

Äldre och läkemedel

Innehåll

Normalt åldrande och läkemedel	1
Sjukdomar i högre åldrar och läkemedel	1
Rekommendationer vid vanliga problem	2
• Förstoppning samt andra mag- och tarmproblem	2
• Urinvägsbesvär	2
• Smärta	2
– Icke-farmakologisk smärtbehandling	
– Farmakologisk smärtbehandling	
• Förmaksflimmer	3
• Hjärtsvikt	3
• Demenssjukdomar	3
• Konfusion	4
• Sömnstörningar, depression, ångest och psykotiska tillstånd	4
• Epilepsi	4

Källor

Äldre och läkemedel,
 Terapirekommendationer,
 Landstinget i Uppsala län, februari 2005

Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i
 äldres läkemedelsterapi, Socialstyrelsen,
 2003

Många äldre behöver läkemedel men de bör vara så få som möjligt och de bör ofta omprövas. Behandlingsindikation, tid för planerad behandling och hur effekten ska utvärderas bör finnas angivet i patientens journal. Polyfarmaci och åldringsförändringar kan göra att äldre plötsligt får biverkningar, till exempel förvirring av läkemedel som de tidigare tålt under många år.

NORMALT ÅLDRADE OCH LÄKEMEDEL

Åldrandet påverkar den normala funktionsförmågan på cellnivå, på organnivå och på individnivå. Alla processer går långsammare och störningar uppstår oftare. Förmågan att metabolisera och utsöndra läkemedel avtar med stigande ålder.

Några exempel:

- Njurfunktionen minskar med stigande ålder från 40-årsåldern. Värdet på kreatininclearance är viktigare för läkemedelsutsöndringen än värdet på S-kreatinin, som är beroende av såväl njurfunktion som muskelmassa. Vid 80 års ålder kan S-kreatinin vara tämligen normalt trots att kreatininclearance ligger på 30–50 procent av den medelålders friska människans njurfunktion.
- Leverblodflödet minskar till nästan hälften. Enzymsystem som är involverade i oxidativa reaktioner påverkas, medan enzymsystem som är involverade i konjugering av läkemedel är oförändrade.
- I högre ålder förändras kroppssammansättningen av fett och vatten. Större andel fett och mindre mängd kroppsvatten kan leda till ackumulering av fettlösliga substanser som till exempel sömnmedel.
- Läkemedel som påverkar centrala nervsystemet, exempelvis antikolinerga medel, medför högre risk för förvirringstillstånd.
- Försämring av kroppens kompensatoriska mekanismer, till exempel försämrade blodtrycksreglering, innebär att läkemedel som sänker blodtrycket medför ökad risk för yrsel, obalans och fall.

SJUKDOMAR I HÖGRE ÅLDRAR OCH LÄKEMEDEL

Med stigande ålder minskar marginalerna och sårbarheten ökar, vilket blir uppenbart när en tidigare frisk gammal människa drabbas av sjukdom eller olycksfall. Sjukdomar som tumörer, hjärtsvikt, stroke, osteoporos och demens är starkt åldersrelaterade. Diabetes mellitus förekommer hos drygt 20 procent av personer som är 80 år och äldre. Infektioner, som är vanliga i alla åldrar, har ofta ett allvarigare förlopp hos

gamla. De vanligaste läkemedelsgrupperna är hjärt- och kärlläkemedel, psykofarmaka samt mag- och tarmläkemedel.

Många individer behöver flera läkemedel samtidigt, men risken för interaktioner och biverkningar ökar för varje nytt läkemedel som sätts in. Mycket tyder på att det också finns en betydande överanvändning.

På grund av minskade marginaler genom det normala åldrandet och tillkomst av sjukdomar, som kräver behandling, är det viktigt att göra individuell dosanpassning, genom att till exempel; *Minska dosen och/eller förläng intervallen mellan doserna! Vara beredd att regelbundet ompröva läkemedelsterapin!*

Det är vanligt att äldre med komplex sjukdomsbild och sviktande organfunktioner har många läkemedel. Polyfarmaci (mer än fem läkemedel som stående ordination) är vanligt och ökar risken för biverkningar, interaktioner och bristande följsamhet. Behandling av biverkningar leder lätt till en ond cirkel med ännu mer läkemedel. Vanliga exempel är NSAID som ger ödem och behandlas med diuretika, eller NSAID som orsakar ulcus och behandlas med protonpumpshämmare.

REKOMMENDATIONER VID VANLIGA PROBLEM

Förstoppning samt andra mag- och tarmproblem

Förstoppning är vanligt på grund av förändrad tarmmotorik, kostvanor och inaktivitet. I första hand rekommenderas: ökat vätskeintag, kostförändring och ökad fysisk aktivitet. Vid sjukdomar såsom Mb Parkinson och stroke eller vid morfinbehandling behövs laxermedel. För äldre med lågt vätskeintag är osmotiskt verkande laxermedel, till exempel laktulos, att föredra. Bulkmedel ska aldrig ges som förebyggande vid behandling med morfin.

