



KLOK LÄKEMEDELSBEHANDLING AV DE MEST SJUKA ÄLDRE (MSÄ)

INNEHÅLL

Inledning	1
Akut konfusion	3
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)	6
Demens	8
Depression	11
Diabetes	13
Epilepsi	16
Förmaksflimmer	18
Förstoppning	20
Hjärtsvikt	22
Hudbesvär	25
Hypertoni	27
Ischemisk hjärtsjukdom	29
Ischemisk stroke	31
Kronisk njursjukdom (CKD)	33
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	36
Lipidsänkande behandling vid kronisk hjärtsjukdom	38
Oro/ångest	39
Osteoporos	41
Parkinsons sjukdom	44
Smärtlindring	48
Syrarelaterad sjukdom/symtom i matstrupe och magsäck	52
Sömnstörningar	54
Urinträngningar och trängningsinkontinens	56
Urinvägsinfektioner	58
Vaccinationer	61
Vulvovaginal atrofi	63

INLEDNING

Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre (MSÅ) riktar sig till läkare och sjuksköterskor som behandlar multisjuka och sköra äldre patienter, oavsett vårdform och huvudman. Kognitiv svikt är vanligt i den här patientgruppen, liksom symtom som associeras med "skörhet". Vid skattning av skörhet med hjälp av Clinical Frailty Scale (CFS) avses patienter på steg 5 eller mer. Länk till CFS finns på www.janusinfo.se.

Rekommendationerna ger stöd kring frågor om hur läkemedelsbehandlingen kan initieras, justeras och avslutas. Fokus är framför allt att lindra symtom, öka livskvaliteten och minska risken för biverkningar.

Läkemedelsrelaterade problem orsakar nära var tionde slutenvårdsinläggning hos patienter >75 år. Det finns flera orsaker till detta. Med ökande ålder och sjuklighet förändras farmakokinetik och farmakodynamik vilket kan medföra ett minskat dosbehov. Det är viktigt att ta ställning till om dosen kan reduceras med bibehållen effekt och minskad risk för biverkningar. Det vetenskapliga underlaget för läkemedelsbehandling av de multisjuka, sköra, mycket gamla patienterna är ofta begränsat. Vårdprogram för vanliga sjukdomar kan därför vara svåra eller olämpliga att tillämpa på denna patientgrupp. Läkemedelsbehandlingen måste i stället anpassas efter individuella förutsättningar och uppskattad nytta för patienten. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras regelbundet enligt Riktlinje för Läkemedelsgenomgångar inom Region Stockholm.

Både läkemedel som har symtomlindrande effekt och läkemedel med effekt på överlevnad kan vara viktiga för denna patientgrupp. För sköra och mycket sjuka äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd bör dock symtomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention.

Klokt råd 2022

Skörhet hos äldre kräver klok anpassning av läkemedelsbehandlingen. Ta hjälp av råden i MSÄ-broschyren.

Följande rekommendationer är utarbetade av Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för äldres hälsa tillsammans med övriga expertgrupper..

AKUT KONFUSION

Akut konfusion är ett förvirringstillstånd som utvecklas inom timmar till dagar. Tillståndet innebär en påverkan på medvetandegrad, uppmärksamhet, perception och kognition.

Akut konfusion kan manifesteras i en hyperaktiv eller hypoaktiv symtombild, och det sistnämnda är sannolikt underdiagnostiserat.

Ofta finns bakomliggande medicinska tillstånd eller symptom som behöver åtgärdas. Därför ska akut konfusion ses som ett allvarligt och akut behandlingskrävande tillstånd.

Vid akut och planerad inläggning hos äldre patienter ingår konfusion i bedömningen. Screeninginstrumentet 4AT kan användas (finns i TakeCare)

Hos individer med demenssjukdom kan akut konfusion vara svårt att skilja från BPSD. **Se BPSD** sid 6.

Det finns många faktorer som kan utlösa akut konfusion och ofta rör det sig om ett komplext samspel mellan olika symptom och omständigheter. Som exempel kan nämnas immobilitisering, dehydrering, smärta och sjukhusvård. Syn-och/eller hörselnedsättning ökar sårbarheten för att drabbas. Demenssjukdom är en mycket stark riskfaktor.

