

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre

Lunchföreläsning 220412

Ulrika Edström, geriatriker, informationsläkare

Anna Berglin, informationsapotekare

Vad är detta? Vilken nytta?

- Två delar
- Kortfattat [häfte](#)
- Mera utförlig [bakgrundstext](#) med bakgrundsdocument med mer fördjupad information och länkar (126 sidor)



Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre- Vilka ligger bakom?

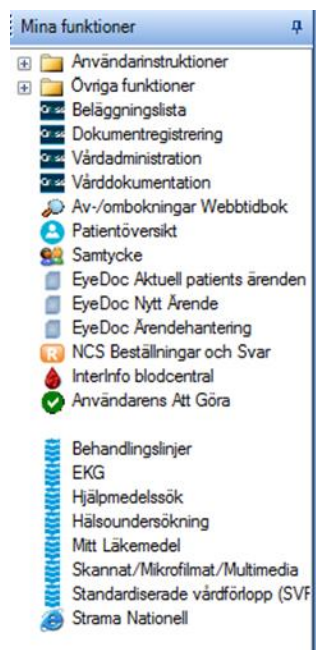
- Samarbete mellan 12 av Sveriges regioner



- Ny uppdaterad version skickats ut tillsammans med Mitt läkemedel 2022
- Västernorrland ansvariga för ett nytt kapitel om konfusion
- [Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre 2022-2023](#)



Var hittar man häftet digitalt? Mitt läkemedel 2022





Regional samverkansgrupp Läkemedel i Uppsala- Örebro,
Sjukvårdsregion samt Läkemedels-
kommittéerna i Region Jämtland Härjedalen, Region
Jönköpings Län,
Region Kalmar Län, Region Kronoberg
och Region Västernorrland.



Rek-lista för barn framtagen av de sju
läkemedelskommittéerna i Uppsala-
Örebroregionen. Skriften tar i första hand upp
läkemedelsbehandling av vanliga
barnåkommor.

Hur får man tag på häftet?

- Skicka ett mejl om hur många häften man önskar och till vilken adress de ska skickas till: lakemedelskommitten@rvn.se

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre

Målsättning

Rekommendationer som förbättrar livskvaliteten för mest sjuka & sköra äldre, undvika läkemedel som..

- inte tillför något positivt vad gäller livskvalitet samt
- undvika vårdskador pga onödig polyfarmaci & olämpliga läkemedel



Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre – definition av pat. grupp

”Sköra äldre” används ofta istället för ”multisjuka äldre” eller ”mest sjuka äldre”,
Äldre personer med stort behov av både vård och omsorg.

- 1) allmän svaghet, trötthet
- 2) nedsatt uthållighet
- 3) viktnedgång/aptitlöshet
- 4) låg fysisk aktivitet
- 5) dålig balans
- 6) nedsatt kognition.



Definition skör, vanligen **minst tre** av dessa tillstånd finnas med i anamnesen.

I genomsnitt använder denna patientgrupp **över tio läkemedel per dygn** och den **kvarstående livslängden** överstiger sällan **två till tre år**.

Det finns åtskilliga skalor och instrument för hur skörhet kan definieras och graderas. Ett instrument som blivit alltmer etablerat är [Clinical Frailty Scale](#) – CFS.

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre

Alla kapitel har följande huvudrubriker:

- Vad bör behandlas?
- Icke-farmakologisk behandling
- Vilka läkemedel kan användas?
- Vilka läkemedel/kombinationer bör särskilt beaktas/undvikas?
- När/hur avsluta läkemedelsbehandling?



MATSMÄLTNINGSORGAN OCH ÄMNESOMSÄTTNING

FÖRSTOPPNING

Vad bör behandlas?

Förstoppning oavsett genes ska inte leda till obehag och lidande. Vid opioidterapi bör behandling med laxantia ges samtidigt (Obs! Ej bulkmedel p.g.a. ileusrisk). Tänk på att svår förstoppning kan ge diarréer (förstoppningsutlöst diarré). Vid sådan klinisk misstanke bör DT-buk alt. röntgen buköversikt göras.