Vid behandling av ulcus eller gastroesofageal reflux är det viktigt att diagnosen är klar. Protonpumpshämmare (PPI) är att föredra framför H₂-blockerare, på grund av mindre risk för antikolinergt utlöst konfusion. Vid tillfälliga refluxbesvär kan antacida prövas i första hand. Om inte indikationen för långtidsbehandling med PPI är klar, till exempel upprepade magsår, samtidig kortison och NSAID behandling, så bör behandlingen ofta omprövas. Vid utsättning är det en fördel att successivt sänka dosen. OBS! Kortisonbehandling utan samtidig NSAID är ingen riskfaktor att utveckla magsår och ska ej behandlas med PPI.

Urinvägsbesvär

Asymtomatisk bakterieuri är mycket vanligt hos äldre och ska inte behandlas. Vid KAD förekommer det i princip alltid. Vid klara symtom på UVI hos kvinnor

behandla 5-7 dagar. Använd pivmecillinam, nitrofurantoin eller trimetoprim. Hos män är ofta prostata bidragande till infektionen varför behandlingstiden bör vara något längre (10–14 dagar). Använd ciprofloxacin eller trimetoprim. Var alltid observant på att tömningsproblem kan ligga bakom besvären. Lågpotenta östrogener kan ha viss förebyggande effekt mot infektioner hos kvinnor men långtidsbehandling bör omprövas när patienten varit infektionsfri en tid.

Trängningsinkontinens är ett vanligt problem hos äldre och orsakar ofta stort lidande. Förstahandsbehandling bör vara blåsträning med regelbundna miktionsstider. Tillägg av antikolinerga läkemedel kan vara värdefullt, men effekten bör noga utvärderas och risken för förvirring beaktas.

Smärta

Många äldre känner av stelhet och smärta från rörelseapparaten. För att smärtbehandling ska lyckas måste man börja med en smärtanalys. Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse är patientens medverkan mycket viktig. Behandlingen får gärna utgöras av kombinerade medicinska, psykologiska och sociala åtgärder. Behandlingen följs upp med VAS (Visuell Analog Skala).

Icke-farmakologisk smärtbehandling

Det är mycket vanligt med biverkningar av analgetika hos äldre, prova därför ickefarmakologisk behandling ensamt eller i kombination med läkemedel. Diskutera gärna med sjukgymnast kring lämpliga åtgärder som exempelvis motion, rörelseövningar, avspänning, värme/kyla, massage, akupunktur och TENS.

Farmakologisk smärtbehandling

Läkemedelsval bör ske på grundval av smärtans mekanism snarare än dess intensitet. Nociceptiv smärta (relaterad till skadliga stimuli från olika vävnader) svarar bra på läkemedel. Icke-nociceptiv smärta (exempelvis neurogen) är mer svårbehandlad. Vanliga analgetika har då sällan god effekt, vilket kan leda till upptrappning med risk för beroende, biverkningar och toxicitet (exempelvis dextropropoxifen). Utvärdera därför insatt behandling efter en vecka, för att ta ställning till om effekten är tillräcklig och om biverkningar uppkommit. Tricykliska antidepressiva (klomipramin) och vissa antiepileptiska preparat, till exempelvis Gabapentin, kan prövas med noggrann utvärdering.

Paracetamol regelbundet bör i regel prövas i första hand. Om otillräcklig effekt kan det ofta vara bättre att höja dosen tillfälligt än att lägga till ytterligare ett läkemedel.

Opioida analgetika, till exempel dextropropoxifen, kodein och tramadol, medför risk för konfusion, yrsel, falltendens och förstoppning. Tramadol har klart mer CNS-biverkningar och är därför olämpligt till äldre.

NSAID ger ökad risk för hjärtsvikt, njursvikt och allvarliga blödningar. Vid inslag av inflammatorisk smärta kan det dock behövas. Dosen bör hållas låg och behandlingstiden om möjligt kort (en-två veckor), gärna vid behov. Välj helst ett preparat med kort halveringstid exempelvis ibuprofen eller diklofenak. Ompröva ofta långtidsbehandling med NSAID.

Obs! Risk för dubbelmedicinering och överdosering föreligger på grund av dubbelförskrivning eller om patienten köpt receptfria analgetika.

Förmaksflimmer

Förmaksflimmer ökar med stigande ålder. Ofta är förmaksflimmer i högre åldrar förknippat med andra kardiovaskulära sjukdomar. Risken för blodpropp är hög. Vid kroniskt förmaksflimmer gäller frekvensreglering och emboliprofylax.

