

Läkemedel och äldre

Ersätter tidigare utgåvor.

Fastställda augusti 2010 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen

Rekommendationer

- Förutsätt att den äldre patienten är känsligare för läkemedel. Utgå ifrån att njurfunktionen är nedsatt.
- Välj läkemedel och dosering efter bedömning av patientens helhetsbild. Starta med låga doser och öka långsamt.
- Omvärdera äldres läkemedelsbehandling ofta och regelbundet. Bedöm alltid interaktionsrisken.

Bakgrund

Personer över 80 år står i genomsnitt på 5-6 läkemedel per person. Det kan vara motiverat med en hög förskrivning av läkemedel till äldre eftersom sjukligheten är hög.

I Västra Götalandsregionen är drygt 5 procent av befolkningen över 80 år och står för 21 procent av totala läkemedelsförskrivningen (DDD).

Hög ålder, ofta i kombination med flera sjukdomar och hög läkemedelsförskrivning, innebär risker som måste beaktas när vi behandlar äldre. Patientens biologiska ålder bör bedömas snarare än den kronologiska. Det är viktigt att göra en helhetsbedömning av patienten och behandla utifrån denna helhetsbild istället för att endast fokusera på enskilda sjukdomar eller symtom.

Polyfarmaci

Polyfarmaci innebär förutom en allmänt ökad risk för biverkningar också en ökad risk för interaktioner. Ett minst lika stort problem vid polyfarmaci är den additiva effekt som man kan få av flera läkemedel som påverkar samma målorgan. Ofta kan det vara svårt att avgöra vad som är interaktion eller additiv effekt. Lösningen i båda fallen är dosreduktion eller utsättning av misstänkta läkemedel. Undvik att behandla biverkningar med ytterligare läkemedel.

Diagnostiska svårigheter

Den äldre patienten med många sjukdomar och läkemedel har ofta svikt i flera organsystem. Detta gör att det ibland blir svårt att avgöra om symtom orsakas av sjukdom, åldrande eller läkemedelsbiverkning.

Farmakokinetik

Vid 80 års ålder återstår cirka hälften av njurens maximala filtrationsförmåga. Detta leder till den viktigaste förändringen i farmakokinetiken hos äldre. Variationen i njurfunktion är dock stor mellan olika individer. Även om beräknat kreatininclearance (e-GFR) inte är en exakt metod för bestämning av filtrationen kan det vara till god hjälp för att få en uppfattning om njurfunktionen, särskilt om man följer patienten över tid. Förändrad kroppssammansättning och levermetabolism är också av betydelse för farmakokinetiken. Länk till FASS kreatininclearancekalkylator finns i slutet av dokumentet.

Förutsätt att den äldre patientens njurfunktion är nedsatt (oberoende av kreatininvärde). Detta är särskilt viktigt vid användning läkemedel med smal terapeutisk bredd som utsöndras via njurarna.

Gör alltid en bedömning av interaktionsrisk innan insättning av ett nytt läkemedel, se "Interaktioner" på www.janusinfo.se. Tänk även på naturläkemedel och receptfria läkemedel.

Farmakodynamik

När vi blir äldre minskar kroppens organkapacitet såväl som reservkapacitet. Detta märks ibland först när kroppen utsätts för påfrestningar, exempelvis sjukdomsstress eller läkemedelsbehandling. Muskler, centrala nervsystemet och mag-tarmsystemet är några exempel på organ med ökad känslighet. Detta kan ge upphov till oönskade effekter av läkemedel, redan vid måttliga doser.

Starta med låga doser och titrera försiktigt upp till effektiv dosering.

Praktiska svårigheter

Äldre drabbas ofta av symtom som gör den praktiska läkemedelshandlingen svårare. Nedsatt syn medför svårigheter att läsa på förpackningar och bipacksedlar. Nedsatt kraft eller smärta i händer kan ge problem att öppna förpackningarna. Muntorrhet och sväljningssvårigheter kan göra det svårt att svälja vissa tabletter och kapslar. Försämrat minne ökar risken för felanvändning. Med ökande antal läkemedel påverkas därtill följsamheten negativt och ökar risken för att patienten inte kan hantera läkemedlen på ett säkert sätt. Om inte hänsyn tas till dessa svårigheter finns risk för läkemedelsrelaterade problem.

Exempel på kliniskt betydelsefulla interaktioner

NSAID	Hämmer diuretikaeffekt, minskar blodtryckseffekt av betablockerare och ACE-hämmare/ARB, risk för njursvikt särskilt i kombination med ACE-hämmare/ARB.
Spironolakton	Hämmer utsöndring av digoxin. Risk för njurpåverkan och kaliumstegring vid kombination med ACE-hämmare/ARB.
Warfarin	ASA/NSAID ökar blödningsrisken, kombinationen bör undvikas helt. Beakta interaktionsrisken även för till exempel paracetamol, tramadol och antibiotika. Meddela AK-mottagningen alla läkemedelsförändringar, även korta kurer.
SSRI	Kombination med trombocythämmare ökar blödningsrisken.