Vad bör behandlas

Vid misstanke om akut konfusion ska patienten bedömas akut och lämpliga åtgärder utföras snarast. Allvarliga tillstånd som kan utlösa konfusion inkluderar fraktur, hypoglykemi, infektion och urinstämma. Ett multiprofessionellt samarbete är viktigt för att ge en helhetsbild av patientens situation. Om patienten bor på särskilt boende kan utredning och åtgärd ofta ske på plats.

forts.

- Beakta differentialdiagnoser.
- Åtgärda medicinska tillstånd, somatiska och psykiatriska.
- Beakta psykosociala problem och funktionella svårigheter som bidragande /utlösande faktorer.
- Se över läkemedelslistan med särskilt fokus på CNS-aktiva läkemedel (sömn, smärta) och läkemedel med antikolinerga effekter.

Icke farmakologisk behandling

Åtgärda utlösande faktorer om detta är möjligt. Icke farmakologiska åtgärder i form av multifaktoriella insatser har i studier visats kunna förebygga och lindra akut konfusion. Teambaserat arbetsätt ingår. Exempel på åtgärder är att säkerställa god omvårdnad och lugn och ro, gärna enkelrum. Involvera anhöriga som ger stöd och trygghet. Tidig mobilisering.

Vilka läkemedel bör användas

Läkemedel minskar inte sjukhus tiden eller mortaliteten utan kan tvärt om öka eller förlänga patientens symtom. Vid påtaglig agitation eller oro kan läkemedelsbehandling ibland ändå bli nödvändig.

Eventuellt till natten:

Klometiazol (Heminevrin) 300 mg (inom slutenvård eller på SÄBO) och/eller

Zopiklon 5–7,5 mg.

Om effekten uteblir, beakta risken för paradoxal reaktion med ökad agitation innan dosen ökas.

Antipsykotiska medel kan prövas i undantagsfall och under begränsad tid (några dygn):

Risperidon. Börja med 0,25 mg. Kan vid behov titreras upp till max 1,5 mg per dygn

OBS: Patienter med Lewy Body-demens och Parkinson bör inte behandlas med antipsykotika. Konsultera specialist inom äldrepsykiatri.

Vilka läkemedel /kombinationer bör undvikas /särskilt /behandlas

Generellt bör antipsykotika undvikas om patienten inte har akut pågående psykotiska symtom som vanföreställningar och hallucinationer. Ge i så fall så låga doser som möjligt, se ovan.

Injektion av bensodiazepiner bör undvikas.

Patienter med Lewy Body-demens och Parkinson bör inte behandlas med antipsykotiska läkemedel.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Om sederande och/eller antipsykotiska läkemedel har satts in ska dessa läkemedel utvärderas dagligen. Reducera doser om möjligt och sätt ut behandlingen så snart den kliniska bilden tillåter. Nedtrappning är inte nödvändigt

BETEENDEMÄSSIGA OCH PSYKISKA SYMTOM VID DEMENS (BPSD)

Vad bör behandlas

Symtom som orsakar lidande för patienten ska behandlas, i första hand med icke-farmakologiska åtgärder. Symtomatisk läkemedelsbehandling av BPSD är ett komplement till adekvata omvårdnadsåtgärder och anpassning av fysisk miljö.

Viktigast är att utreda om bakomliggande orsaker till symtomen finns och behandla dessa. Uteslut akut konfusion.

Gör en läkemedelsgenomgång. **Se Akut konfusion** sid 3

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling bör prövas i första hand. Bemötande och anpassning av omgivande miljö. Sysselsättning anpassad efter tidigare intressen kan minska symtom. Individanpassad fysisk aktivitet kan minska symtom hos personer med vandringsbeteende.

Vilka läkemedel bör användas

Läkemedelsbehandling är ett komplement till ovanstående och ska riktas mot de specifika symtom som personen uppvisar. Behandlingen ska endast påbörjas om adekvata omvårdnadsåtgärder och behandling av somatiska orsaker givit otillräcklig effekt.