För frekvensreglering är betablockerare (bisoprolol, metoprolol) och kalciumblockerare (verapamil) förstahandsval. Digoxin prövas i andra hand. Se avsnittet om digoxin under rubriken Hjärtsvikt.

Som emboliprofylax rekommenderas warfarin (Waran) som kan pågå tills kontraindikation uppstår. Kontraindikationerna är väl kända: allvarlig blödning, blödningsrisk och leversjukdom. Varning och försiktighet; hög ålder, okontrollerad hypertoni, dålig följsamhet till ordination, fallrisk, alkoholmissbruk, tidigare hjärn- eller magblödning, njursvikt, malignitet med mera. Risk för interaktion med en rad andra läkemedel.

Ompröva behandling med Waran minst en gång årligen!

ASA är ett alternativ när Waran är kontraindicerat. Ju äldre patienten är desto viktigare är det att väga den skyddande effekten av Waran mot riskerna med fortsatt behandling.

Hjärtsvikt

ACE-hämmare (enalapril) och betablockerare (bisoprolol, metoprolol) bör utgöra basterapi vid kronisk hjärtsvikt. Förutom mortalitetsvinst har man klart påvisat minskad sviktutveckling och minskat vårdbehov. Äldre fordrar ofta en lägre initialdos och försiktigare upptitrering. Om diuretikabehandling pågår, bör diuretikadosen sänkas i samband med att man börjar med ACE-hämmare.

Loopdiuretika exempelvis furosemid är ett av de mest förskrivna läkemedlen hos äldre. Sannolikt föreligger här en betydande överförskrivning. Loopdiuretika kan ha en dramatisk effekt vid akut hjärtsvikt, men ingår i basterapi vid kronisk hjärtsvikt bara om det föreligger vätskeretention. Många äldre kvarstår slentrianmässigt på onödigt höga doser.

Diuretika ska nedtitreras till lägsta effektiva dos. Slowreleaseberedningar kan vara till fördel för dem som verkligen behöver läkemedlet. Vid hypokalemi rekommenderas kaliumsparande läkemedel (spironolakton).

Digoxin har fortfarande en klar indikation:

1. Vid måttlig – svår systolisk hjärtsvikt, som inte kompenseras med sedvanlig basterapi.
2. Som tillägsbehandling till betablockerare och/eller kalciumblockerare vid reglering av kammarfrekvensen vid förmaksflimmer.

Stigande ålder och minskande njurfunktion ger dock ökad risk för digitalisintoxikation och död. Till detta kommer risken för interaktion mellan digoxin och en rad andra läkemedel som är vanliga hos äldre.

Riktområdet för S-digoxin är <1,4 nmol/L.

Kalciumblockerare, NSAID och ASA (undantag lågdosbehandling), är exempel på läkemedel som kan vara riskfyllda vid hjärtsvikt hos äldre.

Demenssjukdomar

Demenssjukdomar är vanliga i högre ålder. Vid misstanke om demens ska patienten utredas ordentligt innan behandling sätts in. Utredningen har som syfte att utesluta andra somatiska och psykiska sjukdomar samt läkemedelsbiverkan. *Vårdprogram för utredning och behandling finns på: www.lvn.se/minnessvarigheter.* Anhörigas deltagande i utredning och behandling är viktig. När diagnos ställs och patienten informeras är det viktigt med information dels om sjukdomen och om vilket stöd och hjälp patienten och anhöriga kan få. Det är också bra att patienten fortsätter vara socialt aktiv, motionerar och gör det han/hon trivs med.

För Alzheimers sjukdom och demens vid Parkinsons sjukdom, finns symptomlindrande läkemedel, det finns inga mediciner som påverkar sjukdomsförloppet. För vaskulär demens finns ingen dokumentation av nyttan med acetylkolinesterashämmare. Tre preparat finns tillgängliga, donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon) och galantamin (Reminyl) för behandling av mild till måttlig Alzheimers sjukdom. De finns i olika beredningsformer. Dokumentation saknas för patienter med mild demens med MMT >24 poäng av 30 möjliga.

Utsättning övervägs inom 6–12 månader om effekten uteblir eller om patienten försämras.

Utsättningsförsök bör göras om man tvekar om patienten har nytta av läkemedlet. Behandling med kolinesterashämmare kan avslutas direkt utan nedtrappning. Inom 2 veckor kan och bör en utvärdering göras. Om provutsättning görs ska beredskap finnas för att kunna påbörja behandlingen igen. Detta bör ske inom 2 veckor för att ej utsätta patienten för risken att få funktionsförluster. I en sådan situation

ska läkemedlet fasas in enligt samma schema som när patienten påbörjade behandlingen. Vid avancerad demens (MMSE < 10 poäng) kan memantinhydroklorid (Ebixa) i vissa fall prövas. Behandlingsförsök rekommenderas ske i samråd med geriatriker. Depressiva symtom är mycket vanliga vid demens, särskilt i tidigt skede av Alzheimers sjukdom. Depression behandlas på sedvanligt sätt med SSRI-preparat, i första hand citalopram eller mirtazapin vid samtidig sömnstörning. BPSD, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, är vanligt förekommande. Arten av störningen måste analyseras före farmakologisk behandling, som prövas när inte kloka omvårdnadsåtgärder räcker till.

