



BIVERKAN?
INDIKATION?
NJURFUNKTION?

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre



GULDPILLRET

*Belönad med Dagens Medicins
utmärkelse Guldpillret 2014*

REGIONALA LÄKEMEDELSRÅDET
I UPPSALA-ÖREBROREGIONEN

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| Bakgrund..... | 3 |
| Diabetes typ 2..... | 4 |
| Osteoporos..... | 5 |
| Skeletthälsa..... | 6 |
| Kroniskt obstruktiv lungsjukdom..... | 7 |
| Hypertoni..... | 9 |
| Kronisk hjärtsvikt..... | 10 |
| Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär sjukdom..... | 11 |
| Trombocythämmande behandling vid hjärt-kärlsjukdom..... | 12 |
| Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer..... | 13 |
| Syrarelaterad sjukdom/symtom i matstrupe och magsäck..... | 14 |
| Förstoppning..... | 15 |
| Blåsdysfunktion (trängningar, tömningsproblem och läckage inkl. UVI)..... | 16 |
| Smärtlindring..... | 18 |
| Depression..... | 20 |
| Sömnstörningar..... | 21 |
| Oro/ångest..... | 22 |
| Parkinsons sjukdom..... | 23 |
| Demens..... | 24 |
| Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom (BPSD)..... | 25 |
| Vård i livets slutskede..... | 26 |



BAKGRUND

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

Definition av målgrupp: Vi har utgått från Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre, men lagt gränsen för vår målgrupp vid 75 år och äldre och fokuserat på kärngruppen det vill säga de som har både omfattande omvårdnads- och sjukvårdsbehov. Många har kognitiv svikt. I genomsnitt använder denna patientgrupp tio läkemedel per dygn och den kvarstående livslängden överstiger sällan två till tre år.

Bakgrund: Kunskapen om symtom, utredning och behandling för 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 människor gör. Det leder till såväl feldiagnostik som över- och underbehandling av sjukdomstillstånd hos de mest sjuka äldre.

För de flesta sjukdomstillstånd saknas riktlinjer eller vårdprogram som tar hänsyn till gruppen de mest sjuka äldre. Det beror sannolikt 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.

Det är viktigt att poängtera att för läkemedelsdosering är det eGFR som anger behov av dosjustering och inte P/S-kreatinin.

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Skattning-av-njurfunktion/>

Studier visar att upp till 30 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus helt eller delvis är läkemedelsrelaterade. Upp till hälften av dem bedöms möjliga att undvika.

Vad bör behandlas?

Individanpassad behandling, symtomkontroll viktigast. Behandlingsmål är att plasma-glukos hålls över 5 mmol/l, men under 15 mmol/l. HbA1c upp till 70 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. Rökstopp.

Vilka läkemedel kan användas?

Metformin:

- minska dos om eGFR < 60 ml/min och sätt ut vid eGFR < 45 ml/min
- sätt ut temporärt vid risk för intorkning.

Glipizid/glimipirid(SU):

- om eGFR > 45 ml/min.
- håll dosen låg.
- OBS! risk för allvarlig, långdragen hypoglykemi.

Insulin:

- vid otillräcklig metabol kontroll eller då metformin/SU är olämpligt.
- medellångverkande NPH-insulin fungerar ofta bra i en- eller tvådos.
- överväg mixinsulin om höga värden dagtid.
- vid hypoglykemier minska om möjligt insulindoserna istället för att byta till insulin-analoger.
- vid tillfällig topp hos opåverkad patient, ge ej kortverkande insulin.

DPP4-hämmare:

- ges som endostablett och kan användas även vid nedsatt njurfunktion. Dock svarar inte alla patienter på dessa preparat.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Minskad vikt medför minskat behov av läkemedel.

Försämrad njurfunktion med åldern kräver anpassning av läkemedelsdoser eller utsättning enligt ovan.

-Akarbos, gliitazoner, GLP1-analoger och SGLT2-hämmare bör undvikas.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Vid alltför låga HbA1c-nivåer eller upprepade hypoglykemier. Successiv nertrappning med noga uppföljning. Om behandling sätts ut bör sockervärden även kontrolleras vid tillstånd som kan ge förhöjda värden, t.ex. infektioner.

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. På grund av mycket hög risk för ny fraktur inleds behandling vid genomgången kot- eller höftfraktur efter lågenergitrauma, om patienten inte befinner sig i livets slutskede. Insatt behandling kan fortgå i 3-5 år om patienten tolererar den. Profylax vid pågående/planerad kortisonbehandling (motsvarande > 5 mg prednisolon/dygn > 3 månader). Webverktyget FRAX är av mindre värde i denna patientgrupp på grund av att det beräknar 10-års risk.

Icke-farmakologisk behandling

Fallpreventiva åtgärder inkl. minska/sätta ut läkemedel som ökar fallrisk, samt omvärdera/ifrågsätt indikation för läkemedel som ökar risk för osteoporos. Rökstopp. Adekvat nutrition avseende kalcium och D-vitamin. Anpassad fysisk aktivitet, gärna utomhus.

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vid eGFR < 35 ml/min eller biverkningar av bisfosfonat finns denosumab (Prolia) som alternativ. Ska alltid kombineras med kalcium + D-vitamin på grund av risk för hypokalcemi.

