

Äldre och konfusionsläkemedel

Läkemedelshantering 250220



Ulrika Edström
Geriatriker/ Informationsläkare
Region Västernorrland

Kroppen förändras med åldern

Mage/ Tarm; Genomblödning, peristaltik

Hjärta; Hjärtminutvolymen; -30-50%

Njurar; Glomerulär filtration; -50% , 80åå

Levern; Enzymkapacitet minskar

Kroppsfett/ Kroppsvatten; större volym fett - kvar i kroppen längre- förlängd effekt

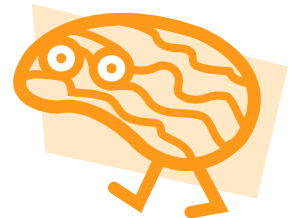
psykofarmaka som sömnmedel & lugnande (bensodiazepin, diazepam)

mindre volym vatten – högre koncentration Ex: **Waran, Acetylsalicylsyra**

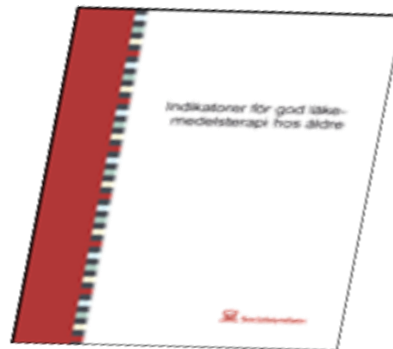
Hjärnan! En äldre hjärna- känslig, ffa för läkemedel med påverkan på CNS

(Im med lugnande effekt, antikolinerg effekt)

Risken ökar vid normalt åldrande, men är särskilt stor hos äldre med minnessvårigheter eller demens, "hjärnsvikt"- mindre marginal



Socialstyrelsens indikatorer god läkemedelsterapi äldre



1. Läkemedelsspecifika indikatorer

1.1 Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger

1.2 Preparat för vilka korrekt och aktuell indikation ofta saknas eller är oklar

1.3 Olämplig regim

1.4 Olämplig dosering

1.5 Polyfarmaci

1.6 Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse

1.7 Läkemedel och njurfunktion

1.8 Läkemedel och vissa symtom

1.9 Psykofarmaka

1.2 Preparat för vilka korrekt och aktuell **indikation** ofta saknas eller är oklar

Sömnmedel (N05C)

- Att utreda och åtgärda bakomliggande faktorer bör göras före läkemedelsbehandling

Icke farmakologisk behandling
bör prövas i första hand

Exempel på
bakomliggande faktorer:
Smärta, hjärtsvikt, restless
legs, sömnapné syndrom,
depression

Långvarig nattfasta,
Inaktivitet dagtid
Läkemedelsbiverkningar

1.2 Preparat för vilka korrekt och aktuell **indikation** ofta saknas eller är oklar

Opioider (N02A)

Dosen bör individualiseras och behandlingen omprövas med täta mellanrum

Viktigt att skilja specifik smärtstillande effekt från opioidinducerad sedation

En noggrann smärtanalys bör alltid ligga till grund för läkemedelsval vid smärtbehandling

- Risk för sedation, hallucinationer, konfusion och fall

1.3 Olämplig regim

*Lugnande medel, bensodiazepiner (N05BA),
regelbundet under mer än 1 månad utan omprövning*

- Toleransutveckling för lugnande effekt vanligt medan de negativa effekterna kvarstår
- Fallrisk!

N05BA = Sobril, Stesolid, Temesta, Xanor och dess generika



Region
Västernorrland

1.4 Olämplig dosering

Doser som överskrider angiven nivå för dessa läkemedel innebär betydande risk för biverkningar, eller långtidseffekter, som inte står i proportion till behandlingsvinsten

Substans	Maximal dygnsdos
ASA i lågdos	75 mg
Haloperidol	2 mg
Risperidon	1,5 mg
Oxazepam	30 mg
Zopiklon	7,5 mg
Citalopram	20 mg
Escitalopram	10 mg

Andelen (%) personer bör vara låg

Konfusion

“Förvirring”

AKUT KONFUSION

- Allvarligt, behandlingsbart
- Utvecklas inom timmar- dagar
- Påverkan på medvetandegrad, uppmärksamhet, perception och kognition
- Varierar över dygnet
- Hyperaktiv eller **hypoaktiv**
- Ofta medicinska tillstånd eller symptom som behöver åtgärdas

BPSD

- Ofta utvecklats under längre tidsintervall hos pat. m demens
- Ökad agitation & störd dygnsrytm
- Komplext samspel mellan olika symptom och omständigheter
- BPSD skattning/ bemötandeplan

Akut konfusion förekommer hos så många som 30 procent av äldre som sjukhusvårdas för somatisk sjukdom