Läkemedelsgrupper som kräver noggrant övervägande och uppföljning hos äldre patienter

Läkemedelsgrupper	Kommentar
Bensodiazepiner	Risk för dagtrötthet, kognitiva störningar, muskelsvaghet och balansstörningar.
Antipsykotiska läkemedel	Risk för extrapyramidala symtom, kognitiva störningar, sedation, ortostatism och stroke. Utvärdera effekten efter 2 – 3 veckor. Kan dosen minskas? Kanske sätts ut? Ompröva behandlingen ofta.
SSRI	Föreligger behandlingsindikation? Hyponatremi kan förekomma.
Lätta opioider (kodein, tramadol)	Risk för yrsel, konfusion och illamående.
Paracetamol	Dos Anpassning – risk för leverpåverkan vid hög dos. Maxdos 3 g/dygn hos äldre.
NSAID*	Om nödvändigt endast som kort kur (1 – 2 veckor). Olämpligt till hjärtvikts- och/eller njursviktspatienter.
Digoxin*	Kreatininclearance minskar drastiskt hos äldre - minska dosen. Rekommenderat terapeutiskt intervall – S-digoxin 0,6-1,2 nmol/L.
Loopdiuretika*	Lägsta möjliga dos. Risk för intorkning, ffa i samband med infektioner, diarré eller värme. Fallrisk. Undvik behandling av icke-kardiella ödem.
PPI	Dyspepsi är ej indikation. Reboundfenomen kan uppträda vid utsättning varför dosen bör sänkas successivt.
Warfarin, antikoagulantia	Ompröva ofta. Väg nytta mot risk. All behandling med antikoagulantia och trombocythämmare ökar blödningsrisk, särskilt till patienter äldre än 75 år. Undvik kombinationer.
ACE-hämmare/ARB*	Vid behandling med ACE -hämmare/ARB och i synnerhet vid kombination med spironolakton är det viktigt att regelbundet och ofta kontrollera S-kreatinin och kalium.
Metformin*	Ofta olämpligt till äldre, sätt ut eller minska dosen vid e-GFR < 60 mL/min, malnutrition eller katabola tillstånd.
Hypertoniläkemedel	Ökad risk för ortostatism. Ta hänsyn även till blodtryck i stående.

*) Dessa läkemedel bör tillfälligt sättas ut vid rubbad vätskebalans, till exempel värme, feber och diarréstillstånd.

Exempel på läkemedel med betydande antikolinerg effekt

Dessa läkemedel ökar risken för konfusion, urinretention, muntorrhet och obstipation. Risken för biverkningar ökar när flera läkemedel används samtidigt och vid demens. Biverkan kan komma vid insättning, efter 2–4 veckor eller efter lång användning pga minskat antal muskarinreceptorer i hjärnan vid åldrandet även hos patienter som inte har demens.

Substans	Ex på preparat
disopyramid	Durbis
medel mot urininkontinens	Emselex, Vesicare,
levomepromazin	Detrusitol SR
proklorperazin	Nozinan
hydroxyzin	Stemetil
äldre antidepressiva	Atarax
	Klomipramin,
	Anafranil,
	Saroten, Tryptizol
alimemazin	Theralen
prometazin	Lergigan

Regional handlingsplan för äldres läkemedelsanvändning

Västra Götalandsregionens handlingsplan för äldre och läkemedel innehåller många åtgärder för att förbättra äldres läkemedelsbehandling. Två viktiga insatser är:

Läkemedelsavstämning

Innebär att aktuell läkemedelsbehandling kartläggs och omprövas i samsyn med patienten. Utvärdering, ställningstagande till indikation, fortsatt behandling och eventuell dosjustering görs. Riskläkemedel och interaktioner identifieras. Aktuell läkemedelslista upprättas. Detta ska göras årligen i primärvården samt snarast efter inflyttning till särskilt boende eller registrering i hemsjukvården. Vid inläggning på sjukhus ska läkemedelsavstämning göras inom ett dygn.

Läkemedelsberättelse

Upprättas vid utskrivning från slutenvård, dokumenteras i epikris och överlämnas till nästa vårdgivare samt till patienten. Innehåller aktuell medicinlista och beskrivning av och motivering till genomförda läkemedelsförändringar samt planerad uppföljning.

TERAPIGRUPP ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL:

Ordförande

Christina Sjöberg, Geriatrik

Sekreterare

Nils-Peter Ekholm, Apotekare

Utsättning av läkemedel

Äldres läkemedelsbehandling behöver omvärderas regelbundet. Överväg utsättning av läkemedel när indikation saknas, när effekt ej påvisats, när allvarliga biverkningar eller betydelsefulla interaktioner föreligger eller när patienten inte är motiverad till behandlingen. Vid utsättning av läkemedel är det viktigt att patienten, anhöriga och eventuell omvårdnadspersonal är välinformerade och motiverade. Det är inte ovanligt med utsättningsreaktioner eller reboundfenomen, varför det kan vara

fördelaktigt att minska dosen successivt. Goda råd om utsättning av läkemedel finns att läsa i boken FAS UT 2.

Muntorrhet

Hög ålder, sjukdom och medicinering är vanliga orsaker till muntorrhet. Glöm inte att ordinera medel för salivstimulering eller saliv ersättning. Dessa ska innehålla fluor om patienten har egna tänder.

Användbara länkar

Hemsida terapigrupp äldre och läkemedel: www.vgregion.se/vardgivarstod/aldre

FAS UT: www.fasut.nu (inloggningsuppgift erhålls via läkemedelsansvarig på din enhet)

Beräkning av kreatininclearance: www.fass.se/LIF/produktfakta/kreatinin.jsp

Interaktioner: www.janusinfo.se

Dessa riktlinjer kan du ladda ner från regionens webbplats:

www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer.

Riktlinjerna kan beställas i tryckt version av Adress & Distributionscentrum.

adress.distributionscentrum@vgregion.se

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Äldre och läkemedel
Nils-Peter Ekholm, nils-peter.ekholm@vgregion.se