Behandling med enbartkalcium- + D-vitamin ska fortgå i 1-2 år efter avslutad bisfosfonatbehandling.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Behandling enbart med kalcium + D-vitamin rekommenderas inte som osteoporosterapi annat än efter avslutad bifosfonatbehandling. Beakta risk för käknekros (bisfosfonat). Det finns flera interaktioner med bisfosfonater som bör beaktas.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Avslut kan ske utan nedtrappning. Bisfosfonat sätts ut efter 3-5 år. Behandling med denosumab kan fortgå. Om patienten under behandlingstiden blir rullstolsburen utan att ha haft kotkompression kan behandlingen omvärderas och avslutas. Sätt ut när patienten blir mestadels sängbunden.

Vad bör behandlas?

Behandling med enbart kalcium + D-vitamin ska i huvudsak inte ske utan dokumenterad brist. Undantag är 1-2 år efter avslutad behandling med bisfosfonat, samt att det kan övervägas hos äldre kvinnor > 80 år som sällan vistas utomhus. Brist ska vara dokumenterad genom blodprov på s-kalcium, s-25(OH)-D-vit, PTH (parathormon) och ALP. Enbart tillskott av D-vitamin har inte visats förebygga frakturer, så man ska som utgångspunkt behandla med kombination av kalcium + D-vitamin. Beakta särskilt riskgrupper som inte får i sig tillräckligt genom kosten och/eller solexponering.

Beräkna behovet av tillskott utifrån vad patienten får i sig genom kosten. Dagsbehovet enligt riktlinjer:

Kalcium:

1000 mg hos vuxna, 1200 mg hos män > 70 år och kvinnor > 50 år.

D-vitamin:

s-25(OH)-D-nivå < 25 nmol/l definieras som brist och är en behandlingsindikation. 25(OH)D-nivå 25–50 nmol/l benämns insufficiens. Behandlingsindikation föreligger vid samtidigt låga nivåer av joniserat eller totalt s-kalcium, förhöjda nivåer av PTH eller ALP. Vid brist bestäm en målnivå. Behandla enligt formel:
Målnivå (nmol/l) – uppmätt nivå (nmol/l) = behandlingsdos (i µg)
T ex 50 (målnivå) – 15 (uppmätt nivå) = 35 (1 400 IE) µg/dag (behandlingsdos).
Vid symtomgivande brist rekommenderas dock högre doser: kolekalciferol 50–100 µg (2 000–4 000 IE) dagligen i 3–6 månader, därefter 20–40 µg (800–1 600 IE) dagligen.

Icke-farmakologisk behandling

Som för osteoporos, viktigast är adekvat nutrition och solexponering.

Vilka läkemedel bör användas?

D-vitamin ska ges som kolekalciferol (vitamin D3). De fasta kombinationerna innehåller oftast för låg dos D3. Välj preparat enligt lokala vårdprogram, och kontrollera s-25(OH)-D efter 3-4 månader.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Kalcium interagerar med flera läkemedel, De vanligaste och mest relevanta är bisfosfonat, levotyroxin, järn, kinoloner, tiazider och digoxin.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Följ serumnivåer av kalcium och s-25(OH)-D för att undvika överdosering. Sätt ut vid biverkningar som inte tolereras, vid lågt eGFR och i sen palliativ fas. Behandlingen kan avslutas utan nedtrappning.

Vad bör behandlas?

Rätt diagnos ska i möjligaste mån ställas med hjälp av spirometri med reversibilitetstest. Därefter avgörs sjukdomens svårighetsgrad med hjälp av nya stadieindelningen GOLD A – D. (Se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer från 2015 – alternativt se tabell). Stadium avgör vilken inhalationsbehandling patienten kan ha nytta av.

God KOL-behandling är symtomlindrande, förhindrar exacerbationer och ökar överlevnaden, och ska därför fortgå in sent i palliativt skede. Lika viktigt är att beakta mycket vanligt förekommande samsjuklighet, främst hjärt- kärlsjuklighet och osteoporos, och behandla dessa. Respiratorisk insufficiens med hypoxi bör behandlas med syrgas. Dyspné orsakar stort lidande och är prognostiskt ogynnsamt. Utöver optimal behandling av grundsjukdom(ar) kan lågdos opioider provas.

Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp! Vaccination mot influensa och pneumokocker. Anpassad KOL-rehabilitering (främst andnings- och inhalationsteknik, nutrition och fysisk aktivitet).

Vilka läkemedel bör användas?

Viktigast i behandlingen av de mest sjuka äldre är att man kontrollerar inhalationsteknik vid behandlingsstart och vid varje återbesök! Den här patientgruppen får ofta allt svårare med detta, även utan kognitiv svikt. Vid sviktande teknik: Överväg alternativa administrationsformer, främst spray med andningsbehållare eller nebulisator.

Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation finns det ingen tydlig evidens för att något läkemedel eller administrationsätt kan rekommenderas starkt framför något annat. Välj i enlighet med lokala vårdprogram.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

- Överväg dosminskning eller utsättning av inhalationssteroider vid upprepade pneumonier.
- Vid hjärtkomorbiditet bör man hålla mängden beta-2-agonister så låg som möjligt.
- Undvik underhållsbehandling med perorala steroider och kortverkande bronkdilaterare (biverkningar).
- Undvik kontinuerlig behandling med acetylcystein (ingen dokumenterad effekt) samt icke-selektiva betablockerare.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandlingen ska fortsätta in i sen palliativ fas för symtomlindring så länge patienten upplever nytta och kan tillgodogöra sig läkemedlet. Vid utsättning av inhalationssteroider rekommenderas nedtrappning. Syrgasbehandling vid dokumenterad respiratorisk insufficiens med hypoxi ska fortgå.

>>> fortsättning

FÖRSTAHANDSBEHANDLING FÖR ALLA PATIENTER:
Fö kostopp, vaccination, fysisk aktivitet, nutrition.
Bedöm och behandla kardiovaskulära riskfaktorer

| | EJ EXACERBATIONER | | | EXACERBATIONER | | |
|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|
| | Lindriga/sporadiska symptom (CAT <10 eller CCQ <1,0 eller mMRC <2) | Betydande symptom (CAT ≥10 eller CCQ ≥1,0 eller mMRC ≥2) | Framsatt symptomproblematik | Fortsatta exacerbationer | | |
| Rekommendationer för behandling med inhalationsläkemedel | FEV ₁ ≥50 % | FEV ₁ <50 % | FEV ₁ ≥50 % | FEV ₁ <50 % | | |
| Kortverkande bronkialterare | Vid behov | Vid behov | Vid behov | Vid behov | | |
| LABA | 1:a-handsväl | 1:a-handsväl | 1:a-handsväl | | | |
| LAMA | 2:a-handsväl | 2:a-handsväl | 2:a-handsväl | 1:a-handsväl | | |
| LABA + LAMA | 3:e-handsväl | 3:e-handsväl | 3:e-handsväl | 2:a-handsväl | | |
| ICS + LABA | | 4:e-handsväl | | 1:a-handsväl | | |
| ICS + LABA + LAMA Roflumilast | | 5:e-handsväl | 3:e-handsväl | 2:a-handsväl | | |
| | | | Roflumilast läggs till behandling vid FEV ₁ <50 % och samtidig förekomst av kronisk bronkitt. | | | |

Tabell. Principer för underhållsbehandling av KOL. Omarbetsad version av tabell från Läkningsrådets behandlingsrekommendation. Patienter som under det senaste året haft två eller fler exacerbationer som behandlats i öppenvård, alternativt minst en sjukhusvårdad exacerbation, anses tillhöra gruppen "exacerbationer".
Förkortningar: LABA – långverkande 2-agonister, LAMA – långverkande antikolinergika, ICS – inhalationssteroider.
Omarbeting: Per Hallberg, Klinisk farmakologi, Akademiska sjukhuset i Uppsala

Vad bör behandlas?

Blodtryck >150/90 mm-Hg vid upprepade mätningar. Äldre har större behandlingsnytta än yngre när det gäller hjärt-kärlhändelser. Ju fler riskfaktorer desto mer angeläget. OBS! Ta alltid liggande och stående blodtryck på äldre med blodtryckssänkande mediciner!

Icke-farmakologisk behandling

Livsstilsåtgärder som rökstopp och ökad fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

ARB eller ACE-hämmare, kärlselektiva kalciumblockare, tiaziddiuretika.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Tiaziddiuretika vid eGFR < 30ml/min på grund av sämre effekt.

Betablockad om ej samtidig hjärtsjukdom.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Vid ortostatism/postural hypotension – dosjustera i första hand.

Vid biverkningar inte minst sådana som påverkar livskvaliteten.

Vid samtidig hjärtsvikt – se avsnitt hjärtsvikt.

Alla utom betablockerare kan sättas ut direkt.



Vad bör behandlas?

Viktigt att ställa rätt diagnos! Samtliga patienter med nedsatt hjärtfunktion, med eller utan symtom, bör behandlas. Symtomlindring kan komma först efter ett par månaders upptitrering av doser. Vid eventuella biverkningar respektive i palliativt skede, sätt om möjligt inte ut läkemedlen, utan reducera dosen.

Icke-farmakologisk behandling

Nikotinstopp. Anpassad fysisk aktivitet.

Vätskerestriktion endast vid ödem. Undvik intorkning. Kompressionsstrumpa vid behov. Följ vikt vid ödemtendens.

Vilka läkemedel bör användas?

Förstahandsval: ACE-hämmare och betablockerare vid systolisk hjärtsvikt. Bristfällig evidens kring optimal behandling vid diastolisk hjärtsvikt. Behandla i första hand bakomliggande orsaker som högt blodtryck, myokardischemi och arytmier.

Preparat**Startdos****OBS!****ACE-hämmare**

| | | |
|-----------|--------------|---|
| Enalapril | 2,5 mg ½ x 1 | Reducerad måldos vid sänkt njurfunktion. Gäller för både ACE-hämmare och ARB. |
|-----------|--------------|---|

| | | |
|----------|---------------|--|
| Ramipril | 1,25 mg ½ x 1 | |
|----------|---------------|--|

Vid hosta av ACE-hämmare byt till ARB t.ex. kandesartan eller losartan.

