



# KLOK LÄKEMEDELSBEHANDLING AV DE MEST SJUKA ÄLDRE

# INNEHÅLL

Inledning	1
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	3
Demens	5
Depression	7
Diabetes	9
Epilepsi	11
Förmaksflimmer	12
Förstoppning	14
Hjärtsvikt	16
Hypertoni	18
Kronisk ischemisk hjärtsjukdom	20
Kronisk njursjukdom (CKD)	22
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	26
Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär sjukdom	29
Oro/ångest	30
Osteoporos	31
Parkinsons sjukdom	33
Smärtlindring	35
Stroke	40
Syrarelaterad sjukdom/symtom i matstrupe och magsäck	41
Sömnstörningar	42
Urinträngningar och trängningsinkontinens	43
Vaccinationer	45

# INLEDNING

Målsättningen med rekommendationerna är att förbättra kvaliteten i läkemedelsbehandlingen av de mest sjuka äldre med syfte att öka livskvaliteten och minska riskerna för symtom och biverkningar.

Många läkare som behandlar patientgruppen de mest sjuka äldre – framförallt allmänläkare och geriatriker – arbetar dagligen med frågor om olika läkemedelsbehandlingar ska initieras, behållas eller avslutas.

Äldre patienter är sannolikt underbehandlade i många fall, men även överbehandling förekommer, vilket kan leda till sjukhusvård på grund av biverkningar. Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre behöver ofta anpassas efter patientens individuella förutsättningar. Bland annat förändras farmakokinetik och farmakodynamik med ökande ålder och sjuklighet, med ökad risk för biverkningar. Mindre förväntad nytta av behandling, som beskrivs i vårdprogram för enskilda diagnoser, kan medföra behov av dosjustering, byte eller utsättning av läkemedel.

Det är i första hand för patienter 75 år och äldre med omfattande sjukvårds- och omvårdnadsbehov som vårdprogram och riktlinjer behöver individualiseras. Dessa personer kan också ibland ha många läkemedel. Kognitiv svikt är vanligt, liksom symtom som associeras med "skörhet". Den förväntade återstående livslängden överstiger sällan två till tre år.

Bland de allra äldsta finns personer som ska behandlas enligt vårdprogram. Det vetenskapliga underlaget gällande läkemedelsbehandling av de multisjuka, sköra, mycket gamla patienterna är dock begränsat eller obefintligt. Huvudsakligen används evidens från yngre och friskare patienter och

forts.

handläggningen av de allra äldsta baseras till stor del på klinisk erfarenhet. För "sköra" och mycket sjuka äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd bör symtomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet ofta prioriteras före prevention. Den behandling som erbjuds ska anpassas efter uppskattad nytta för den individuella patienten. Läkemedel som har både symtomlindrande effekt och effekt på överlevnad kan vara viktiga att behålla, liksom symtomlindrande läkemedel i det absoluta slutskedet av livet.

Stockholms läns läkemedelskommitté har inspirerats av läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebroregionens behandlingsrekommendationer: Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre 2014. Följande rekommendationer är utarbetade av Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för geriatriska sjukdomar tillsammans med övriga expertråd.

# BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMTOM VID DEMENSSJUKDOM (BPSD)

## **Vad bör behandlas**

Viktigast är att utreda om bakomliggande orsaker till symtomen finns och behandla dessa. Gör en läkemedelsgenomgång. Symtomatisk läkemedelsbehandling av BPSD är ett komplement till adekvata omvårdnadsåtgärder och anpassning av fysisk miljö. På [www.bpsd.se](http://www.bpsd.se) återfinns utbildning mm.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Bemötande och anpassning av omgivande miljö. Fysisk aktivitet kan minska symtom hos personer med vandringsbeteende och sysselsättning anpassad efter tidigare intressen kan minska symtom.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Tidigt insatt grundbehandling med kolinesterashämmare vid demens av Alzheimerstyp kan minska risken för BPSD.

Vid depressiva symtom, irritabilitet, agitation och oro – prova SSRI. Ofta otillräcklig effekt vid svår BPSD.

Vid agitation och aggressivitet kan memantin provas. Ofta otillräcklig effekt vid svår BPSD.

Vid behov av akut sedering eller ångestlindring kan oxazepam användas under kort tid och med adekvat övervakning.

Vid psykotiska symtom och aggressivitet, som orsakar lidande och/eller potentiell fara för patient eller andra används risperidon under kort tid i dos upp till 1,5 mg/dag.

Vid sömnproblem eventuellt klometiazol (Heminevrin, inte i Kloka Listan) till natten under kort tid. Ingen insättning i öppen vård.

forts.

Om antipsykotiska eller anxiolytiska läkemedel sätts in, planera för kort behandlingstid, med utvärdering av effekt och eventuella biverkningar inom två veckor.

### **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Antipsykotiska läkemedel bör användas med försiktighet. Långverkande bensodiazepiner och läkemedel med antikolinerga effekter bör undvikas helt. Vid misstanke om maniska tillstånd bör SSRI undvikas. Vid Lewybodydemens ska antipsykotiska läkemedel inte användas.

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Läkemedelsbehandling ges så länge som symtomlindring uppnås. Utvärdera kontinuerligt och ta ställning till utsättning/dosminskning.

# DEMENS

## **Vad bör behandlas**

Patienter med demens av Alzheimerstyp bör erbjudas behandling med demensläkemedel. Då effekterna är begränsade bör insättning ske i lugnt skede för att underlätta utvärdering. Läkemedelsbehandling kan påbörjas oavsett ålder och även i ett sent stadium av sjukdomen kan patienten ha nytta av demensläkemedel. Vid lindrig kognitiv störning, vaskulär demens eller frontotemporal demens saknas evidens för kolinesterashämmare. Vid blanddemens – alzheimerdemens och vaskulär demens – kan demensläkemedel provas. Vid isolerad vaskulär demens, behandla riskfaktorer och ge sekundärprevention enligt vårdprogram.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Personcentrerad omvårdnad utgående från den sjukas livsmönster, värderingar, preferenser samt upplevelse av verkligheten.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **Mild till måttlig Alzheimers sjukdom**

Donepezil i första hand, rivastigminplåster i andra hand när tablettbehandling är olämplig.

Memantin kan provas vid intolerans/kontraindikation av kolinesterashämmare eller aggressivt beteende.

### **Svår Alzheimers sjukdom**

Donepezil och memantin har dokumenterad effekt vid svår Alzheimerdemens. Öka i första hand dosen av pågående behandling med kolinesterashämmare, därefter kan tilläggsbehandling med memantin vara ett alternativ. Kombinationsbehandling med kolinesterashämmare och memantin rekommenderas inte som rutin.

forts.