Icke-farmakologisk behandling

Tillräckligt vätskeintag, fiberrik kost, lösande livsmedel och livsmedel med levande bakteriekultur. Evidensen för probiotika vid förstoppning är dock begränsad. Fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel kan användas?

Osmotiskt verkande laxermedel (t.ex. makrogol, laktulos, laktitol). Individuellt med smak – pröva olika. Makrogol kan även användas vid fekalom. Peristaltikstimulerande läkemedel (t.ex. natriumpikosulfat, bisakodyl-tabletter eller -mikrolavemang) eller mjukgörande/smörjande klymsma (t.ex. dokusatnatrium/sorbitol) har nytta som "nödlösare" vid akuta besvär. Natriumpikosulfat i droppform (t.ex. 5 drp x 2–3 initialt) gör det enklare att titrera fram en lämplig dos. Det kan vid behov ges som tillägg till makrogol.

Vilka läkemedel/kombinationer bör särskilt beaktas/undvikas?

Möjliga, men sällsynta, effekter av osmotiskt verkande laxermedel kan vara elektrolyttrubbingar respektive vätskeretention vilket bör beaktas hos känsliga patienter (se FASS). Exempelvis innehåller Movicol makrogol plus Na och K medan Forlax innehåller enbart makrogol. Vissa läkemedel förvärrar förstoppning. Exempel på substanser med stor risk: jäm i tablettform, opioider, kalcium, verapamil samt läkemedel med antikolinerg verkan.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Utvärdera alltid effekten av laxantia och ändra eller avsluta behandlingen om utebliven effekt, biverkningar eller vid avslutad behandling med läkemedel som gett upphov till förstoppning. Läkemedelsbehandling vid förstoppning kan avslutas direkt, men med noggrann uppföljning.

MATSMÄLTNINGSORGAN OCH ÄMNESOMSÄTTNING

TYP 1-DIABETES

Vad bör behandlas?

Av alla med diabetes har endast en mindre del typ 1, men det måste vara klart för alla runt patienten att detta är diagnosen.

Vid typ 1-diabetes är individen absolut insulinberoende och insulintillförseln får aldrig upphöra helt. Behandlingsregim upprättas i samråd med specialistsjukvårdens diabetesteam. Mål för P-glukos är individuellt, men vanligtvis mellan 6 och 15 mmol/l. För de mest sköra äldre är målsättningen att nå en stabil, icke symtomgivande glukosnivå.

Icke-farmakologisk behandling

Personer med typ 1-diabetes omfattas av samma kostråd som andra. Regelbundna måltider, liksom en kost utan stora mängder snabba kolhydrater, underlättar en acceptabel glukoskontroll. Detta innebär inte att man skall neka personen söta eller "onyttiga" inslag i kosten, men i sådana fall bör insulinbehandlingen vid behov kunna anpassas. God tandhälsa bör eftersträvas då denna kan ha stor betydelse för glukosnivåerna, liksom bör fysisk aktivitet uppmuntras.

Vilka läkemedel kan användas?

Olika kombinationer av insulin är möjliga. Vanligast är ett basinsulin som ges en gång per dygn och ett snabbinsulin som används både till måltider och vid behov för korrigerande av höga värden. Vid oförklarlig eller svårhanterlig hyperglykemi, tänk på rekylfenomen och gör en utvidgad glukoskurva, både före och efter måltid samt nattvärde under några dygn. Korrekt injektionsteknik och varierande stickställen är en förutsättning för rätt insulineffekt. När egen-vård inte längre fungerar måste hjälp fås från närstående eller vårdpersonal. Hemtjänstinsatser kan vara svåra att tidsanpassa, både vad gäller administrering och glukoskontroller såväl som kostintag.

Vilka läkemedel/kombinationer bör särskilt beaktas/undvikas?