Betablockerare

| | |
|------------|--------------|
| Bisoprolol | 2,5 mg ½ x 1 |
|------------|--------------|

| | |
|------------|-------------|
| Metoprolol | 25 mg ½ x 1 |
|------------|-------------|

| | |
|------------|---------------|
| Karvedilol | 6,25 mg ½ x 2 |
|------------|---------------|

Om fortsatta symtom trots ovanstående behandling, överväg tilläggsbehandling med t.ex. spironolakton (tredjehandsval), furosemid (vid ödem) alternativt digoxin (främst vid hjärtsvikt med förmaksflimmer då betablockare inte gett en optimal frekvensreglering).

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

- NSAID inklusive COX2-specifika
- Icke kärlelektiva kalciumflödeshämmare (verapamil och diltiazem)
- Tricykliska antidepressiva

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Anpassa dosen efter patientens förutsättningar med eventuellt försämrad njurfunktion, ortostatism, bradykardi med mera. ACE-hämmare, ARB, digoxin och diuretika kan sättas ut utan nedtrappning av dos. Vid biverkningar av betablockare bör medicineringsen om möjligt inte sättas ut abrupt, utan ske stegvis med en halvering av dosen med en veckas mellanrum. Vid risk för intorkning sätt ut ACE-hämmare, ARB och diuretika temporärt.

Vad bör behandlas?

Det primära behandlingsmålet för denna grupp är plackstabilisering som sekundär-profylaktisk behandling 3-6 månader efter akut ischemisk hjärtsjukdom och stroke. Primärprevention är ej aktuellt i denna åldersgrupp.

Icke-farmakologisk behandling

Livsstilsåtgärder som rökstopp och ökad fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

Statiner: Atorvastatin i första hand (aktuellt även vid eGFR < 30ml/min, färre biverkningar jämfört med simvastatin). Maxdos 40 mg/dygn.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Sällan kliniskt relevanta interaktioner för atorvastatin för denna målgrupp.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Om biverkningar (t.ex. muskelvärk, stegrade CK-värden, leverfunktionsnedsättning och ASAT-stegring). I palliativ fas av livet.

Statinbehandling kan avslutas direkt utan nedtrappning.



TROMBOCYTHÄMMANDE BEHANDLING VID HJÄRT/KÄRLSJUKDOM

Vad bör behandlas?

Endast som sekundärprevention. TIA/ischemisk stroke utan kardiell embolikälla. Ischemisk hjärtsjukdom. Överväg behandling vid symtomgivande perifer artärsjukdom.

Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp.

Vilka läkemedel bör användas?

Lågdos-ASA, 75 mg/dag är förstahandsval. Vid ASA-allergi: klopidogrel 75 mg/dag.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

- ASA: försiktighet vid eGFR < 30 ml/min.
- NSAID: undvik i kombination med trombocythämmare: hög risk för övre GI-blödning + övriga risker med NSAID.

Andra läkemedel som i kombination med trombocythämmande mediciner ger ökad blödningsrisk:

- Warfarin
- NOAK (t. ex. apixaban, dabigatran, rivaroxaban)
- Steroider peroralt i höga doser (risk för övre GI-blödning, protonpumpshämmare bör ges profylaktiskt)
- SSRI/SNRI (överväg protonpumpshämmare profylaktiskt, alternativt byte till mirtazapin).

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Generellt när risken för blödning är större än den sekundärpreventiva effekten.

Begränsa behandlingstiden för dubbel trombocythämning efter akut koronart syndrom till 1-3 månader.

Vad bör behandlas?

Förmaksflimmer – såväl paroxysmala som kroniska.

Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp.

Vilka läkemedel bör användas?

Orala antikoagulantia

Vid nyinsättning ska patienten få ordentlig information om sitt preparat, patientkort och halsbricka. Patienten kan med fördel registreras i AURICULA eller Journalia.

Warfarin (Waran) är tillsammans med NOAK förstahandsmedel vid förmaksflimmer. Det är det enda preparat som kan användas även vid eGFR < 15 ml/min, men med stor försiktighet. Patienter som är välinställda på warfarin bör inte byta, om inte rimliga skäl föreligger. Patienter med mekanisk klaffprotes eller signifikant mitralisstenos ska behandlas med warfarin.

Nya orala antikoagulantia – NOAK

Preparaten som finns har inga kliniskt relevanta skillnader i effekt eller säkerhet. Beräkna alltid GFR innan dosen väljs. I studier har NOAK visat mindre frekvens av intrakraniella blödningar än warfarin.

Eliquis (apixaban) Den lägre dosen 2,5 mg x 2 ges vid nedsatt njurfunktion eGFR < 50 ml/min eller låg vikt (< 60 kg) eller ålder > 80 år. Detta preparat är minst beroende av njurfunktion och kan användas ner till GFR > 15 ml/min. Kan dosdispenseras.

Xarelto (rivaroxaban) Endos. Den lägre dosen 15 mg x 1 ges vid GFR < 50 ml/min eller om patienten är äldre och skör. Nyinsättning vid eGFR < 30 ml/min rekommenderas inte. Kan dosdispenseras.

Vid nyinsättning av NOAK ska patienten följas med regelbundna kontroller av njurfunktion (eGFR) samt blodvärde. Första året rekommenderas 3 kontroller och därefter 1 gång årligen om normal njurfunktion, 2 gånger årligen om eGFR 50-30 ml/min och var tredje månad vid eGFR 15-30 ml/min.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas?