Utvärdera tolerabilitet och inställning till dosökning av kolinesterashämmare eller memantin 3-4 veckor efter insättning. Beakta njurfunktionen vid dosering av memantin.

### **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Läkemedel från många grupper kan ha centralnervösa effekter och påverka kognitionen. Undvik samtidig behandling med kolinesterashämmare och läkemedel med antikolinerg effekt.

Kolinesterashämmare kan orsaka överledningsrubbningar hos känsliga patienter. Förlängd QT-tid har rapporterats. Vid kombination med betablockerare bör risken för bradykardi, hypotension och AV-block beaktas.

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Behandling fortgår så länge patienten kan interagera med anhöriga/vårdare och har kvar basal daglig ADL-funktion. Vid försämring eller icke tolererbara biverkningar, avsluta behandlingen utan nedtrappning. Utvärdering inom 3–4 veckor. Läkemedelseffekten kan även värderas genom att läkemedlet sätts ut på prov. Vid en försämring (kognition, ADL-förmåga, tilltagande BPSD), som kan komma redan inom några dagar, ska man överväga att återgå till full dos. Beredskap ska finnas för återinsättning snarast, men senast inom fyra veckor efter avslutad behandling.



# DEPRESSION

## **Vad bör behandlas**

Uttalade depressiva symtom som kvarstår efter några veckor. Användbara instrument är Geriatric Depression Scale 20 (GDS-20) alternativt Cornell skattningsskala vid demenssjukdom.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Psykosocialt stöd, och god omvårdnad. KBT kan ha effekt. ECT har effekt vid svår depression hos äldre, med eller utan psykotiska symtom.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **I första hand**

Escitalopram, citalopram

Rekommenderad maxdos är 10 mg för escitalopram respektive 20 mg för citalopram hos patienter över 65 år på grund av dosberoende förlängning av QT-intervallet. Inled behandlingen med halverad initialdos. SSRI ger ökad blödningsrisk och risk för hyponatremi.

### **I andra hand**

Mirtazapin vid samtidiga sömnproblem och/eller ångestsymtom, ensamt eller som tillägg. Preparatet har även en aptitstimulerande effekt. Startdos 15 mg/dygn.

Vid eGFR <30 ml/min överväg dossänkning.

Oxazepam, max 30 mg/dygn, vid behov av ångestdämpning i början av behandling med antidepressiva. Tidsbegränsad behandling.

forts.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas**

Lugnande medel/sömnmedel utan att patienten först ordinerats antidepressiv behandling.

Propiomazin (Propavan), hydroxizin (t.ex. Atarax), alimemazin (t.ex. Theralen), prometazin (Lergigan).

Långverkande bensodiazepiner (diazepam, flunitrazepam, nitrazepam).

Tri- och tetracykliska antidepressiva (t.ex. Klomipramin, Saroten, Sensaval).

Antipsykotika.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Vid symtomfrihet kan utsättningsförsök göras efter 6-12 månaders behandling. Ofta krävs längre behandlingstid särskilt vid samsjuklighet och belastande social situation. För kort behandlingstid ökar risken för recidiv. Trappa ut långsamt och under klinisk kontroll. Vid kort förväntad återstående livslängd (enstaka veckor) och symtomfrihet kan antidepressiv behandling sättas ut.

# DIABETES

## **Vad bör behandlas**

Individanpassad behandling och symtomkontroll är viktigast. Vid förväntad kort återstående livslängd är förebyggande av senkomplikationer inte prioriterat. Behandlingsmål är att plasmaglukos hålls över 5 mmol/l, men under 15 mmol/l. HbA1c upp till 72 mmol/mol accepteras.

Vid terapivikt under peroral behandling, överväg att mäta C-peptid.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Anpassad kost; tillräckligt med energi, 20-30 kcal/kg/dygn. Motion efter förmåga.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **I första hand**

Metformin

Används till överviktiga patienter. Bör användas med försiktighet redan vid lätt sänkt njurfunktion (eGFR <60 ml/min). Sätt ut temporärt vid risk för intorkning samt vid akut sjukdom med allmän påverkan.

### **I andra hand**

Vid otillräcklig effekt av metformin kan insulin alternativt glimepirid (t.ex. Amaryl) eller repaglinid (t.ex. Novonorm) adderas.

### **Insulin**

Medellångverkande NPH-insulin fungerar ofta bra i en- eller tvådos. Överväg mixinsulin om höga värden dagtid. Minska om möjligt insulindoserna vid hypoglykemier istället för att byta till insulinanaloger. Ge inte kortverkande insulin vid topp hos opåverkade patienter.

forts.

Direktverkande måltidsinsulin bör undvikas på grund av risken för känningar. Typ 1-diabetiker bör dock om möjligt fortsätta med flerdosregim.

### **Insulinfrisättare**

Håll dosen låg. Risk för allvarliga hypoglykemier, som alltid kräver sjukhusvård.

Glimepirid kan användas med försiktighet vid nedsatt njurfunktion (ner till eGFR 45 ml/min), medan repaglinid är mindre beroende av njurfunktionen.

### **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Övriga diabetesläkemedel är sällan aktuella för denna patientgrupp. Minskad vikt medför minskat behov av läkemedel. Försämrade njurfunktion med åldern kräver anpassning av läkemedelsdoser/utsättning.

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Nedtrappning successivt med noggrann uppföljning. Om behandling sätts ut bör sockervärden även kontrolleras vid tillstånd som kan ge förhöjda värden, t.ex. infektioner. Blodsockerkontroller hos döende patient görs enbart vid behov d.v.s. vid besvärande symtom som kan bero på diabetessjukdomen.

# EPILEPSI

## **Vad bör behandlas**

Antiepileptisk behandling är vanligen indicerad även hos de mest sköra, sjuka äldre.

## **Vilka läkemedel ska användas\***

### **Fokala anfall med eller utan generalisering**

#### **I första hand**

Karbamazepin (t.ex. Tegretol Retard)

### **Generaliserade anfall**

#### **I första hand**

Valproinsyra (t.ex. Ergenyl, Ergenyl Retard)

### **Akutbehandling utanför sjukhus**

Diazepam (Diazepam Desitin, Stesolid rektallösning).

Det är viktigt att beakta att majoriteten av antiepileptika har stor interaktionspotential. Hos äldre kan små dosförändringar få stor effekt på läkemedelskoncentrationen och koncentrationsbestämning av antiepileptika kan vara till stor hjälp. Valproinsyra kan ge kognitiv påverkan. Karbamazepin medför risk för AV-block och hyponatremi. Personer med sydostasiatiskt ursprung och HANkineser bör testas farmakogenetiskt för förekomst av HLA B\*1502 allel om karbamazepin ska användas p.g.a. risken för Steven-Johnson syndrom. Bestämningen utförs på Klinisk immunologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Kontakta laboratoriet för aktuell remissrutin.

