



Läkemedelsbehandling av äldre

Vad är viktigt att ha i åtanke vid omvårdnaden?

Äldre personer med flera sjukdomar använder ofta många läkemedel. I synnerhet gäller det multisjuka på särskilda boenden. Läkemedel är naturligtvis i grunden något gott som minskar lidande och sjuklighet. På senare år har det lanserats många nya läkemedel, vilket har gjort att man många gånger vill behandla långt upp i åldrarna. Om inte behandlingen utvärderas regelbundet finns det risk för att ordinationer kvarstår trots upphört eller minskat behov. Risken med att ta ett stort antal läkemedel är att det lättare uppstår biverkningar, vilket ger ökat lidande, och att läkemedlen påverkar varandra (interagerar) med sämre behandlingsresultat eller förstärkt effekt som följd. Det är läkarens ansvar att ta ställning till läkemedelsordinationerna, men omvårdnadspersonal har ett ansvar i att observera och rapportera misstänkta problem.

Äldre människor drabbas lättare av läkemedelsrelaterade problem. Anledningen till detta är att organen i kroppen åldras och därför påverkas annorlunda av läkemedlen. Dessutom ansamlas läkemedel lättare i en åldrad kropp på grund av att kroppssammansättningen förändras och att njurarna inte utsöndrar läkemedlen lika effektivt som tidigare. Ansamlingen kan leda till förlängd verkan och biverkningar.

Läkemedel ansamlas lättare i en åldrad kropp vilket leder till förlängd effekt och fler biverkningar

Risker med alltför många läkemedel:

- Fler biverkningar
- Läkemedlen påverkar varandra och ger sämre eller förstärkt effekt



Vissa organsystem är extra känsliga för läkemedel

Hjärnan är hos äldre extra känslig för t ex lugnande medel inklusive sömnmedel, smärtstillande av morfintyp (speciellt tramadol) och läkemedel mot urinträngningar. Dessa läkemedel medför en ökad risk för bland annat trötthet, minnesstörningar, förvirring, yrsel och illamående.

Systemet som reglerar blodtrycket försämras med åldern, vilket gör att patienten lättare drabbas av blodtrycksfall i hjärnan. Detta kan hända även utan medicinering men med läkemedel som sänker blodtrycket (hjärtmediciner, vissa lugnande medel) är risken större. Följden blir yrsel, svimningsbenägenhet, ökad risk för fall och frakturer, trötthet och försämrade tankeförmåga. Hos personer med demens är lågt blodtryck en vanlig orsak till ökad oro. Mät blodtrycket i både sittande och stående och efter stående fem minuter – det kan skilja sig avsevärt!

Mag-tarmkanalens rörlighet minskar, vilket gör att den äldre lättare drabbas av förstoppning. Tendensen förstärks av att äldre ofta rör sig sparsamt och dricker för lite. Mediciner som ytterligare stoppar upp i tarmen är främst smärtstillande av morfintyp, varför dessa ska kompletteras med medel mot förstoppning. Även t ex kalktabletter kan ge trög mage. Vidare löper mag-tarmkanalen hos äldre ökad risk för blödning och sår orsakade främst av inflammationshämmande smärtstillande läkemedel, tex ibuprofen, p g a sämre skydd i magen. Detsamma gäller för Trombyl samt så kallade SSRI-läkemedel mot depression (citalopram, sertralin).

Organsystem som hos äldre är känsliga för läkemedel:

- Hjärna (förvirring, trötthet)
- Blodtrycksreglering (fallbenägenhet, trötthet, oro)
- Mag-tarm-kanal (förstoppning, blödningar)



Olämpliga läkemedel för äldre

Vad är god läkemedelsbehandling? Grundläggande är naturligtvis att det skall finnas ett behov för läkemedlet. Behandlingen ska inte heller ge biverkningar eller risker som är värre än den sjukdom som ska behandlas eller förebyggas. Risken för problem av behandlingen blir större med ökad ålder och antal sjukdomar och därför är det många gånger rätt att avsluta eller minska behandlingar som tidigare i livet har ansetts värdefulla. Exempel på detta kan vara blodtrycksmedel, diabetesläkemedel eller blodfettssänkande medel.

Socialstyrelsen har satt samman kriterier för vad som är god läkemedelsbehandling för äldre. Där uppmärksammas preparat som är olämpliga för äldre. Nedan presenteras några av dem som i de flesta fall bör undvikas.

Långverkande lugnande och sömngivande medel (så som bensodiazepiner som Stesolid eller Flunitrazepam) ansamlas lätt i kroppen hos äldre och ger då trötthet, muskelsvaghet och risk för fall och frakturer. Ibland kan kortverkande lugnande medel (t.ex. Oxascand eller Sobril) behöva användas mot oro men oftast är bästa hjälpen samtal, uppmärksamhet och beröring. Det är också viktigt att ta reda på om ökad oro egentligen beror på smärta eller annan nytillkommen sjukdom.