- ASA ska inte användas som strokeprofylax vid förmaksflimmer.
- Warfarin har omfattande interaktionsproblematik. NOAK har färre kända interaktioner.

>>> fortsättning

- Pradaxa (dabigatran) ges inte om eGFR < 30ml/min. Kan inte dosdispenseras eller ges i vanlig dosett på grund av fukt känslighet och är därför sällan aktuell för vår patientgrupp.
- ASA/NSAID + warfarin eller NOAK ökar blödningsbenägenheten.
- Paracetamol i högre dos än 1,5 g/dygn i 3 dygn kan ge påverkan på INR.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

- Generellt när risken för blödning är större än den tromboemboliska skyddseffekten. Här kan bedömningsinstrumentet HAS-BLED ibland vara av värde men framför allt kan det användas som en checklista för åtgärdbara riskfaktorer.
- Både warfarin och NOAK kan sättas ut direkt.

SYRARELATERAD SJUKDOM/SYMTOM I MATSTRUPE OCH MAGSÄCK

Vad bör behandlas?

Magsår, gastroesofageal refluxsjukdom (GERD), profylax mot NSAID/ASA-relaterad magsårsblödning hos riskpatienter.

Icke-farmakologisk behandling

Ej aktuellt vid ovanstående indikationer.

Vilka läkemedel bör användas?

Protonpumpshämmare (PPI) är förstahandsmedel. Eradikera alltid vid *H.pylori*-infektion+ulcussjukdom. I regel räcker en veckas behandling med 2 antibiotika + PPI. Vid gastriska sår förlängs PPI-behandlingen i 4 veckor efter eradikering.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

H2-receptorantagonister bör undvikas hos äldre bland annat på grund av biverkningar. Risk för D-interaktioner mellan PPI och flera läkemedel.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Kvarstår indikation? Ompröva alltid långtidsbehandling med PPI, oavsett indikation. Har PPI effekt på symtom? Om < 2 månaders behandling med PPI avslutas terapin direkt. Om längre tids behandling med PPI finns risk för reboundsymtom och utsättning bör ske med minskad dos över 8 veckor. Kliniskt signifikanta D-interaktionsrisker.

Vad bör behandlas?

Förstoppning oavsett genes ska inte leda till obehag och lidande vare sig i tidig eller sen palliativ fas. Vid opioidterapi bör behandling med laxantia ges samtidigt. Obs! Ej med bulkmedel.

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk terapi ingår alltid (t.ex. fiberrik kost och regelbunden fysisk aktivitet).

Vilka läkemedel bör användas?

Osmotiskt verkande laxermedel (t.ex. makrogol, laktulos, laktitol). Individuellt med smak - pröva olika.

Peristaltikstimulerande läkemedel (t.ex. natriumpikosulfat, bisakodyl) 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. Kan vid behov kombineras med en makrogol.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Risker med laxantia är bland annat elektrolytrubbningar och vätskeretention.

Vissa läkemedel förvärrar förstoppning. Exempel på substanser med stor risk: järn i tablettform, opioider och verapamil.

När/hur avsluta behandling?

Utvärdera alltid effekten av laxantia och ändra/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 noga uppföljning.

BLÅSDYSFUNKTION (TRÄNGNINGAR, TÖMNINGSPROBLEM OCH LÄCKAGE INKL. UVI)

Vad bör behandlas?

Nedre urinvägsbesvär hos de allra äldsta kan ha flera orsaker och påverka livskvaliteten inklusive det dagliga sociala livet. Utredning och behandling kräver ett medicinskt och omvårdnadsmässigt förhållningssätt.

Det finns olika typer av urininkontinens:

- Trängningsinkontinens med läckage
- Ansträngningsinkontinens
- Funktionell inkontinens där man inte hinner till toaletten i tid på grund av fysisk och/eller mental förmåga
- Överfull blåsa på grund av tömningssvårigheter
- Blandinkontinens

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling är förstahandsval, exempelvis bäckenbottenträning. Andra åtgärder: Bostadsanpassning för att öka möjlighet att komma till toaletten. Inkontinenshjälpmedel. Uppmärksamhetsträning och toalettassistans med regelbundna toalettvanor.

Vilka läkemedel kan användas?

Kvinnor med atrofiska slemhinnor bör behandlas med lågpotenta östrogener, i första hand lokalt administrerade (estradiol, estriol).

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Läkemedel med antikolinerg verkan, exempelvis tolterodin och solifenacin. Beta-3- receptorstimulerare, mirabegron kan ge hypertoni och takykardi. Få studier hos äldre.

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

Vid utebliven effekt. När biverkningar överväger nyttan.

Prostatahyperplasi BPH

Vad bör behandlas?

Symtom relaterade till avflödes hinder.

Icke-farmakologisk behandling

Transuretral prostataresektion (TURP). KAD, bör om möjligt undvikas.

Vilka läkemedel kan användas?

5-alfareduktashämmare (finasterid). Vid mycket uttalade besvär kan tillägg av alfa-1-receptorblockerare (alfuzosin) övervägas. Komplikationer som yrsel och sänkt blodtryck bör beaktas hos äldre män med tanke på risken för fallolyckor. Viktigt att utvärdera behandlingen efter 6 månader.