## **När/hur avsluta behandling**

Behandlingen bibehålls vanligen till livets slut. Vid svåra biverkningar kan preparatbyte eller dosminskning provas. Risken för återfall är stor.

# FÖRMAKSFLIMMER

## Vad bör behandlas

Risken för trombemboli och stroke samt symtom av förmaksflimmer (FF). För skattning av risker för stroke och blödning rekommenderas skattningsskalorna CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc och HAS-BLED. Vid individuell bedömning på basen av riskskattning väger i regel nyttan med orala antikoagulantia (OAK) tyngre än riskerna, men hos de mest sjuka äldre måste en klinisk bedömning göras angående nyttan med antikoagulantibehandling. Vid blödning under pågående behandling får man överväga dosreduktion, byte till annat medel eller avslut av behandlingen.

ASA ger ett betydligt sämre strokeskydd men liknande risk för blödning jämfört med OAK och rekommenderas därför inte utan speciella skäl. Frekvensreglering är alltid aktuellt som symtomlindring vid FF.

Hos äldre patienter brukar det vara svårt att återställa och bibehålla sinusrytm. Permanent FF är därför vanligt och frekvensreglerande behandling i regel förstahandsval.

## Vilka läkemedel bör användas\*

### Tromboemboliprofylax

Warfarin rekommenderas i första hand på grund av att behandlingseffekten kan monitoreras och doseringen individanpassas. Apixaban kan vara ett alternativ om warfarinbehandling inte är genomförbar. Dabigatran rekommenderas inte till de mest sjuka äldre.

### Frekvensreglering

Betablockerare är förstahandsval. Vid behov tillägg av oselektiv kalciumantagonist (t.ex. Verapamil, Obs! kontraindikation vid hjärtsvikt) eller digoxin (särskilt vid samtidig hjärtsvikt).

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

OAK avslutas när riskerna bedöms större än vinsterna, vid dålig följsamhet eller i terminal situation. Frekvensreglering är även symtomlindrande och bör fortsätta men dosjustering kan bli nödvändig.

# FÖRSTOPPNING

## **Vad bör behandlas**

Obstipation som ger obehag bör behandlas.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Starta med icke-farmakologisk terapi till exempel fiberrik kost. Se över läkemedelsbehandling som kan orsaka förstoppning. Fysisk aktivitet efter förmåga.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **I första hand**

Ispaghula (Vi-Siblin, Vi-Siblin S)

Sterkuliagummi (Inolaxol)

### **I andra hand**

Laktulos (t.ex. Laktulos, Duphalac)

Makrogol + elektrolyter (t.ex. Movicol, Moxalole, Laxido)

### **Tilläggsbehandling vid behov**

Peristaltikstimulerande läkemedel kan användas som tilläggsbehandling vid svårbehandlad obstipation.

Laurylsulfat (Microlax)

Natriumpikosulfat (Cilaxoral, Laxoberal)

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas**

Bulkmedel ska inte användas som laxermedel under behandling med opioider till exempel under palliativ fas p.g.a. risk för ileus.



Vissa läkemedel kan förvärra förstoppning. Exempel på läkemedel/läkemedelsgrupper med stor risk för förstoppning är tvåvärt järn i tablettform, opioider, verapamil, klozapin och andra läkemedel med antikolinerga effekter.

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Utvärdera alltid effekten av laxantia och ändra/avsluta behandlingen vid utebliven effekt eller biverkningar. Om mekaniskt hinder eller paralytisk föreligger är det inte lämpligt att ge laxantia. Det finns inga belägg för att dessa läkemedel i sig kan ge fysiologiska reboundfenomen i form av obstipation och behöver därför inte utsättas gradvis.

# HJÄRTSVIKT

## **Vad bör behandlas**

Det är väl dokumenterat att hjärtsviktsbehandling med rekommenderade läkemedel och/eller pacemaker både minskar symtom och förbättrar prognosen vid nedsatt vänsterkammarfunktion. Vid bibehållen vänsterkammarfunktion har inga prognostiska vinster visats, utan behandlingen inriktas på underliggande sjukdom (särskilt hypertoni) och symtom.

Hos de mest sjuka äldre är det viktigt med fortsatt symtomlindring med läkemedel enligt nedan.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Basen i "hjärtsviktstrappan" utgörs av ACE-hämmare och betablockerare. Behandlingsintensiteten hos de mest sjuka äldre bör vara styrd av symtom. Vid ACE-hämmarintolerans ges angiotensinreceptorblockerare (ARB) i stället. Diuretika-behandling kan minska symtom men påverkar inte prognosen.

Vid ortostatism reduceras i första hand annan blodtrycks-sänkande medicinering. Vid behov reduceras dosen av hjärtsviktsläkemedel medan utsättning undviks, om möjligt.

Biverkningar av mineralkortikoidreceptorantagonister (MRA) spironolakton/eplerenon (t.ex. Inspra) är vanligare bland äldre patienter varför njurfunktion och kalium bör kontrolleras regelbundet.

Diuretika ges i lägsta dos som behövs för att hålla "torrvikt". Vid intorkning övervägs temporär utsättning av ACE-hämmare, ARB och MRA.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Biventrikulär pacemakerbehandling/ICD är inte aktuell hos de mest sjuka äldre.

## **Vilka läkemedel bör användas med försiktighet/undvikas**

NSAID/COX-hämmare

## **När/hur avsluta behandling**

Hos de mest sjuka äldre är fortsatt hjärtsviktsbehandling med ovanstående läkemedel viktigt i symtomlindrande syfte, men dosreducering kan bli nödvändigt.

Vid behov kan ACE-hämmare, ARB, digitalis och diuretika sättas ut direkt utan nedtrappning. Däremot bör betablockad om möjligt reduceras stegvis.

# HYPERTONI

## **Vad bör behandlas**

Hypertoni är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och demenssjukdom. Rekommendationerna för förebyggande behandling och behandling av hjärt-kärlsjukdom gäller lika för kvinnor och män och oavsett kronologisk ålder. Den behandling som erbjuds ska anpassas efter uppskattad nytta för den individuella patienten. För sköra äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd ska symptomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention.

Hos äldre patienter är risken för biverkningar större och komplicerande sjukdomar och relativa kontraindikationer vanligare. Hos dessa måste därför mål för blodtrycks-sänkningen individualiseras. Behandlingen anpassas för att undvika symptomgivande ortostatisk hypotension. Beräkna eGFR och reducera vid behov doseringen.

## **Behandlingsmål**

Rekommenderat målblodtryck är <140/90 oavsett ålder men för de mest sjuka äldre måste målet individualiseras enligt ovan.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Att kombinera olika läkemedelsklasser i måttliga doser ger bättre blodtrycksreduktion och lägre förekomst av biverkningar än att ge höga doser av enskilda läkemedel.