Ett annat sömnmedel som är olämpligt är läkemedlet Propavan, som ofta ger besvärande dagtrötthet och myrkrypningar i benen. Över huvud taget är sömnmedel tänkta att användas vid behov och under kortare perioder och skall inte ges av rutin för att vårdtagaren inte sover hela och långa nätter. Om vårdtagaren lägger sig redan klockan 20 är det inte förvånande om han eller hon är uppe och "orolig" klockan 04. Inaktivitet, brist på



utevistelse och lång middagsvila minskar dessutom sömnbehovet på natten. Att vara mätt på kvällen förbättrar sömnen och en kaloririk smoothie ("Säröbomb") eller en kvällssmörgås har både säkrare och många gånger bättre effekt än sömnmedel. Att föra sömndagbok är ett bra sätt att få en uppfattning om hur sömnen fungerar och ger möjlighet till utvärdering av vidtagna åtgärder.

- Sömnmedel är tänkta för korttidsbehandling. Effekten och säkerheten avtar med tiden.
- Mättnadskänsla inför sänggåendet är väl så effektivt som mediciner.
- Lång middagsvila och tidigt sänggående ger normalt ett tidigare uppvaknande.

Smärta hos äldre kan många gånger vara underbehandlad och minskar då livskvalitet och funktionsförmåga. Fråga vårdtagaren aktivt om smärta! Många äldre anser att det är normalt att ha ont. Basen i smärtbehandling är paracetamol som finns i t ex Alvedon och Panodil. Även fysisk aktivitet lindrar smärta och är inte farligt. Det smärtstillande läkemedlet tramadol ska undvikas, eftersom det ofta ger yrsel, illamående och förvirring hos äldre. Om starkare medel (morfin) behöver användas är risken för förstoppning stor och bör förebyggas.



Inkontinensläkemedel (vid överaktiv blåsa) har sin effekt genom att verka på urinblåseväggen, men samtidigt påverkas även hjärnan vilket kan leda till förvirring och försämrad tankeförmåga. Läkemedlen kan också leda till förstoppning och muntorrhet. Exempel på inkontinensläkemedel är Detrusitol, Tolterodin, Vesicare och Toviaz. I vissa fall kan medlen ha effekt på symtomen och hjälpa patienten till ett drägligare liv men effekten och biverkningarna bör utvärderas tätt. Om vårdtagaren ändå är inkontinent och beroende av blöja ska medlen inte användas.



Fallrisk

Många äldre faller årligen som en konsekvens av såväl sjuklighet som av läkemedel. Resultatet blir frakturer och sjukhusvård och i vissa fall t o m död. Medel som påverkar vakenhetsgraden eller ger muskelsvaghet (lugnande medel och sömnmedel) ökar risken för fall. Det gör även medel med blodtryckssänkande effekt som kan leda till yrsel och svimningsbenägenhet vid uppresning. Ofta sjunker blodtrycket med åldern och tidigare blodtrycksbehandling blir då riskabel. Till blodtryckssänkarna hör även kärlvidgande medel som används mot kärlkramp. Förutom justering av läkemedelsbehandling är förebyggande åtgärder som god belysning och borttagande av mattkanter, trösklar etc av stort värde. Stödstrumpor kan behövas.

Diarré, vätskebrist och infektion

När äldre drabbas av sjukdomar som ökar flödet i tarmen eller ger kräkningar är risken stor för intorkning. Det är då viktigt att tänka på att:

- medel mot förstoppning, som annars behövs regelbundet, naturligtvis inte ska ges under en diarréperiod.
- patienter som står på tablettbehandling mot diabetes kan behöva minska dosen eller tillfälligt upphöra med behandlingen, eftersom dessa medel är farliga vid intorkning. Beslut om ändrad dos tas av ansvarig läkare men upplys gärna läkaren om att patienten har diarré eller annan sjukdom med minskat vätskeintag.
- insulinbehandlade patienter kan behöva ändrade doser vid infektion med feber. Tag gärna en extra blodsockervärden och rapportera!

Bakterier i urinen

Det finns en utbredd uppfattning om att nytillkommen förvirring eller trötthet hos äldre ofta beror på urinvägsinfektion. I själva verket finns inget sådant samband enligt flera vetenskapliga undersökningar. Många äldre har ständigt bakterier i urinen (s k asymtomatisk bakteriuri, ABU), uppemot 50% av vårdtagare på särskilda boenden. Om inga symtom på blåskatarr (sveda eller trängningar) eller feber föreligger skall dessa bakterier i allmänhet inte behandlas med antibiotika. Om antibiotika ges, gör man istället patienten en björntjänst eftersom de snälla bakterierna, som håller undan de mer aggressiva, då behandlas bort. Man selekterar också fram mer resistenta bakterier. Det finns ingen ökad risk för allvarlig urinvägsinfektion om man har ABU.

Bakterier i urinen bör som regel inte behandlas om inte patienten har sveda, trängningar eller feber. Enbart förvirring eller trötthet beror inte på bakterier i urinen.

Referenser:

- Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. 2010-6-29
H Gyllensvärd Statens Folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. 2009
Frid A, Sterner G. Fyra fall av laktacidosis vid metforminbehandling. Läkartidningen 2006, nr 36.
Nicolle LE. Urinary tract infections in the elderly. Clin Geriatr Med 25;423-36, 2009



Foldern vänder sig till omvårdnadspersonal i kommunal och regional sjukvård och är framtagen av Läkemedelsrådet i Region Skåne



Utgiven 2013 av

**Läkemedelsrådet, Region Skåne, 291 89 Kristianstad.
Tel: 040-675 30 00. E-post: lakemedelsradet@skane.se
Hemsida: www.skane.se/lakemedelsradet**