BLÅDYSFUNKTION (TRÄNGNINGAR, TÖMNINGSPROBLEM OCH LÄCKAGE INKL. UVI)

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Antidepressiva, framförallt tricykliska antidepressiva men även SSRI och SNRI, antipsykotiska läkemedel samt läkemedel innehållande efedrin exempelvis Mollipect, då dessa ökar risken för urinretention.

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

Vid utebliven effekt och/eller när biverkningar överväger nyttan.

Urinvägsinfektion

Vad bör behandlas?

Symtomgivande urinvägsinfektion. Överdiagnostik är dock vanligt och leder till onödig antibiotikaanvändning och resistensutveckling.

Icke-farmakologisk behandling

KAD kan med fördel spoljas vid bakteriuri/illaluktande urin. Om påbörjad antibiotikakur rekommenderas byte av KAD efter 3 dagar. Kontrollera eventuell resurin.

Vilka läkemedel kan användas?

Symtomgivande UVI utan feber:

- Nitrofurantoin 50 mg x 3 i 5 dygn. Ska inte användas vid eGFR < 40 ml/min
- Pivmecillinam 200 mg x 3 i 5 dygn

UVI med feber:

- Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 14 dygn (män) i 7 dygn (kvinnor)

Vid nedsatt njurfunktion rekommenderas följande dos av ciprofloxacin:

- eGFR: 30-60 ml/min: 250-500 mg x 2
- eGFR: <30 ml/min: 250-500 mg x 1

Kvinnor med atrofiska slemhinnor bör behandlas med lågpotenta östrogener, i första hand lokalt administrerade (estradiol, estriol).

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Hiprex saknar evidens för att förebygga urinvägsinfektioner.

När/- hur avsluta läkemedelsbehandling?

Finns ingen evidens för äldre vad gäller långtidsbehandling med antibiotika.

Nociceptiv smärta

Vad bör behandlas?

Framförallt muskuloskeletala 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?

Lätt smärta

Paracetamol som bas, maxdos 1 g x 3-4. NSAID kan eventuellt användas vid smärttillstånd med inflammation, och då i korta kurer och i låg dos. Ibuprofen, maxdos 200 mg x 3 eller naproxen, maxdos 250 mg x 2.

Måttlig till svår smärta

Starka opioider: Morfin vid eGFR > 60 ml/min eller oxikodon även vid lägre eGFR. Depotberedning. Startdos 5-10 mg x 2.

Vid sväljningsbesvär eller vid stabil dos: Fentanylplåster med startdos 12,5 µg/timme eller buprenorfinplåster med startdos 5 µg/timme. Buprenorfin är ej njurfunktionsberoende och ska endast ges vid måttlig smärta.

Förskriv alltid laxantia i förebyggande syfte, t.ex. makrogol, laktulos, laktitol, natriumpikosulfat (se kapitel förstoppning).

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Svaga opioider: Tramadol och kodein (Citodon, Panocod). Riskläkemedel för äldre. Aldrig NSAID vid hjärtsvikt, njursvikt eller ulcusanamnes.

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Neuropatisk smärta

Vad bör behandlas?

Smärta utlöst från nervsystemet t.ex. polyneuropati, postherpetisk neuralgi, diabetes-neuropati, trigeminusneuralgi, post stroke-smärta eller smärta vid MS.

Icke-farmakologisk behandling

I vissa fall blockader, TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering).

Vilka läkemedel bör användas?

Första hand: Amitriptylin eller nortriptylin, 10-30 mg/dygn. Obs! Risk för antikolinerga biverkningar.

Andra hand: Gabapentin, startdos 100 mg. Ej vid eGFR < 30 ml/min, pregabalin, startdos 25 mg x 1-2, med långsam upptrappning ca 100 mg/vecka.

Tredje hand: SNRI (duloxetin/venlafaxin).

Fjärde hand: Starka opioider (se under nociceptiv smärta).

Vid trigeminusneuralgi: Karbamazepin är förstahandsval (startdos 50 mg x 1).

Vid post stroke-smärta: Amitriptylin är förstahandsval.

Vid postherpetisk neuralgi kan Versatisplåster prövas.

Neuropatisk smärta efter ryggmärgsskada och smärta vid MS: pregabalin och gabapentin i första hand. Doser, se ovan.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Svaga opioider: Tramadol och kodein (Citodon, Panocod). Riskläkemedel för äldre.

Gabapentin och pregabalin försiktighet vid nedsatt njurfunktion.

Högre doser av tricykliska antidepressiva och antiepileptika.

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

Kraftigt ökad förekomst vid hög ålder och sjukdom. Klinik kännetecknad av ångest, oro, kroppsliga symtom, kognitiv dysfunktion. Sömnproblem är vanligt. Kan vara biverkan av vanligt förekommande läkemedel såsom antihypertensiva, betablockerare med flera.