## **Vid okomplicerad hypertoni rekommenderas i första hand**

ACE-hämmare (t.ex. Enalapril, Ramipril) eller ARB (t.ex. Candesartan, Losartan)

och/eller

Kalciumantagonist av dihydropyridintyp (t.ex Amlodipin)

och/eller

Diuretikum av tiazidtyp (t.ex. Salures, Esidrex, Hygropax, Normorix)

Betablockerare är lämpliga vid vissa andra samtidiga sjukdomar (till exempel ischemisk hjärtsjukdom, kronisk hjärtsvikt, arytmier).

## **Vilka läkemedel bör användas med försiktighet/undvikas**

Vid nedsatt njurfunktion kan doseringen av ACE-hämmare eller ARB behöva anpassas och njurfunktionen bör följas mer noggrant. Tiaziddiuretika bör inte användas av patienter med estimerat GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> kroppsytta på grund av dålig effekt. Observera risken för hyponatremi vid behandling av äldre.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Nyttan av blodtrycksbehandling ökar med ålder och hjärt-kärlsjuklighet. Blodtrycksbehandling ska behållas så länge som patienten inte har besvärande biverkningar eller är i terminal fas. Dosjustering kan vara nödvändig.

# KRONISK ISCHEMISK HJÄRTSJKDOM

Sekundärprofylax och symtomatisk behandling efter genomgången hjärtinfarkt

## **Vad bör behandlas**

Sekundärprofylax och symtomatisk behandling bör erbjudas alla patienter oavsett ålder.

För gruppen mest sjuka äldre blir inriktningen i första hand "symtomatisk behandling" av kärlkramp, svikt och arytmier. I andra hand, under 6-12 månader efter hjärtinfarkt, kan man ge behandling med syfte att förebygga hjärt-kärlkomplikationer såsom hjärtsvikt, reinfarkt eller symtomatiska arytmier.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Sekundärprofylax med klopidogrel ordinerar från sjukhuset, behandlingstid ska anges i doseringen på receptet. Individualisera även behandlingens längden med lågdos-ASA. Överväg utsättning framför allt vid blödningar och/eller anemi. Nyttan med lågdos-ASA lång tid efter genomgången hjärtinfarkt är tveksam. Studier finns upp till cirka fem år. Effekten avtar över tid medan den ökade blödningsrisken kvarstår.

Betablockerare ges i regel med lägre måldos än till yngre, exempelvis metoprololsuccinat 50-100 mg x 1. Skärpt uppmärksamhet på biverkningar.

Hos de mest sjuka äldre är nyinsättning av statin sällan aktuell, se vidare hyperlipidemiavsnittet. ACE-hämmare/ARB, MRA och diuretika ges symtomatiskt vid hjärtsvikt, se hjärtsviktsavsnittet.

## Angina pectoris

### **Vad bör behandlas**

Symtomlindrande anti-ischemisk behandling ges oavsett ålder och ges även till de mest sjuka äldre. Förebyggande behandling med betablockerare (dosering, se stycke ovan) eller långverkande nitrater ges till de mest sjuka äldre med återkommande attacker av kärlekskramp.

### **Vilka läkemedel bör användas\***

Nitroglycerin som spray eller resoriblett för anfallskupering. Förebyggande behandling ges med betablockare i reducerad dos, se ovan, eller långverkande nitrat. Beakta risken för ortostatism.

### **När/hur avsluta behandling**

Hos de mest sjuka äldre kan man överväga att försöksvis sätta ut långverkande nitrater. Symtomlindrande behandling bibehålles även i livets slutskede.

# KRONISK NJURSJUKDOM (CKD)

## Vad bör behandlas

**Hypertoni.** Individualisera blodtrycksmålet för sköra äldre och beakta risk för ortostatism. Behandla med ACE-hämmare eller ARB (för deras njurskyddande egenskaper) i kombination med diuretika för att motverka vätskeretention.

**Vätskeretention** behandlas med loopdiuretika.

**D-vitaminbrist** är vanlig och bör behandlas för att undvika sekundär hyperparatyreoidism och hypokalcemi.

**Renal anemi** med Hb <100 g/l behandlas i första hand med järn och/eller erytropoetin.

**Elektrolytrubbningar** (hyperkalemi >5,5 mmol/l och hyperfosfatemi >1,6 mmol/l).

**Metabol acidosis** behandlas med natriumbikarbonat po.

**Uremiska symtom** (klåda, illamående, restless legs) behandlas symtomatiskt. Äldre som kan vara aktuella för dialysbehandling remitteras till njurmedicin. Kostbehandling (proteinreducerad kost <0,6 g/kg/dag i kombination med energirik kost) är en bra behandling för att minska uremiska symtom och skjuta upp eventuellt dialysbehov. Obs! sällan aktuellt förrän vid GFR <20 ml/min. Kostbehandling bör ske med hjälp av dietist för att undvika malnutrition.

## Icke-farmakologisk behandling

Uppmuntra till fysisk aktivitet och rökstopp. Minska saltintaget till 5 g NaCl/dygn. Vätskekarens för att undvika övervätskning och hypertoni. Kostråd vid uremiska symtom sköts i samråd med njurspecialist/dietist. Anpassade kostråd vid hyperkalemi och hyperfosfatemi.



## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **Infektioner**

Dosanpassa till njurfunktionen. Inled med vanlig dos som uppladdningsdos. Nitrofurantoin är verkningslöst vid GFR <40 ml/min och innebär ökad risk för toxicitet.

### **Vätskeretention, ödem**

Furosemid, initialt låga doser som kan ökas upp till 1000 mg/dygn. Metolazon, ges i enstaka doser (2,5-5 mg) om högdos furosemid är otillräckligt. Obs! stor risk för elektrolyt-rubbningar vid daglig/långtidsanvändning.

### **Hypertoni**

Kombinationsbehandling är ofta nödvändigt. ACE-hämmare/ARB är förstahandsval. Starta behandling med lägsta eller halva lägsta dos enligt FASS och titrera upp långsamt. Följ kalium och kreatinin vid insättning och dosändringar. Minska höga doser vid GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> och sätt ut tillfälligt vid intorkning. Undvik dubbel RAAS-blockad.

Amlodipin, starta med låg dos 2,5 mg och titrera upp långsamt eller efter behov.

Metoprolol är främst indicerat vid samtidig hjärtsvikt och/eller förmaksflimmer med hög hjärtfrekvens.

### **Metabol acidosis**

Natriumbikarbonat 1 g 2-8 st/dygn, behandla till normalt P-koldioxid.

forts.

### **Hyperfosfatemi**

Fosfatbindare ges till mat för att normalisera P-fosfat.