Det vetenskapliga underlaget för farmakologisk behandling är svagt, men följande strategier har visat stöd:

- Tidigt insatt grundbehandling med acetylkolinesterashämmare (t.ex. *donepezil*, *rivastigmin plåster*) vid demens av Alzheimerstyp och Lewy-body demens kan minska risken för BPSD

- *SSRI* (t.ex. *escitalopram*, *sertralin*) provas vid depressiva symtom, irritabilitet, agitation, aggressivitet och oro. Effekten är ofta otillräcklig vid svår BPSD.
- *Memantin* kan provas vid agitation och aggressivitet. Effekten är ofta otillräcklig vid svår BPSD.
- *Oxazepam* (t.ex. *Oxascand*) kan provas vid behov av akut sedering eller ångestlindring under kort tid och med adekvat övervakning.
- Antipsykotiska läkemedel kan provas med stor försiktighet. *Risperidon* under kort tid i dos upp till 1,5 mg/dag vid psykotiska symtom eller aggressivitet som orsakar lidande och/eller potentiell fara för patient eller andra.
- *Klometiazol* (Heminevrin, ej i Kloka listan) kan provas i undantagsfall till natten under kort tid. Det är inte lämpligt att inleda behandling i hemmet p.g.a. biverkningsprofilen.

Om antipsykotiska eller anxiolytiska läkemedel sätts in, planera för kort behandlingstid, i samarbete med anhöriga och vårdpersonal. Utvärdera effekten och eventuella biverkningar inom två veckor. Omvärdera därefter behovet av behandlingen fortlöpande.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Antipsykotiska läkemedel bör användas med försiktighet. Diazepam, som är långverkande och har aktiva metaboliter, ska undvikas, liksom läkemedel med antikolinerga effekter. Vid misstanke om maniska tillstånd bör SSRI undvikas. Vid Lewybodydemens och Parkinson ska antipsykotiska läkemedel inte användas

DEMENS (KOGNITIV SJUKDOM)

Vad bör behandlas

Patienter med demens av Alzheimerstyp bör erbjudas behandling med demensläkemedel. Läkemedel mot demens bör även övervägas vid Alzheimers sjukdom i kombination med cerebrovaskulär skada så kallad blanddemens. Vid lindrig kognitiv svikt, vaskulär demens eller frontotemporal demens finns ingen evidens för kolinesterashämmare. Vid vaskulär demens behandlas kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom samt sekundärprevention enligt vårdprogram (exempelvis diabetes, stroke).

Läkemedelsbehandling mot demens kan påbörjas oavsett ålder. Då effekterna är begränsade bör insättning ske i lugnt skede för att underlätta utvärdering. Även i ett sent stadium av sjukdomen kan patienten ha nytta av behandlingen.

Icke-farmakologisk behandling

För patienter med svår demenssjukdom är betydelsen av icke farmakologisk behandling som trygg och säker omvårdnad lika viktig som behovet av demensläkemedel.

Personcentrerad omvårdnad är centralt och ska utgå från den sjukets livsmönster, värderingar, preferenser samt upplevelse av verkligheten

Vilka läkemedel bör användas

Mild till måttlig Alzheimers sjukdom

I första hand

Donepezil

I andra hand

Rivastigmin plåster i andra hand när tablettbehandling är olämplig.

Memantin kan prövas vid intolerans/kontraindikation för kolinesterashämmare, eller vid agitation/aggressivt beteende.

Svår Alzheimers sjukdom

Donepezil och *memantin* har dokumenterad effekt vid svår Alzheimers sjukdom. Kombinationsbehandling med kolinesterashämmare och memantin rekommenderas inte som rutin men kan prövas vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom med påtagliga beteendemässiga symtom.

Utvärdering av biverkningar

Utvärdering av tolerabilitet och ställningstagande till eventuell dosökning av kolinesterashämmare bör göras efter 3-4 veckor. Var särskilt uppmärksam på bradykardi och gastrointestinala biverkningar som t.ex. nedsatt aptit, illamående och diarré. Dosminskning kan övervägas för att minska besvären.