Vid typ 1-diabetes används insulin för glukoskontroll och detta ska alltid ges. Beakta att justering av insulinidos kan bli aktuellt i takt med att fysiologiska förändringar sker i kroppen.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Insulin ska aldrig sättas ut helt vid typ 1-diabetes, men man får räkna med att behovet förändras med tiden. Minskad kropps massa, minskat födointag och sviktande njurfunktion leder alla till minskat insulinbehov. Nyttillkommen immobilisering leder ofta till ökat behov av insulin.

INNEHÅLL

BAKGRUND.....	3
ATT TÄNKA PÅ NÄR DU TRÄFFAR EN ÄLDRE SKÖR PATIENT.....	4
MATSMÄLTNINGSORGAN OCH ÄMNESOMSÄTTNING	
Undernäring.....	7
Synrelaterade tillstånd i matstrupe och magsäck.....	8
Förstoppning.....	10
Typ1-Diabetes.....	11
Typ2-Diabetes.....	12
BLOD OCH BLODBILDANDE ORGAN	
Anemi och järnbristanemi.....	13
Vitamin B12- och folatbrist.....	15
Dehydrering.....	16
HJÄRTA OCH KRETSLOPP	
Hjärtsvikt.....	18
Hypertoni.....	20
Lipidsänkande behandling vid hjärt-kärlsjukdom.....	21
Trombocythämmande behandling vid hjärt-kärlsjukdom.....	22
Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer.....	23
HUDSJUKDOMAR.....	24
UROLOGI	
Urinvägsinfektion.....	26
Urininkontinens.....	27
Benign Prostatahyperplasi (BPH).....	28
INFEKTIONER.....	28
RÖRELSEAPPARATEN	
Gikt.....	31
D-vitaminbrist.....	32
Osteoporos.....	33
NERVSISTEMET	
Långvarig icke-malign smärta.....	35
Epilepsi.....	37
Parkinsons sjukdom.....	38
Sömnstörning.....	39
Oron/Ångest.....	40
Depression.....	41
Konfusion.....	43
Kognitiv sjukdom/Demenssjukdom.....	44
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....	46
Alkoholberoende.....	47
ANDNINGSORGAN	
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).....	48
VÅRD I LIVETS ABSOLUTA SLUTSKEDE.....	50

BAKGRUND



Målsättning. Syftet med våra rekommendationer är att förbättra livskvaliteten för de mest sjuka och sköra äldre, undvika läkemedel som inte tillför något positivt vad gäller livskvalitet samt undvika värdsador på grund av onödig polyfarmaci och olämpliga läkemedel.

Definition av patientgrupp. Begreppet ”sköra äldre” används många gånger istället för ”multisjuka äldre” eller ”mest sjuka äldre”, alltså äldre personer med stort behov av både vård och omsorg. Skörhet innebär: 1) allmän svaghet, trötthet, 2) nedsatt uthållighet, 3) viktminskning/aptitlöshet, 4) låg fysisk aktivitet, 5) dålig balans och 6) nedsatt kognition. För att individen ska definieras som sköra ska vanligen minst tre av dessa tillstånd finnas med i anamnesen. I genomsnitt använder denna patientgrupp över tio läkemedel per dygn och den kvarstående livslängden överstiger sällan två till tre år. Det finns åtskilliga skalor och instrument för hur skörhet kan definieras och graderas. Ett instrument som blivit alltmer etablerat är Clinical Frailty Scale – CFS.

Bakgrund: Kunskapen om symtom, utredning och behandling av de mest sjuka äldre är bristfällig inom stora delar av sjukvården. Den gamla människan visar många gånger helt andra symtom vid vanligt förekommande sjukdomstillstånd än vad yngre gör. Det leder till såväl feldiagnostik som över- och underbehandling av sjukdomstillstånd hos de mest sjuka äldre. Studier visar att 10–30 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus helt eller delvis är läkemedelsrelaterade. Upp till hälften av dessa bedöms möjliga att undvika. För de flesta sjukdomstillstånd saknas riktlinjer eller vårdprogram som tar hänsyn till gruppen de mest sjuka och sköra äldre. Det beror på att det generellt saknas vetenskaplig dokumentation eller evidens specifikt för behandling av de mest sjuka äldre. Många vårdprogram bygger på dokumentation från läkemedelsprövningar där betydligt yngre människor med mindre samsjuklighet inkluderats och där hänsyn till de mest sjuka äldres förmåga att klara läkemedelsbehandling inte har tagits.