Mest sjuka och sköra äldre 2024

- Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre uppdaterad



- **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 vårdskador på grund av onödig polyfarmaci och olämpliga läkemedel
- **Definition av patientgrupp:** Begreppet "sköra äldre" används många gånger i stället för "multisjuka äldre" eller "mest sjuka äldre", alltså äldre personer med stort behov av både vård och omsorg. Begreppet skörhet kan definieras på olika sätt, men det är vanligt att skörhet beskrivs utifrån förekomsten av minst **tre av följande fem kriterier: 1) ofrivillig viktförlust, 2) svaghet, 3) orkeslöshet eller utmattning, 4) långsam gånghastighet eller 5) låg fysisk aktivitet.** Andra vanliga symtom är trötthet, nedsatt aptit, dålig balans och nedsatt kognition. Den kvarstående livslängden överstiger sällan **två till tre år.** I genomsnitt använder denna grupp **över 7 läkemedel** per dygn. Det finns åtskilliga skalor och instrument för hur skörhet kan definieras och graderas, exempelvis Clinical Frailty Scale
- **13 regioner, succesivt ökat deltagande, "Sverigehäfte?"**

Läkemedelskommittéerna i regionerna Dalarna, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västernorrland, Västmanland och Örebro

- **Digitalt via Mittläkemedel i journalsystemet**

Gemensamma rubriker

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

Konfusion

- **Vad bör behandlas?**

Konfusion bör framför allt **förebyggas**. Om tillståndet ändå uppstår försök bryta det snarast. Sök underliggande **medicinsk orsak**, obstipation? smärta? infektion? urinstämning? Åtgärda om möjligt. Genomför **läkemedelsgenomgång**. Tänk på eventuellt tidssamband mellan insättning av läkemedel och start av symtom. **Undvik olämpliga läkemedel** t.ex bensodiazepiner med lång halveringstid, antikolinerga läkemedel. Se även kapitel [Att tänka på när du träffar en äldre skör patient](#). 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. Se Bakgrundsdocumentation.

Konfusion

- **Icke-farmakologisk behandling**
Samarbete inom teamet med icke farmakologiskt förhållningssätt är A och O. **Skattningar** i beteendeschema kan underlätta kommunikation. **Bemötande** är av största vikt. Lugn, trygghet, reorienterande kommunikation (tala om vem personen är, var hen befinner sig, vem du är) utifrån patientens språk och kultur. Normalisera dygnsrytm. **Undvik flyttar** både inom och mellan enheter. Tveka ej att använda extra personal/vak vid behov.
Varierad och näringsrik kost bör uppmuntras och även goda sömnvanor. Alkohol bör undvikas.

Konfusion

- **Vilka läkemedel kan användas?**

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

Zopiklon vid sömnstörning, 3,75–5 mg till natten.

Oxazepam vid oro, 5–10 mg/dos, 1–3 gånger/dygn.

Klometiazol (Heminevrin) vid nattlig oro, ångest som kapsel 300–600 mg, max 1200 mg/dygn. Med oral lösning kan lägre doser ges, men beakta högre biotillgänglighet för denna beredningsform med maxdos 1000 mg/dygn. Observera fallrisk, undvik att ge i eget boende.

- Vid psykotiska symtom eller svår aggressivitet kan, efter noga övervägt behov, behandling med neuroleptika prövas. Behandlingstid <1 vecka. Patient med Lewy Body demens eller Parkinson bör inte behandlas med neuroleptika, konsultera då geriatriker eller äldrepsykiater.
- **Haloperidol** oral lösning 2 mg/ml, 0,25 – 0,5 ml/dos i lägsta effektiva dos, max 2 mg/dygn.
- **Risperidon** 0,25 mg/dos i lägsta effektiva dos, max 1,5 mg/dygn.
- 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.

Konfusion

- Vilka **läkemedel/kombinationer** bör särskilt beaktas/undvikas?

Ett flertal läkemedel kan ge psykiska biverkningar, exempelvis kortison, opioider och z-preparat). Kontrollera i FASS om observerade symtom kan vara **biverkningar** innan nytt läkemedel läggs till.

- När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Läkemedelsbehandling bör alltid vara tillfällig och under så kort period som möjlig – helst enstaka doser med en för alla i teamet tydlig plan. Sätt inte in stående läkemedel, t.ex neuroleptika, utan planerad uppföljning och utvärdering. Längre tids behandling kan, beroende på preparat, behöva trappas ut. Se exempelvis [Utsättning av läkemedel, Klinisk farmakologi Region Uppsala](#).

Haldol - text saknas i FASS!