Utvärdering av effekt

Cirka 3-6 månader efter uppnådd måldos av kolinesterashämmare ska behandlingseffekten utvärderas och beslut tas om eventuell fortsättning.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Läkemedel från många grupper, t.ex. analgetika, psykofarmaka, antiepileptika, parkinsonläkemedel, antibiotika (främst kinoloner) och läkemedel med antikolinerga effekter kan ha centralnervösa effekter och påverka kognitionen, vilket bör beaktas vid val av preparat och dosering. Behandling med antikolinerga läkemedel vid samtidig behandling med kolinesterashämmare är irrationellt och ska undvikas.

forts.

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

Beakta njurfunktionen vid dosering av memantin.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Nya data visar att utsättning av kolinesterashämmare och/eller memantin kan ge försämring av kognition, neuropsykiatriska symptom och ADL, både på kort sikt (veckor-månader efter utsättning) och på lång sikt (12 månader efter utsättning). Evidensläget är dock ytterst oklart och en individuell bedömning måste alltid göras av hur länge behandlingen ska fortsätta. Ett vanligt förhållningssätt är att behandlingen bör fortsätta om tillståndet förbättrats eller är oförändrat och ny utvärdering görs minst en gång per år. Så länge patienten kan interagera med anhöriga/vårdare och har kvar viss personlig ADL-funktion t.ex att kunna äta själv, sköta sin personliga hygien eller förflytta sig själv är det rimligt att behandlingen fortgår. När beslut tagits om att avsluta behandlingen kan utsättning göras utan föregående nedtrappning. Vid en försämring, som kan komma redan några dagar efter utsättning (kognition, ADL-förmåga, tilltagande BPSD), ska beredskap finnas för återinsättning. Detta ska ske omedelbart men senast inom 4 veckor efter utsättning. Utsättning ska undvikas i nära anslutning till större förändringar i patientens tillvaro.

Vad bör behandlas

Uttalade depressiva symptom med duration längre än några veckor. Förekomsten av depression beräknas till 5–10% hos svenska äldre över 75 år. Prevalensen är klart högre hos de mest sjuka äldre med samtidig somatisk sjukdom och/eller demenssjukdom. Viktiga skillnader föreligger vid depression hos äldre jämfört med hos yngre. Kliniken kännetecknas ofta av ångest, oro, kroppsliga symptom och kognitiv dysfunktion. Tidigt uppvaknande med ångest och kroppsliga symptom är vanligt. Sömnproblem liksom agitation och/eller aggressivitet är vanligt. Uteslut eventuell biverkan av vanligt förekommande läkemedel såsom kortison och levodopa, samt alkoholöverkonsumtion eller annat missbruk.

Användbara instrument är Geriatric Depression Scale 20 (GDS-20) alternativt Cornell skattningsskala vid demenssjukdom. Överväg även M.I.N.I. och/eller PHQ9.

Icke-farmakologisk behandling

Psykosocialt stöd, individanpassad beteendeaktivering, individanpassad fysisk aktivitet och god omvårdnad. KBT har effekt, särskilt problemlösningsfokuserad terapi. ECT har effekt vid svår depression hos äldre, med eller utan psykotiska symptom.

Vilka läkemedel bör användas

I första hand

Escitalopram, sertralín

Rekommenderad maxdos är 10 mg för escitalopram hos patienter över 65 år på grund av dosberoende förlängning av QT-intervall. Inled behandlingen med halverad initialdos och öka dosen vid behov. Vissa läkemedel kan interagera och signifikant öka serumnivåerna av escitalopram, exempelvis omeprazol.

forts.

Utvärdera behandlingen efter fyra veckor. Vid otillfredsställande effekt: överväg preparatbyte efter åtta veckor.

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.

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) Bensodiazepin med lång halveringstid/aktiva metaboliter (diazepam).

Tricykliska antidepressiva (t.ex. amitriptylin, klomipramin).