Icke-farmakologisk behandling

KBT, problemlösningsterapi, omvårdnadsåtgärder. Fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

- Sertralin, alternativt citalopram/escitalopram, i halverad initialdos med långsam upp-trappning.
Maxdos sertralin 100 mg/dygn, escitalopram 10 mg/dygn, citalopram 20 mg/dygn. Utvärdera efter fyra veckor. Vid otillfredsställande effekt preparatbyte efter tolv veckor.
- Mirtazapin i monoterapi eller som tillägg till alla SSRI.
Startdos 7,5-15 mg till natten, maxdos 30 mg.
- Venlafaxin startdos 37,5 mg, eventuellt stegvis ökning till 150 mg/dygn. OBS! Kan ge blodtryckshöjning.
- Viktigt med uppföljning, utvärdering och kontinuitet.
- Vid behov av ångestdämpande ge oxazepam max 30 mg/dygn och tidsbegränsad behandling.
- Vid eGFR < 30 ml/min överväg dossänkning av venlafaxin, mirtazapin.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

- Kontinuerlig behandling med lugnande medel/sömnmedel utan att patienten först ordinerats antidepressiv behandling.
- Antikolinerga psykofarmaka (prometazin, hydroxizin, alimemazin, propiomazin, tri- och tetracykliska antidepressiva).
- Långverkande bensodiazepiner (diazepam, flunitrazepam, nitrazepam).

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Tidigast efter 6-12 månader med symtomfrihet. Ofta långtidsbehandling. Planera för utsättning i god tid vid livets slutskede. Trappas ut med försiktighet.

Vad bör behandlas?

Viktigt att i första hand utesluta depression, läkemedelsbiverkan eller bakomliggande somatisk orsak till sömnstörningen (t.ex. smärta, astma/KOL med nattlig ångest, hjärtsvikt, hypoglykemi, urinretention). Undvik kontinuerlig och långtidsbehandling.

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologiska åtgärder är förstahandsval, t.ex. sent kvällsmål för att undvika natt-hunger, fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

1. Zopiklon (maxdos 5 mg) - vid sänggåendet.
2. Oxazepam (maxdos 10 mg) - ca en timme före sänggåendet.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Långverkande bensodiazepiner (diazepam, flunitrazepam, nitrazepam), propiomazin, hydroxizin, alimemazin, prometazin, zolpidem.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Ompröva behovet ofta. Behandlingen kan behöva fortsätta även i livets slutskede.



Vad bör behandlas?

All oro och ångest som ensamt symtom eller som del i andra diagnoser. Viktigt att i första hand utesluta depression, läkemedelsbiverkan eller bakomliggande somatisk orsak till oro/ångest (t.ex. smärta, astma/KOL med nattlig ångest, hjärtsvikt, hypoglykemi).

Icke-farmakologisk behandling

Om möjligt icke-farmakologiska åtgärder i första hand t.ex. fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

- SSRI (sertralin, escitalopram, citalopram). Bredare ångestindikationer för sertralin.
- SNRI (venlafaxin) – vid behandlingssvikt med SSRI.
- Mirtazapin i monoterapi eller som tillägg i lågdos till SSRI.
- För dosering se avsnitt depression. Vid eGFR < 30 ml/min överväg dossänkning av venlafaxin och mirtazapin.
- Oxazepam – vid tillfälliga orostillstånd. Max 30 mg/dygn.
- Klometiazol – vid nattlig oro/ångest. För kortvarig, akut behandling. Gärna oral lösning för mer variabel dosering. Dos 300-600 mg.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Hydroxizin, prometazin och alimemazin ska undvikas på grund av antikolinerga biverkningar. Hydroxizin ger dessutom ökad risk för QT-förlängning.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Alla läkemedel enligt ovan kräver nedtrappning vid utsättning. Behandling med oxazepam kan vid behov fortsätta och vara av värde till livets slut.

Vad bör behandlas?

Behandlingsförsök bör göras vid parkinsonistiskt hämmad rörelseförmåga. En ställd parkinsondiagnos och medicinering bör ifrågasättas om atypiska drag utvecklas.

Icke-farmakologisk behandling

Sjukgymnastik, arbetsterapi, dysfagiteam inklusive logoped och dietist. Fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

Levodopa i monoterapi har störst möjlighet att reducera hypokinesi, kan ge betydande symtomlindring men effekt avtar ofta över tid. Starta med 50 mg x 1, öka successivt till x 3-4 ggr/dygn över ca 2 månader upp till ca 300 (max 600) mg/dygn. Utvärdera effekt och biverkningar. Konfusion kan uppträda redan vid låg dos. Postural hypotension utgör en risk. Följ blodtryck även i stående. Hallucinationer, minne och rörelseförmåga kan förbättras vid tillägg av kolinesterashämmare.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Antipsykosläkemedel och läkemedel med antikolinerg effekt. Psykossymtom inklusive hallucinationer vid Parkinsons sjukdom är nästan alltid läkemedelsframkallade.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandling med läkemedel avslutas när patienten inte längre förefaller ha någon effekt utan är gravt hypokinetisk med oro och konfusion. Doserna minskas och preparaten ut-sättes i viktighetsordning: Dopaminagonister, MAO-B hämmare och sist levodopa. Levodopa bör inte utsättas helt då risken för successiv utveckling av komplett akinesi är stor.

Vad bör behandlas?

Utred all kognitiv svikt. Undvik insättning av läkemedel i nära anslutning till större förändringar i tillvaron. Läkemedelsbehandling kan påbörjas oavsett ålder. Även i ett sent stadium 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 sätt in sekundärprevention enligt vårdprogram.

