et l'apprentissage de traitements non pharmaceutiques spécifiques sont aussi très utiles.

Connaître les médicaments

- Bien prescrire quelques médicaments au lieu de mal en prescrire un grand nombre.

- Évaluer d'un oeil critique toutes les sources d'information sur les médicaments et en utiliser un grand nombre : manuels, lignes directrices sur la pratique clinique, journaux médicaux, conférences, collègues, formation médicale continue et centres régionaux d'information sur les drogues.

- Suivre constamment les patients pour déceler toute réaction défavorable aux médicaments.

- Traiter les maladies traitables si le traitement entraîne une amélioration de la qualité de vie.

- Commencer par de faibles doses et y aller lentement en prescrivant le médicament le plus spécifique, le plus sûr et le plus rentable disponible. La dose appropriée peut dépendre de facteurs comme l'âge, le sexe, la masse corporelle, l'état de

santé général, les maladies et médications concurrentes, et les fonctions hépatique, rénale et cognitive (les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux médicaments qui affectent le système nerveux central).

Garder les schémas posologiques simples

- Éviter dans la mesure du possible les schémas à fréquence mixte.

Établir les buts du traitement

- Déterminer comment on évaluera dans quelle mesure les buts auront été atteints.

- Réévaluer régulièrement les buts, la pertinence de la réaction et la justification du maintien du traitement.

- Essayer de maintenir à moins de cinq le nombre de médicaments utilisés pour les traitements prolongés afin de réduire au minimum le risque d'interaction médicamenteuse et d'améliorer l'observation des prescriptions.

Encourager les patients à utiliser les médicaments de façon responsable

- S'assurer que le patient, et le soignant au besoin, comprend la nécessité du médicament et sait comment l'utiliser.

- Recommander l'utilisation de calendriers pharmaceutiques, de journaux ou d'autres aide-mémoire, le cas échéant, et contrôler ceux-ci régulièrement pour déterminer dans quelle mesure le patient s'y conforme.

- Recommander au patient d'utiliser une seule pharmacie.■