Antipsykotika.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Utsättningsförsök (med nedtrappning) kan göras efter 6–12 månaders symtomfrihet. Ofta krävs längre behandlingstid, t.ex. vid samsjuklighet och belastande social situation. För kort behandlingstid ökar risken för recidiv. Pågår SSRI-behandling nära slutskedet av livet bör behandlingen trappas ner till lägsta möjliga dos för att minimera utsättningsbesvär den dag då patienten inte längre kan svälja läkemedlet. Vid kort förväntad återstående livslängd (enstaka veckor) och symtomfrihet kan antidepressiv behandling sättas ut.

DIABETES

Vad bör behandlas

Individanpassad behandling och symtomkontroll är viktigast. Hypoglykemi ska undvikas. Vid förväntad kort återstående livslängd är förebyggande av senkomplikationer inte prioriterat. Behandlingsmål för plasmaglukos är 5–15 mmol/l. HbA1c upp till 72 mmol/mol accepteras.

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

Icke-farmakologisk behandling

Anpassad kost; tillräckligt med energi, 20–30 kcal/kg/dygn. Fysisk aktivitet efter förmåga.

Vilka läkemedel bör användas

I första hand

Metformin

Metformin kan användas hos äldre patienter under förutsättning att inga kontraindikationer föreligger och att läkemedlet tolereras. Ska användas med försiktighet vid sänkt njurfunktion, dosreduktion vid eGFR <45ml/min (till 500 mg-1g/dygn). Kontraindicerat vid eGFR <30 ml/min. Noggrann kontroll av eGFR och B12-värde vid kontinuerlig behandling med metformin. Beakta behandling med andra läkemedel som påverkar njurfunktionen.

Sätt ut metformin temporärt vid kräkningar, diarré och vid andra tillstånd då det finns risk för intorkning, till exempel nedsatt allmäntillstånd oavsett orsak.

Metformin kan behöva sättas ut temporärt vid röntgenundersökningar med jodinhållande kontrast.

Patientinformation finns för utskrift på www.janusinfo.se.

Vid kontraindikation för metformin (till exempel hög ålder, nedsatt njurfunktion, annan organsvikt) rekommenderas i första hand insulinbehandling.

Vid otillräcklig effekt av metformin kan *insulin* alternativt *repaglinid* eller *linagliptin* adderas.

Insulin

Medellångverkande NPH-insulin (t.ex. Humulin NPH, Insulatard, Insuman Basal) fungerar ofta bra i en- eller tvådos vid diabetes typ 2. Överväg mixinsulin om glukosvärdena är höga dagtid, och framför allt om blodsockret stiger efter måltider. Försiktighet med mixinsulin till patienter där måltidsordning och födointag är oklara eller misstänks kunna vara oregelbundna (risk för hypoglykemi). Minska om möjligt insulindoserna vid hypoglykemier istället för att byta till insulinanaloger som har marginell effekt på hypoglykemier, och detta till en mycket högre kostnad. Ge inte kortverkande insulin vid tillfälliga glukos-toppar hos opåverkade patienter.

Direktverkande måltidsinsulin bör undvikas på grund av risken för hypoglykemi. Patienter med diabetes typ 1 bör dock om möjligt fortsätta med flerdosregim. Insulin får aldrig sättas ut helt vid diabetes typ 1!

I andra hand

DPP-4-hämmare

Linagliptin (Trajenta) kan ges i oförändrad dos till patienter med nedsatt njurfunktion. Linagliptin medför ingen risk för hypoglykemier, är viktneutralt, är kardiovaskulärt säkert, och har få biverkningar. Effekten bör utvärderas efter 3–6 månader då inte alla patienter svarar på behandlingen.