Kalciumkarbonat (Calcitugg/Kalcidon tuggtablett, Kalcipos tablett) 1-1,5 g/dygn.

Sevelamer (t.ex. Renvela) 800 mg 3-6 st/dygn som tillägg till kalciumkarbonat eller då kalciuminnehållande läkemedel önskas undvikas.

### **Hypokalcemi**

Kalciumkarbonat (Calcitugg/ Kalcidon tuggtablett, Kalcipos tablett) och/eller D-vitamin kolekalciferol (Divisun) initialt. Till patient med GFR <30 ml/min med förhöjt PTH kan aktivt vitamin D i form av alfakalcidol (t.ex. Etalpa) behövas istället för kolekalciferol. Använd låga doser alfakalcidol initialt (0,25 mikrogram x 3-7/vecka) och kontrollera P-calcium (risk för hyperkalcemi). Patienter med förhöjt PTH men normal S-kalcium/kalciumjon och hög ålder har tveksam nytta av alfa-kalcidol. Diskutera med njurmedicinkonsult vid frågor.

### **Renal anemi**

Järnbehandling po eller iv bör prövas innan erytropoes-stimulerande läkemedel ges. Erytropoietin insätts vanligen först vid Hb <100 g/l. Mål-Hb 100-120 g/l. Samråd med njurmedicinkonsult före insättning.

### **Hyperkalemi**

Natriumpolystyren sulfonat (Resonium), 1 dosmått 15 g varje eller varannan dag om P-kalium >5,5 mmol/l.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Kombinationsbehandling ACE-hämmare/ARB. Risk för hyperkalemi vid tilläggsbehandling med spironolakton. Morfin p.g.a. risk för ackumulering av aktiva metaboliter. Använd låga doser av andra opioidpreparat. NSAID framför allt vid GFR <45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> och vid hjärtsvikt.

Vid dehydrering görs uppehåll med ACE-hämmare/ARB, diuretika och metformin.

Undvik glibenklamid och var försiktig med andra sulfonylureapreparat p.g.a. risk för svår och långvarig hypoglykemi. Var försiktig med metformin vid GFR <60 ml/min. P.g.a. ökad risk för gastrointestinala biverkningar och laktacidosis bör metformin endast användas till välinformerade patienter, som instruerats att sätta ut behandlingen vid diarré, betydande vätskeförluster eller svårighet att försörja sig med vätska. Dosreduktion eller utsättning rekommenderas vid avtagande njurfunktion. Koncentrationsbestämning kan övervägas.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Vid vård i livets slutskede kan i regel alla läkemedel sättas ut utan problem. Undvik att ge iv vätska terminalt p.g.a. risk för lungödem.

# KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM (KOL)

## Vad bör behandlas

KOL ska behandlas aktivt och symtomatiskt. Behandlingen ska pågå in i palliativt skede på grund av att behandlingen är symtomlindrande och förhindrar exacerbationer. Beakta komorbiditet, främst hjärt-/kärlsjuklighet och behandla samtidiga sjukdomar och kardiovaskulära riskfaktorer.

## Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp! Vaccination mot influensa och pneumokocker.  
Uppmuntran till fysisk aktivitet, nutrition.

## Vilka läkemedel bör användas\*

Viktigt att kontrollera inhalationsteknik då de mest sjuka äldre får allt svårare med detta! Överväg alternativa administrationsformer vid problem, främst spray med andningsbehållare eller, i andra hand, inhalation via nebulisator.

**GOLD A** – lindriga eller sporadiska symtom och FEV1  $\geq$ 50 %

Vidbehovsmedicinering

*Kortverkande beta-2-stimulerare*: salbutamol (Buventol Easyhaler)

*Kortverkande antikolinergikum*: ipratropium (Atrovent, bör inte användas tillsammans med långverkande antikolinergikum).

## **GOLD B och C utan frekventa exacerbationer**

**GOLD B** – betydande symtom och FEV1  $\geq$ 50 %

**GOLD C** – lindriga eller sporadiska symtom och FEV1 <50 %

Underhållsbehandling

## **I första hand**

*Långverkande antikolinergikum (LAMA)*: tiotropium (Spiriva Handihaler), glykopyrron (Seebri Breezhaler)

## **I andra hand**

*Långverkande beta-2-stimulerare (LABA):*

indakaterol (Onbrez Breezhaler), salmeterol (Serevent Diskus)

Kombination av LAMA och LABA kan övervägas.

*Kombinationspreparat LAMA och LABA:*

indakaterol + glykopyrron (Ultibro Breezhaler)

## **GOLD D utan frekventa exacerbationer**

**GOLD D** – betydande symtom och FEV1 <50 %

### **I första hand**

*LAMA:* tiotropium (Spiriva Handihaler), glykopyrron (Seebri Breezhaler)

### **I andra hand**

*LABA:* indakaterol (Onbrez Breezhaler), salmeterol (Serevent Diskus)

Kombination av LAMA och LABA kan övervägas.

*Kombinationspreparat LAMA och LABA:*

indakaterol + glykopyrron (Ultibro Breezhaler)

*Kombinationspreparat LABA och steroid:*

budesonid + formoterol (Bufomix Easyhaler)

Kombinationen LABA + steroid + LAMA kan övervägas.

## **GOLD C och D med frekventa exacerbationer**

*LAMA:* tiotropium (Spiriva Handihaler), glykopyrron (Seebri Breezhaler)

LAMA och LABA kan kombineras vid övervägande symtomproblematik.

LABA + steroid alternativt LABA + steroid + LAMA kan kombineras vid betydande symtom och exacerbationsproblematik.

### **Syrgasbehandling**

Vid svår KOL och dokumenterad kronisk respiratorisk insufficiens med hypoxi kan syrgasbehandling komma i fråga. Syrgasbehandlingen är symtomlindrande och har dokumentation för ökad överlevnad då den används minst 16 timmar per dygn.

### **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Överväg utsättning av inhalationssteroider vid upprepade pneumonier. Vid hjärtkomorbiditet bör man i första hand välja kardioselektiva betablockerare. Undvik underhållsbehandling med perorala steroider och kortverkande bronkdilatorer (biverkningar). Undvik kontinuerlig behandling med acetylcystein (endast dokumenterat som exacerbationsförebyggande behandling hos KOL-patienter med kronisk bronkit, som inte har regelbunden behandling med inhalationssteroider).

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Behandlingen ska fortsätta in i sen palliativ fas. Vid utsättning av inhalationssteroider respektive perorala steroider efter längre tids behandling rekommenderas uttrappning. Långtidsbehandling med syrgasbehandling vid dokumenterad respiratorisk insufficiens med hypoxi ska fortgå.