Innan farmakologisk behandling sätts in, fundera om symptomen utlöses av annan somatisk sjukdom, omvårdnadsproblem, tidigare personlighetsdrag som fördjupats eller om arten och graden av hjärnskadan leder till svårigheter att tolka sin omgivning. Behandling med acetylkolinesterashämmare kan lindra vid psykotiska symtom. Liksom SSRI vid oro, sömnstörning och aggressivitet. Ibland kan karbamazepin (Tegretol) i låg dos vara effektivt vid aggressivitet.

Neuroleptika kan ha effekt vid hallucinos, vanföreställningar och aggressivitet (haloperidol eller risperidon). Då neuroleptika ger antikolinerga effekter bör doserna hållas så låga som möjligt och behandlingstiderna korta. Utvärdera ofta, behandlingsbehovet kan vara kortvarigt. Observera att risken för TIA/stroke ökar vid behandling av äldre dementa med neuroleptika. Apati, inaktivitet, rastlöshet, rop och vandringsbeteenden svarar ofta dåligt på läkemedel. Miljöåtgärder är bättre än farmaka.

Konfusion

Akut konfusion (tillfällig förvirring) misstänks alltid i första hand bero på kroppslig sjukdom eller biverkan av läkemedel eller andra droger.

Konfusion karakteriseras av störning av koncentration och inlagring samt misstolkning av omgivningen med eller utan synhallucinationer. Symtomen kan fluktuera under dagen och försämras under natten. Läkemedel som har antikolinerg effekt är ökända för att kunna utlösa förvirringstillstånd.

Akut konfusion: för att ge sömn och återställa dygnsrytmen ges i första hand klometiazol (Heminevrin), som har kort halveringstid.

Vid besvärande psykotiska symtom rekommenderas haloperidol (Haldol), vilket har snabbare tillslag men också mer extrapyramidala biverkningar än risperidon (Risperdal). Ompröva behandlingen tidigt.

Sömnstörningar, depression, ångest och psykotiska tillstånd

Äldres sömnbesvär yttrar sig oftast i tidigt morgon-uppvaknande, som inte behöver behandlas med läkemedel, om det inte är ett led i en depression. Ofta är det bättre att gå upp och äta en första frukost för att sedan återvända till sängen med en tidning, musik eller radio. Svårigheter att somna kräver ofta en analys av kvällsvanor, orosmoment, otillräcklig aktivitet under dagen etc.

Goda insomningsråd kan tillhandahållas till exempel via sjukvårdsrådgivningen: www.1177.se. Vid tillfällig sömnstörning kan zopiklon prövas. Ju äldre patienten är, desto lägre dos bör man ordinera. Eftersträva "vidbehovs" medicinering och korta behandlingstider.

Depression hos äldre kan ha atypiska symtom, till exempel psykotiska symtom med paranoida inslag eller aggressivitet. SSRI-preparaten rekommenderas, i första hand citalopram. Vid sömnstörning kan mianserin (bra vid mardrömmar) eller mirtazapin övervägas. Om patienten blir bättre efter en månad ska behandlingen pågå i minst sex månader, innan den långsamt trappas ner under tre till sex veckor. Ofta krävs mycket långvarig behandling om det har varit en svår depression.

Ångest behandlas främst med SSRI-preparat eller kortverkande bensodiazepiner exempelvis oxazepam. De senare har dock sämre dokumenterad effekt. Långverkande bensodiazepiner ska undvikas även vid sömnbesvär, där till exempel flunitrazepam och nitrazepam är olämpligt på grund av ackumuleringsrisken.

Antipsykotiska läkemedel är tämligen väl dokumenterade vid **organiska psykos** hos äldre. Låga doser rekommenderas generellt. Extrapyramidala biverkningar, generell stelhet och tardiva dyskinesier, är både vanligare och allvarigare hos äldre.

Epilepsi

Äldre personer med sänkt njurfunktion och sänkt nedbrytningshastighet av läkemedel kan få biverkningar även vid "normala" doser av antiepileptika. Därför börjar man med låg dos som ökas långsamt. För fenytoin, karbamazepin och valproat bör möjligheten till bestämning av serumkoncentration utnyttjas.

Interaktioner med andra läkemedel är vanliga och bör alltid kontrolleras innan medicinering med antiepileptika påbörjas eller nya läkemedel ska sättas in. Antiepilepsibehandling bör omprövas efter en längre period av anfallsfrihet.