Icke-farmakologisk behandling

Individanpassade aktiviteter för aktivering, stärkt självkänsla, avkoppling, förbättrad styrka och balans. Fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

Vid Alzheimers sjukdom:

mild till måttlig: Donepezil, galantamin eller rivastigmin. Överväg att öka dosen under förutsättning att kolinesterashämmaren tolereras.

måttlig till svår: Tilllägg av memantin alternativt i monoterapi vid intolerans mot kolinesterashämmare.

Beakta njurfunktionen vid dosering av memantin.

Utvärdering av tolerabilitet och ställningstagande till eventuell dosökning av kolinesterashämmare eller memantin efter 4-6 veckor.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Undvik samtidig behandling med antikolinergika och kolinesterashämmare.

Kolinesterashämmare hos patienter med överledningsrubbingar. Kombination med betablockerare medför risk för bradykardi, hypotension och AV-block. Memantin bör undvikas vid epilepsi. Alla demensläkemedel sänker krampröskeln.

Observera att det finns D-interaktion mellan donepezil och citalopram/escitalopram med ökad risk för QT-förlängning.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandlingen bör fortgå så länge som patienten bedöms ha utbyte av sin omgivning det vill säga kan interagera med närstående/vårdare eller har någon kvarvarande ADL-förmåga. Vid försämring eller icke tolererbara biverkningar, avsluta utan nedtrappning. Utvärdering inom 3-4 veckor. Vid provutsättning för att värdera läkemedelseffekt, avsluta utan nedtrappning. Utvärdering inom 2-4 veckor.

Vad bör behandlas?

Viktigast är att utreda bakomliggande orsaker till symtom och åtgärda dessa samt göra en läkemedelsgenomgång. Symtomatisk läkemedelsbehandling av BPSD är ett komplement till adekvata omvårdnadsåtgärder och anpassning av fysisk miljö.

Icke-farmakologisk behandling

Bemötande och anpassning av omgivande miljö. Fysisk aktivitet kan minska symtom hos personer med vandringsbeteende. Använd gärna BPSD-registret.

Vilka läkemedel bör användas?

- Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för BPSD – se avsnitt demens.
- Vid depressiva symtom, irritabilitet, agitation och oro – prova SSRI, se även avsnitt depression och demens. Ofta otillräcklig effekt vid svår BPSD.
- Memantin främst vid agitation och aggressivitet. Ofta otillräcklig effekt vid svår BPSD.
- Oxazepam vid behov av akut sedering under kort tid och med adekvat övervakning.
- Risperidon under kort tid i dos upp till 1,5 mg/dag vid psykotiska symtom och/eller aggressivitet som orsakar lidande och/eller potentiell fara för patient eller andra.
- Klometiazol kan eventuellt provas till natten under kort tid.

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Neuroleptika, antikolinerga läkemedel, långverkande bensodiazepiner.

Vid Lewybodydemens ska antipsykotiska läkemedel användas med stor försiktighet.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandling med läkemedel kan pågå så länge som symtomlindring uppnås. Kontinuerlig utvärdering och ställningstagande till utsättning/dosminskning.

Vad bör behandlas?

Att främja välbefinnande och att ge god symtomlindring är det absolut viktigaste. Gå igenom läkemedelslistan, sätt ut alla icke nödvändiga mediciner inklusive dropp och sondnäring.

Ordinera subkutana/intravenösa vid behovsläkemedel enligt rekommendation nedan.

Icke-farmakologisk behandling

Åtgärder för att undvika trycksår.

Rosslande andning: Lägesändring i sängen. Munvård med avlägsnande av slem och fuktning av slemhinnan.

Bästa behandlingen av oro är att vårdgivaren ger patienten tid att prata om den.

Smärta: Akupunktur, avledning/distraction, massage (taktill eller klassisk), TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) samt värme/kyla.

Vilka läkemedel bör användas?

Smärta:

- Paracetamol är basbehandling, kan ges som suppositorium
- Morfin 2,5-5 mg (sc /iv) om eGFR > 60 ml/min
- Oxycodon (sc/ iv) om eGFR < 60 ml/min

Andnöd:

- Morfin enligt ovan
- Furosemid (om lungödem/hjärtsvikt) 20–40 mg sc/iv

Ångest:

- Midazolam 1 mg sc/iv

Rosslande andning:

- Glykopyrron (Robinul) 0,2 mg sc/iv

Illamående:

- Haldol 0,5 mg sc/iv

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandling med palliativa läkemedel bör pågå tills patienten avslutat sitt liv.

Bakgrundsdocumentation

till ovanstående rekommendationer
finns på respektive landstings
läkemedelskommittés hemsida

www.landstingetsormland.se/lakemedelskommitten

www.liv.se/lakemedel

www.ltdalarna.se/lakemedel

www.ltv.se/LK

www.lul.se/lakemedel

www.regiongavleborg.se/lakemedel

www.regionorebrolan.se/lakemedel



Landstinget i Uppsala län



Region
Gävleborg



Region Örebro län



Landstinget
i Värmland



Landstinget
DALARNA



LANDSTINGET
VÄSTMANLAND



LANDSTINGET
SÖRMLAND