# LIPIDSÄNKANDE BEHANDLING VID KARDIOVASKULÄR SJUKDOM

## **Vad bör behandlas**

Rekommendationerna för förebyggande behandling och behandling av hjärt-kärlsjukdom gäller lika för kvinnor och män och oavsett kronologisk ålder. Äldre skall erbjudas behandling på samma indikation som yngre men indikationen ska värderas i relation till uppskattad biologisk ålder snarare än efter kronologisk ålder. För sköra äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd bör bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention.

De vanligaste biverkningarna av statiner är transaminasstegring och muskelvärk. De är dosberoende klasseffekter. Risk för muskelbiverkan föreligger framförallt vid interaktion med andra läkemedel, hos äldre, vid låg kroppsvikt och hos patienter med nedsatt lever- eller njurfunktion.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Insättning av statin är i de allra flesta fall inte aktuellt för en äldre skör patient. Vid eventuell pågående behandling rekommenderas simvastatin 20 mg/dag eller atorvastatin 10 mg/dag. Statin i hög dosering är inte aktuellt hos de mest sjuka äldre.

## **När kan behandling avslutas**

Hos de mest sjuka äldre är nyttan av statinbehandling tveksam och pågående behandling kan ofta sättas ut.

# ORO/ÅNGEST

## **Vad bör behandlas**

Funktionsnedsättande oro och ångest efter att annan bakomliggande orsak som depression, demenssjukdom, somatisk sjukdom eller läkemedelsbiverkan har åtgärdats.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Psykosocialt stöd och god omvårdnad. Visst stöd finns för KBT.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Vid behov av läkemedelsbehandling bör man starta med låga doser.

### **Vid kortvariga ångestbesvär och eventuellt initialt vid SSRI-terapi**

Oxazepam

### **Vid långvarig ångest**

Escitalopram, citalopram

Rekommenderad maxdos är 10 mg för escitalopram respektive 20 mg för citalopram hos patienter över 65 år på grund av dosberoende förlängning av QT-intervallet. SSRI ger ökad blödningsrisk och risk för hyponatremi.

### **Ångest vid depression**

Mirtazapin i monoterapi eller som tillägg i lågdos till SSRI.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas**

Hydroxizin (t.ex. Atarax), prometazin (Lergigan), alimemazin (t.ex. Theralen) och antipsykotika ska undvikas.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

SSRI bör alltid trappas ned inför utsättning oavsett patientgrupp, eftersom utsättningsbesvär kan uppträda vid snabb utsättning. Behandling med oxazepam kan vid behov fortsätta och vara av värde till livets slut.



# OSTEOPOROS

## **Vad bör behandlas**

Osteoporos bör behandlas aktivt även hos de mest sjuka äldre då osteoporosfrakturer är smärtsamma, och bisfosfonater har effekt redan efter kort tid. Behandling inleds vid genomgången kot-/höftfraktur efter lågenergitrauma om patienten inte befinner sig i livets slutskede. Insatt behandling kan fortgå i 3-5 år om patienten tolererar den.

Profylax med osteoporosläkemedel vid pågående/planerad kortisonbehandling (motsvarande >5 mg prednisolon/dygn >3 månader) kan övervägas med hänsyn till förväntad överlevnad. Webbverktyget FRAX är av mindre värde i denna patientgrupp.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Fallpreventiva åtgärder inkl. minska/seponera läkemedel som ökar fallrisk. Rökstopp. Nutrition. Fysisk aktivitet efter förmåga, gärna utomhus.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Perorala eller parenterala bisfosfonater i kombination med kalcium + D-vitamin är förstahandsbehandling.

Vid eGFR <35 ml/min eller biverkningar finns alternativ inom specialicerad vård.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Vid sväljproblem eller gastrit/ulcussjukdom, bör perorala bisfosfonater undvikas.

Försiktighet med kalciumsupplement vid nedsatt njurfunktion. Kan ge hyperkalcemi.

forts.

Kalcium och D-vitamin är otillräckligt som osteoporosbehandling men kan ges till patienter med otillräckligt intag av dessa t.ex. institutionsboende äldre. Samtidigt (inom 4 timmar) intag av kalcium-, magnesium-, järn- och zinksupplement minskar upptaget av perorala bisfosfonater.

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Utsättning kan ske utan nedtrappning. Utsättning görs när patienten fått behandling i 3-5 år, eller tidigare om patienten blir mestadels sängbunden, eller inte tolererar behandlingen.

# PARKINSONS SJUKDOM

## **Vad bör behandlas**

Behandlingsförsök bör göras vid parkinsonistisk hämmad rörelseförmåga.

Parkinsons sjukdom (PS) utmärks av en relativt typisk symtombild; en kombination av rörelsestörningar och neuropsykiatriska manifestationer (depression, ångest och/eller kognitiv svikt). Diagnosen är fortfarande övervägande klinisk. Feldiagnostik är vanligt. Alla skador på dopaminsystemet kan, oavsett orsak, ge upphov till en liknande symtombild. Diagnos och medicinering bör regelbundet ifrågasättas.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Anpassad omvårdnad, rätt vårdnivå och stimulans. Sjukgymnastik och arbetsterapi, kontakt med dysfagiteam inklusive logoped, dietist och tandhygienist kan vara värdefullt.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Hos en äldre patient, i både tidig och sen fas, har levodopa i monoterapi störst möjlighet att reducera hypokinesi. Starta med 50 mg x 1, öka successivt med 50 mg per vecka till 300 mg fördelat på tre tillfällen cirka kl. 8,12 och 17 (max 600 mg/dygn). Efter cirka två månaders upptrappning ses ofta en god effekt.

Konfusion och postural hypotension utgör en risk särskilt vid kognitiv störning respektive kardiovaskulär sjukdom. Ortostatiskt blodtryck är en viktig undersökning som bör genomföras och sedan styra behandlingen.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas**

Antipsykosmedicinering, liksom läkemedel med antikolinerg effekt, är olämpligt.

Hallucinationer och andra psykotiska reaktioner vid PS kan vara läkemedelsframkallade.

Metoklopramid (Primperan) ska undvikas.

Propiomazin (Propavan) bör undvikas.

### **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Parkinsonläkemedel sätts ut om patienten inte längre förefaller ha någon effekt utan är gravt hypokinetisk och visar tecken på oro och konfusion. Doserna minskas försiktigt (långsam uttrappning för att undvika potentiellt allvarliga utsättningsreaktioner eller försämring) och läkemedlen sätts ut i viktighetsordning – dopaminagonister eller MAO-B-hämmare sätts ut först och sist levodopa. Levodopa bör vanligtvis inte utsättas helt då komplett akinesi kan bli följden.