SGLT2-hämmare

För SGLT2-hämmare finns bristande erfarenhet av behandling av äldre. Biverkningar av SGLT2-hämmare relaterat till volymförlust, hypotoni och/eller elektrolytbalansrubbing är vanligare hos denna patientgrupp. Risk för ketoacidosis med normalt blodsocker ska beaktas vid ospecifika symptom, exempelvis illamående, kräkningar, anorexi, buksmärtor, kraftig törst, andningsbesvär, förvirring, ovanlig trötthet eller sömnhighet.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

Övriga diabetesläkemedel är sällan aktuella för denna patientgrupp. Minskad vikt medför minskat behov av läkemedel. Försämrad njurfunktion med åldern kräver anpassning av läkemedelsdoser/utsättning. Undvik sulfonureider på grund av risk för svårbehandlade hypoglykemier.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Vid minskat matintag/fallande vikt/tilltagande njurfunktionsnedsättning kan ofta tablettbehandling, och inte sällan även insulinbehandling, minskas eller avslutas för patient med diabetes typ 2.

Successiv nedtrappning med noggrann uppföljning är viktigt. Om behandling sätts ut bör glukosvärden även kontrolleras vid tillstånd som kan ge förhöjda värden, t.ex. infektioner. Blodglukoskontroller hos döende patient görs enbart vid behov, d.v.s. vid besvärande symptom som kan bero på diabetes-sjukdomen. Vid diabetes typ 1 kan insulin aldrig sättas ut.

Vad bör behandlas

Antiepileptisk behandling är vanligen indicerad hos de mest sjuka äldre. I stort görs samma läkemedelsval enligt rekommendationer i Kloka listan som till andra vuxna, både för förebyggande av krampanfall och för behandling av status epilepticus.

Vilka läkemedel ska användas

Valproinsyra (t.ex. Ergenyl, Ergeny Retard, Depakine Retard) är förstahandsval vid generaliserad epilepsi men bör användas med observation av kognitiv funktion hos äldre eftersom det finns risk för kognitiv påverkan.

Levetiracetam eller *lamotrigin* kan vara alternativ.

Lamotrigin eller *levetiracetam* är förstahandsval vid fokala anfall. *Karbamazepin* (t.ex. Tegretol, Tegretol Retard) kan vara ett alternativ men är ofta sämre tolererat hos äldre. Det har föreslagits att tolerabiliteten av levetiracetam hos äldre ökar om man titrerar upp dosen långsamt och undviker doser över 1500 mg dagligen.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

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. Ge en lägre dos intravenös diazepam (5 mg i.v.) vid status epilepticus för att undvika risk för andningsdepression.

Beakta risken för kognitiv påverkan av valproat.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Behandlingen bibehålles vanligen till livets slut. Vid svårare biverkningar kan preparatbyte eller dosminskning provas. Risken för återfall med epileptiska anfall är dock stor.

FÖRMAKSFLIMMER

Vad bör behandlas

I åldrar över 75 år har 10–20 procent förmaksflimmer (FF). Behandlingsmålet är att förebygga trombemboli och stroke samt minska symtom vid FF. Hos de mest sjuka äldre måste en klinisk bedömning göras angående nyttan med antikoagulantibehandling. Vid blödning under pågående behandling får man överväga dosreduktion, behandlingsuppehåll eller avslut av behandlingen. För skattning av risken för stroke rekommenderas CHA₂DS₂-VASc. **Se även avsnitt Ischemisk Stroke** sid 31.

Hos äldre patienter kan det vara svårt att återställa och bibehålla sinusrytm. Frekvensreglering ska alltid övervägas som symtomlindring. Risken med antiarytmika eller flimmer ablation är ökad hos äldre och dessa behandlingar är inte indicerade hos de mest sköra äldre patienterna. Därför är frekvensreglerande behandling ofta förstahandsval.

Vilka läkemedel bör användas

Tromboemboliprofylax

Val av antikoagulantibehandling hos äldre behöver ofta individualiseras och doseringen anpassas enligt FASS. Vid behandling rekommenderas tät uppföljning av Hb. Glöm ej att förse patienten med antikoagulantibricka och notera Behandling som särskilt ska uppmärksammas (Varning) i den elektroniska journalen. Behandlingen omvärderas årligen.

Apixaban (Eliquis)

Dosreduktion enligt FASS. Dosdispensering är möjlig. Regelbunden uppföljning av njurfunktionen rekommenderas, och användning vid eGFR < 15 ml/min/1,73m² rekommenderas inte. Apixabanbehandling medför en minskad risk för intrakraniell blödning jämfört med warfarin. Apixaban

ska ej användas vid signifikant mitralisstenos eller mekanisk klaffprotes.