Mycket vanlig biverkan:

- Agitation
- Insomni

[Sök läkemedelsfakta | Läkemedelsverket
\(lakemedelsverket.se\)](http://lakemedelsverket.se)

Tabell 4: Biverkningar

Organsystem- klass	Biverkning				
	Frekvens				
	Mycket vanliga	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta	Ingen känd frekvens
Blodet och lymfsystemet			Leukopeni		Pancytopeni Agranulocytos Trombocytopeni Neutropeni
Immunsystemet			Överkänslighet		Anafylaktisk reaktion
Endokrina systemet				Hyperprolaktinemi	Inadekvat sekretion av antidiuretiskt hormon
Metabolism och nutrition					Hypoglykemi
Psykiska störningar	Agitation Insomni	Psykotisk störning Depression	Förvirrings- tillstånd Förlust av libido Minskad libido Rastlöshet		
Centrala och perifera nervsystemet	Extra- pyramidala symtom Hyperkinesi Huvudvärk	Tardiv dyskinesi Akatisi Bradykinesi Dyskinesi Dystoni Hypokinesi Ökad muskelspänning Yrsel Somnolens Tremor	Konvulsioner Parkinsonism Sedering Ofrivilliga rörelser	Malignt neuroleptika- syndrom Motorisk dysfunktion Nystagmus	Akinesi Kugghjulsrigiditet Nedsatt mimik
Ögon		Okulogyrisk kris Synstörning	Dimsyn		
Hjärtat			Takykardi		Ventrikelflimmer Torsade de pointes

Oxascand FASS

Paradoxala reaktioner som excitation, aggression och hallucinationer, insomni, mardrömmar

Organsystem	Mycket vanliga	Vanliga	Mindre vanliga	Sällsynta
Psykiska störningar				Paradoxala reaktioner som excitation, aggression och hallucinationer, insomni, mardrömmar
Centrala och perifera nervsystemet ¹		Dåsighet	Ataxi Yrsel Huvudvärk Anterograd amnesi efter höga doser	
Andningsvägar, bröstkorg och mediastinum				Andningsdepression ²
Muskuloskeletala systemet och bindväv			Muskelsvaghet	
Hud och subkutan vävnad				Allergiska reaktioner

Risperdal FASS

Psykiska störningar	insomni ^d	sömnstörning, agitation, depression, ångest	mani, förvirring, minskad libido, nervositet, mardrömmar	katatoni, somnambulism, sömnrelaterad ätstörning, känslomässig avtrubning, anorgasmi	
Centrala och perifera nervsystemet	sedation/ somnolens, parkinsonism ^d , huvudvärk	akatisi ^d , dystoni ^d , yrsel, dyskinesi ^d , tremor	tardiv dyskinesi, cerebral ischemi, avsaknad av respons på stimuli, medvetandeförlust, nedsatt medvetandegrad, konvulsioner ^d , synkope, psykomotorisk hyperaktivitet, balansstörning, koordinationssvårigheter, postural yrsel, uppmärksamhetsstörning, dysartri, dysgeusi, hypoestesi, parestesi	malignt neuroleptikasyndrom, cerebral ischemi, diabeteskoma, huvudtremor	

Vanlig biverkan; sömnstörning, agitation, depression, ångest...

- **Maligt neuroleptikasyndrom**

- Syndromet uppträder hos ca 1 % vid neuroleptikabehandling oftast inom en vecka efter snabb dosökning. Orsaken är sannolikt **brist på dopamin i CNS, alternativt blockad av dopaminreceptorer**. Tillståndet kulminerar inom 1–3 dygn och går i regress efter 5–7 dagar. Mortalitet 10–20 % trots behandling.

- **Klinisk bild**

- **Hypertermi (>38 °C), excessiv svettning, muskelrigiditet, fluktuerande medvetandegrad, kramper, extrapyramidala symtom, förhöjt CK.**

- **Behandling**

- **Seponera neuroleptika** och ge **symtomatisk behandling** som vid hypertemi/"värmeslag". Behandla och övervaka patienten på IVA/MIVA/IMA. Bensodiazepin vb. Kroppstemperatur >40 °C grader kräver nedkylning i "isbad". Ge calciumantagonist, inj dantrolen (licenspreparat) 1–3 mg/kg x 3 iv i 1–2 dagar samt tabl bromokriptin (Pravidel - dopaminagonist) 2,5–15 mg x 2–3 po (upp-, nedtrappning) under 3–5 veckor.

- **Differentialdiagnos**

- "Läkemedelsinducerad hypertermi" utlöst av kokain, amfetamin eller MAO-hämmare, vilka ger ökad muskeltonus, -rigiditet, tremor eller hypermetabolism. Ofta missbrukare med en komponent av ansträngningsvärmeslag på grund av agitation. I regel god prognos. (Se även "[Serotonergt syndrom](#)").

Läkemedel till äldre-hur?

Diagnostisera och värdera patientens symptom-
Gemensamt ansvar

- Finns ***sjukdomsbild*** som är behandlingsbar? Relevant för patientens tillstånd / livskvalitet? Orsakad av andra läkemedel?
- Finns ***annat*** vi kan göra för att förbättra patientens situation? Omvårdnad? Fysisk aktivitet? Aktivering?
- Finns ***evidens*** för aktuell läkemedelsbehandling till äldre patienter?