# SMÄRTLINDRING

Nociceptiv smärta

## **Vad bör behandlas**

Framförallt muskuloskeletal sjukdomar såsom artros eller osteoporos med sekundära frakturer.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Avlastning, hjälpmedel, rörelseterapi och annan fysioterapi. Ta reda på utlösande moment.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **Paracetamol**

Rekommenderad maxdos till äldre är 1 g x 3. Vid nattlig smärta kan eventuellt depotpreparat användas för att få en jämnare koncentration över dygnet.

### **COX-hämmare (NSAID)**

Generellt stor försiktighet. Nedsatt njurfunktion och hjärtsvikt är vanligt hos äldre och utgör relativa kontraindikationer mot COX-hämmare (inklusive COX-2-hämmare). Risken för gastrointestinala, kardiovaskulära och renala biverkningar är dosberoende. Eventuell behandling ges vid behov med lägsta effektiva dos och under kort tid. Ulcusprofylax med protonpumpshämmare bör inte förskrivas utan individuell riskbedömning. Hos patienter som tidigare haft ulcus kan ulcusprofylax med PPI övervägas vid behandling med ASA i lågdos eller vid långtidsbehandling med COX-hämmare; [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se).

### **Naproxen**

Lämplig startdos är 125–250 mg x 1–2.

forts.

## Ibuprofen

Lämplig startdos är 200 mg x 1–3. Ibuprofen har kortare halveringstid än naproxen, vilket kan vara en fördel hos äldre. Ibuprofen kan motverka den antitrombotiska effekten av acetylsalicylsyra.

## Opioidanalgetika

Den läkare som inleder en opioidbehandling har det fortsatta behandlingsansvaret tills behandlingen avslutats eller ansvaret överlämnats till en kollega.

Behandling med opioider bör ske efter noggrant övervägande och enbart vid opioidkänslig smärta. Det är viktigt att skilja mellan opioidinducerad sedering och analgesi. Individanpassad dosering ökar förutsättningarna för god effekt och minskar risken för biverkningar, bland annat sedering, kognitiva störningar och urinretention.

Effektdurationen är förlängd hos äldre bland annat på grund av nedsatt njurfunktion. Börja med låg dos och anpassa doseringen för att undvika ackumulering. Effekt och biverkningar bör utvärderas kontinuerligt.

Morfin vid eGFR >30-60 ml/min

## Oxikodon

Buprenorfin (Norspan plåster) vid sväljningsbesvär eller vid stabil dos. Buprenorfin är inte njurfunktionsberoende och ska endast ges vid måttlig smärta.

Vid icke-akut opioidkänslig smärta kan behandling inledas med låg dos långverkande morfin 5–10 mg x 2, långverkande oxikodon 5 mg x 2 eller buprenorfin 5 µg/h. Depotberedningar får inte krossas.

Alltid laxantia mot förstoppning!

Använd t.ex. makrogol eller laktulos.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Tramadol och kodein är riskläkemedel för äldre.

Samtidig behandling med NSAID och andra läkemedel som kan påverka njurfunktionen t.ex. ACE-hämmare.

NSAID används generellt med försiktighet och inte vid hjärtsvikt, njursvikt eller ulcusanamnes.

Morfin bör inte användas vid njursvikt.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Ompröva och utvärdera alltid effekten t.ex. med VAS eller Abbey Pain Scale.

Nedtrappning: I terminal fas kan injektionsbehandling bli aktuell.

forts.

## Neuropatisk smärta

### **Vad bör behandlas**

Till exempel polyneuropati, postherpetisk neuralgi (PHN), diabetesneuropati, trigeminusneuralgi, post-stroke-smärta eller smärta vid MS. Försök att bedöma den bakomliggande smärtmekanismen: Är det neuropatisk och/eller nociceptiv smärta?

Gör om möjligt en smärtskattning för att kunna följa upp behandlingsresultaten: Använd till exempel VAS, NRS (Numeric Rating Scale) eller, vid kognitiv svikt, Abbey Pain Scale. Behandlingseffekten vid neuropatisk smärta kan avta med tiden. Behandlingen omprövas regelbundet. Preparatbyte kan vara aktuellt.

### **Icke-farmakologisk behandling**

Icke-farmakologisk behandling bör provas först. I vissa fall blockader. TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering). Vid lokaliserad neuropatisk smärta kan lokalbehandling med lokalanestetika övervägas eftersom risken för biverkningar med denna beredningsform är låg.

### **Vilka läkemedel bör användas\***

#### **Perifer neuropatisk smärta**

##### **I första hand**

Amitriptylin

Börja med 5–10 mg på kvällen, kan ökas veckovis med 5–10 mg. Dosen titreras individuellt utifrån effekt och biverkningar. För flertalet av patienterna räcker 10–30 mg. Beakta risken för kognitiva biverkningar och hjärtbiverkningar.



## **I andra hand**

Gabapentin

Lämplig startdos är 100 mg x 1, som ökas stegvis utgående från njurfunktion. Beakta risken för kognitiva biverkningar.

## **Central neuropatisk smärta**

Trigeminusneuralgi: Karbamazepin är förstahandsval.

Startdos 50 mg x 1. Obs! Kontraindicerat vid AV-block. Risk för hyponatremi. Personer med sydostasiatiskt ursprung och HANkineser bör testas farmakogenetiskt för förekomst av HLA B\*1502 allel om karbamazepin ska användas p.g.a. risken för Steven-Johnsons syndrom. Bestämningen utförs på Klinisk immunologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Kontakta laboratoriet för aktuell remissrutin.

Vid poststrokesmärta: Amitriptylin är förstahandsval.

Neuropatisk smärta efter ryggmärgsskada och smärta vid MS: Pregabalin och gabapentin är förstahandsval.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas**

Opioider bör inte rekommenderas till de svårast sjuka äldre med neuropatisk smärta.

Högre doser av tricykliska antidepressiva och antiepileptika.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Ompröva och utvärdera alltid effekten till exempel med VAS eller Abbey Pain Scale. De flesta av läkemedlen har CNS-påverkan, varför bieffekterna måste vägas mot effekten.

# STROKE

## Vad bör behandlas

En äldre multisjuk patient kan ha vinst av att undvika ytterligare funktionshinder sista tiden i livet, vilket innebär att behandling, både i förebyggande eller i botande syfte (t.ex. orala antikoagulantia (OAK) vid förmaksflimmer och trombolysbehandling) kan vara aktuellt. Blodtrycksbehandling för att undvika mycket höga blodtryck är ofta indicerat men blodtrycksmål ses över och individualiseras. Ortostatiskt blodtryck är en viktig undersökning som bör genomföras och sedan styra behandlingen. Nyinsättning av statiner är sällan meningsfullt vid förväntad kort återstående livslängd. Individuella övervägande måste göras för antitrombotisk behandling med acetylsalicylsyra eller klopidogrel efter ischemisk stroke/TIA.