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre- första kapitlet

Att tänka på när du träffar en äldre skör patient

- Minska risken för biverkningar, start low-go slow
- Olämpliga läkemedel för äldre, socialstyrelsens lista
- Indikation för varje ordinerat läkemedel, lätt att det förnyas..
- Fallrisk och fallprevention
- Beakta och beräkna njurfunktionen
- Symtomskattning med PHASE-20
- Läkemedelsgenomgång och korrekt läkemedelslista
- Säker läkemedelsanvändning, korrekt lista? Hantering?



Nya kapitel

- Diabetes typ 1
 - Anemi och järnbristanemi
 - Dehydrering
 - Infektioner
 - Gikt
 - **Konfusion**
 - Alkoholberoende
- Lagt till [länkar](#) i webbversionen av Mitt läkemedel till Region Gävleborgs webbversion av äldrehäftet "Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre" på flera ställen.



Konfusion



Vad bör behandlas?

Konfusion bör framförallt förebyggas. Om tillståndet ändå uppstår försök bryta det snarast.

- Sök underliggande medicinsk orsak, exempelvis obstipation? obehandlad smärta? infektion? urinstämning? Åtgärda om möjligt.
- Genomför läkemedelsgenomgång. Tänk på eventuellt tidssamband mellan insättning av läkemedel och start av symtom. Undvik olämpliga läkemedel.

Det kan vara svårt att skilja mellan demens och konfusion. Konfusion debuterar snabbt medan demens har anamnes på förändring över tid/månader. Vissa individer har båda tillstånden samtidigt. Vid osäkerhet behandla som konfusion initialt.

Tänk på att patienter kan ha en hypoaktiv konfusion som är svårare att uppmärksamma.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Läkemedelsbehandling bör alltid vara tillfällig - så kort period som möjligt – helst enstaka doser med en för alla i teamet tydlig plan. Sätt inte in stående läkemedel t.ex. neuroleptika som bara löper på. Har regelbunden behandling pågått en längre tid (beroende på vilket läkemedel) trappa ut vid utsättning, se t.ex. Klinisk farmakologis webbsida [Utsättning av läkemedel](#) eller [Medstopper.com](#).

Konfusion

Vilka läkemedel kan användas?

Hos åldrade, sköra individer bör läkemedelsbehandlingen individanpassas vilket är en utmaning. Det gäller både val av preparat, dos vid insättning, upptrappningstakt, måldos samt nedtrappningshastighet vid utsättning.

Endast om *icke-farmakologisk behandling* är otillräcklig kan korttidsanvändning av läkemedel övervägas. Utvärdera effekt, innan upprepad dos, dosökning eller annat läkemedel påbörjas. Konsultera gärna mer erfaren kollega.

- Klometiazol – vid nattlig oro, ångest, 300–600 mg, max 1200 mg/dygn.
- Zopiklon – vid sömnstörning, 3,75-5 mg till natten.
- Oxazepam – vid oro, 5-10 mg/dos, 1-3 gånger/dygn.



Vid psykotiska symtom eller svår aggressivitet kan, efter noga övervägt behov, behandling med neuroleptika prövas. Behandlingstid < 1 vecka. Ej vid Parkinson eller Lewy Body-demens. Konsultera då geriatriker eller äldrepsykiater.

- Haloperidol oral lösning 2 mg/ml, 0,25 – 0,5 ml/dos, max 2 mg/dygn. Lägsta effektiva dos.
- Risperidon 0,25 mg/dygn, max 1,5 mg/dygn. Lägsta effektiva dos.

Konfusion brukar klinga av efter några dygn och läkemedlen ska då sättas ut. Om patienten i den akuta fasen är aggressiv och/eller har svåra psykotiska symtom och både icke-farmakologiska och farmakologiska alternativ är uttömda kan i undantagsfall och efter kontakt med specialist i psykiatri eller geriatrik, vårdintyg övervägas.