## Vilka läkemedel bör användas\*

Se rekommendationer under avsnitten förmaksflimmer, hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom.

## När/hur avsluta läkemedelsbehandling

För sköra äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd bör symptomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention. Trombolysbehandling vid akut ischemisk stroke och förebyggande strokebehandling är inte aktuell hos patienter som är döende eller har mycket låg funktionsnivå sedan tidigare. Det kan däremot vara aktuellt hos multisjuka personer för att minska risken att de får bestående nyttillkomna funktionsbortfall. Det finns viss risk för negativ effekt (ökad strokerisk) vid utsättning av antitrombotika och statiner.

# SYRARELATERAD SJUKDOM/SYMTOM I MATSTRUPE OCH MAGSÄCK

## **Vad bör behandlas**

Magsår, gastroesofageal refluxsjukdom (GERD), profylax mot NSAID/ASA-relaterad magsårsblödning hos riskpatienter, till exempel multisjuka patienter med fler än ett läkemedel med ökad blödningsrisk.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Inte aktuellt vid ovanstående indikationer.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Protonpumpshämmare (PPI, omeprazol) är förstahandsmedel. Eradikera alltid vid *Helicobacter pylori*infektion.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

H<sub>2</sub>-receptorantagonister bör undvikas hos äldre p.g.a. biverkningar. Risk för interaktioner mellan PPI och flera läkemedel.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Ompröva alltid långtidsbehandling (>2 månader) med PPI, oavsett indikation – kvarstår indikation?

Vid längre tids behandling finns risk för reboundsymtom vid utsättning.

# SÖMNSTÖRNINGAR

## **Vad bör behandlas**

Långvariga sömnstörningar som påverkar det dagliga livet. Viktigt att i första hand utesluta läkemedelsbiverkningar samt diagnostisera och behandla depression, demenssjukdom eller bakomliggande somatisk orsak till sömnstörningen.

## **Icke-farmakologisk behandling**

"Sömnskola". Omvårdnadsåtgärder för att skapa trygghet, lugn och god sömnmiljö. Aktivitet dagtid, dagsljus och sen kvällsmåltid för att undvika "natthunger" är viktigt.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

### **I första hand**

Zopiklon (vid sänggåendet).

### **Vid tillfällig oro och ångest som ger sömnproblem**

Oxazepam (ca en timme före sänggåendet).

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Långverkande bensodiazepiner (diazepam, flunitrazepam, nitrazepam), propiomazin (Propavan), hydroxizin (t.ex. Atarax), alimemazin (t.ex. Theralen), prometazin (Lergigan) eller antipsykotiska läkemedel.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Undvik långtidsbehandling (>2–4 veckor). Behandling kan behövas även i livets slutskede.

# URINTRÄNGNINGAR OCH TRÄNGNINGSSINKONTINENS

## **Vad bör behandlas**

Besvärande frekventa miktionser, tvingande urinträngningar och trängningsinkontinens hos patienter som kan ha nytta av behandling. Med tanke på hög förekomst av trängningsinkontinens och överaktiv blåsa i denna patientgrupp bör hänsyn tas till patientens medicinska och funktionella utgångsläge och utlösande riskfaktorer.

## **Icke-farmakologisk behandling**

Patientundervisning, livsstilsförändring, genomgång av medicinlista, blås- och bäckenbottenträning.

## **Vilka läkemedel bör användas\***

Tolterodin i första hand. Rekommenderad dos är 4 mg en gång dagligen.

Antikolinerga biverkningar kan vara besvärande hos vissa. Inga läkemedel mot trängningsinkontinens har studerats beträffande vare sig effekt eller säkerhet i tillräcklig utsträckning på patienter över 75 år.

Lokal östrogenbehandling har i flera studier visat sig ha dämpande effekt på urinträngningar och trängningsinkontinens hos kvinnor men det saknas studier på östrogens effekt på urininkontinens hos äldre och sköra äldre.

## **Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas**

Identifiera eventuella andra antikolinergt verkande läkemedel som patienten behandlas med och ta ställning till hur stark indikationen är för respektive behandling. Beakta den ökade risken för antikolinerga biverkningar vid samtidig behandling.

forts.

## **När/hur avsluta läkemedelsbehandling**

Miktionslista bör föras före och under behandling för att utvärdera effekten av insatt behandling. Behandling bör pågå 4–6 veckor före slutgiltig utvärdering av effekt, förutsatt att inte allvarliga biverkningar inträffar tidigare. Därefter bör utvärdering av rimlig balans mellan effekt och bieffekter ske regelbundet. I samband med försämrat allmäntillstånd bör antikolinerga inkontinensläkemedel sättas ut åtminstone tillfälligt, då de kan bidra till utveckling av konfusion.

# VACCINATIONER

Med stigande ålder kan vaccinationssvaret, oftast mätt som antikroppar, bli sämre även om individuella skillnader alltid förekommer. Många infektionssjukdomar drabbar äldre med underliggande sjukdomar mycket hårdare med ökad morbiditet såväl som mortalitet som följd. Även en mindre effekt av vaccinet kan göra sjukdomen lindrigare eller förebygga vård på sjukhus. Vinsterna med att vaccinera äldre är alltså större än farhågan att vaccinationssvaret är sämre.

## **Vilka vaccinationer är aktuella**

### **Influensa- och pneumokockvaccin**

Influensavaccin: påfyllnadsdos varje år från 65 års ålder. Samma åldergrupp rekommenderas en dos pneumokockvaccin (kolhydratvaccin, Pneumovax).

Vid vissa immunsuppressiva sjukdomar rekommenderas även pneumokockkonjugatvaccin (Prevenar 13).

Upprepad pneumokockvaccination rekommenderas inte för personer som är immunkompetenta, utan enbart för dem som också rekommenderas konjugatvaccin.

### **TBE-vaccin**

När vaccinering påbörjas efter 60-årsålder ska grundvaccinationen innehålla en extra dos.

### **Bältrosvaccin**

I SLL rekommenderas detta vaccin i första hand till de som fyllt 65 år.

## **Detta är ett informationsmaterial från Stockholms läns läkemedelskommitté, expertrådet för geriatriska sjukdomar**

Bakgrundsmaterialet finns publicerat på [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)

### **Kontaktpersoner:**

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för geriatriska sjukdomar

*Pauline Raaschou*, med dr, bitr överläkare, ordförande  
Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset

*Inga Klarin*, med dr, överläkare  
Geriatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

*Kristina Persson*, leg apotekare  
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

e-post: [medicinsk.fortbildning@sll.se](mailto:medicinsk.fortbildning@sll.se)

Vill du ha fler exemplar av broschyren går de att beställa via e-post: [broschyren@medicarrier.sll.se](mailto:broschyren@medicarrier.sll.se)