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre

Vård i livets absoluta slutskede

- Icke-farmakologisk behandling
- Vilka läkemedel kan användas?
- Vilka läkemedel/kombinationer bör särskilt beaktas/undvikas?
- När/hur avsluta läkemedelsbehandling?



Infektion

Vad bör behandlas?

Den stora utmaningen vid infektioner hos sköra äldre är själva diagnostiken då symtombilden ofta är otydlig. Det inflammatoriska svaret kan vara fördröjt och feber och avvikande provsvar kan saknas. Andning, blodtryck, syremättnad, falltendens, konfusion, diarré och kräkningar kan ge diagnostisk ledning och patienten behöver ofta observeras och följas. Vid **Sepsis** kan feber saknas, däremot är plötslig konfusion med nedsatt allmäntillstånd vanliga som enda initiala symtom. För urinvägsinfektion, se kapitel Urinvägsinfektion. Man bör i förväg helst ha tagit ställning till **vårdnivå** innan patient blir akut sjuk.

Riskvärdering av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus, utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis, baseras på NICE:s ”Sepsis risk stratification tool”. En uppfylld parameter räcker för att höja riskvärderingen till gult ljus respektive rött ljus.



Riskvärdering av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus

Fysiologiska funktioner	Grönt ljus (låg risk)	Gult ljus (medelhög risk)	Rött ljus (hög risk)
Beteende/ medvetandegrad	Normalt/Alert	Anamnes på förändrat beteende	Objektivt förändrat beteende/Ej alert
Andningsfrekvens	12–20/min	21–24/min	≥ 24
Saturation på luft	> 95 %	92–94 %	≤ 91 % (< 88 % vid KOL)
Blodtryck (systoliskt)	> 100 mmHg	91–100 mmHg	< 90 mmHg eller > 40 mmHg lägre än patientens normala tryck
Hjärtfrekvens	≤ 90/min	91–130/min eller nyttillkommen arythmi	> 130/min
Temperatur	≥ 36 °C	< 36 °C	
Urinproduktion		Ej kissat senaste 12–17 h	Ej kissat sedan ≥ 18 h
Hud		-Rodnad -Svullen eller sekretion från operationssår -Sårruptur	-Cyanos -Marmorerad eller blek hud -Petekialt utslag
Komorbiditet och riskfaktorer		Allvarlig komorbiditet o/e riskfaktorer	
Social situation		Avsaknad av säkerhetsnät	

Hur avsluta läkemedelsbehandling

Råd om det går att avsluta direkt eller om långsam uttrappning krävs finns i sista stycket på varje kapitel

Länkar till bra sidor med stöd kring uttrappning av läkemedel:

- [Utsättning av läkemedel](#) Region Uppsalas sammanställning information om utsättning av läkemedel
- [FAS-UT3](#)
- [MedStopper](#) Kanadensisk sida
- [Deprescribing.org](#) Kanadensisk sida

Utbildning: Från nuläge till ett bättre läge i hemsjukvård och SÄBO

- 24 maj och 20 sep 13-16
- Vi erbjuder möjlighet att under två handledda halvdagar arbeta med förvalda områden utifrån egna resultat vid nulägesbeskrivningen. Målet är att komma fram till utförbara förbättringsförslag/åtgärder för den egna enhetens verksamhetsrelaterade problem.
- Vår förhoppning är att deltagarna kommer tillsammans med andra som de normalt sett arbetar tillsammans med i vården kring våra sjuka och sköra äldre.
- Inför deltagandet ska deltagarna välja ut **en eller två områden som de vill arbeta med** under dessa två eftermiddagar.

Regioner med egna häften

- Stockholm: [Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre \(MSÄ\)](#)
- Skåne: [Goda läkemedelsråd för sköra äldre 2022 \(skane.se\)](#)
- VGR: [Äldrekompassen \(vgregion.se\)](#) [Äldrekompassen 2020/2021 pdf-fil](#)