Warfarin

Överväg byte till apixaban om inga särskilda skäl föreligger.

Frekvensreglering

Betablockerare är förstahandsval. Vid behov tillägg av digoxin (särskilt vid samtidig hjärtsvikt).

I första hand

Bisoprolol, metoprolol

I andra hand – vid otillräcklig effekt.

Överväg tillägg av *digoxin*.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

Dabigatran rekommenderas ej till de mest sjuka äldre.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Oral antikoagulantibehandling 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

Förstoppning är vanligt hos äldre och inte minst inom palliativ vård. Den viktigaste principen är att obstipation inte ska leda till ett obehag och lidande.

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

Icke-farmakologisk behandling

Se till att patienten får i sig tillräckligt med vätska, dvs ett normalt vätskeintag. Det finns inget stöd för att ett överintag av vätska har en positiv effekt. Se över läkemedelsbehandling som kan orsaka förstoppning. Fysisk aktivitet efter förmåga.

Vilka läkemedel bör användas

I första hand

Osmotiskt verkande medel

Makrogol + elektrolyter (t.ex. Moxalol)

Även för långtidsbruk. Verksam vid upplösning av fekalom. Lämplig för förebyggande behandling i samband med opioidbehandling.

Laktulos

Även för långtidsbruk. Färdig beredning i liten volym, lätt att svälja. Ger mer gasbildning än ovanstående alternativ.

I andra hand

Bulkmedel

Sterkuliagummi (Inolaxol)

Ej vid opioidbehandling. Kan användas för långtidsbruk och tolereras då ofta väl. Kan användas även vid diarré genom att

binda överflödiga vätska i tarmen så att avföringen blir fastare.

Om patienten redan har välfungerande behandling med bulkmedel kan behandlingen fortsätta trots att det inte är förstahandsval vid nysättning.

Tilläggsbehandling vid behov

Peristaltikstimulerande läkemedel (till exempel *natriumpikosulfat*) kan användas som tilläggsbehandling vid svårbehandlad obstipation.

Laurylsulfat (t.ex. Microlax)

Natriumpicosulfat (t.ex. Cilaxoral)

Se **Opioidinducerad förstoppning** sid. 50.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Risker med laxantiaterapi är bland annat att elektrolytrubbningar. Dehydrering kan uppkomma.

Bulkmedel ska inte användas som laxermedel under behandling med opioider pga. risk för ileus.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Utvärdera alltid effekten av laxantia och ändra/avsluta behandlingen om utebliven effekt eller biverkningar.

Vad bör behandlas

Det är väl dokumenterat att hjärtsviktsbehandling med rekommenderade läkemedel både minskar symtom och förbättrar prognosen vid nedsatt vänsterkammarmfunktion ("HFrEF", systolisk hjärtsvikt). Studier som visat tydliga effekter på överlevnad och välbefinnande genom behandling med läkemedel vid "HFrEF" har inkluderat få patienter i hög ålder. Hos de mest sjuka äldre är det viktigt med fortsatt symtomlindring med läkemedel enligt nedan.

Hos äldre hjärtsviktpatienter är det vanligare med bibehållen systolisk vänsterkammarmfunktion ("HFpEF", diastolisk hjärtsvikt), samsjuklighet med hypertoni och förmaksflimmer, samt icke kardiell komorbiditet. Vid HFpEF inriktas behandlingen på underliggande sjukdom (särskilt hypertoni) och symtom.

Hos patienter med kronisk hjärtsvikt kan sviktmedicineringen ibland leda till hypotension. Här är behandlingen av hjärtsvikt oftast prioriterad även om blodtrycket når nivåer under målvärdesintervall. Patientens önskemål och daglig livskvalitet måste beaktas.

Sviktpacemaker/ICD är inte aktuell hos de mest sjuka äldre.

Vilka läkemedel bör användas

Rekommendationerna i Kloka listan är relevanta även i symtomlindrande syfte. Behandlingsintensiteten hos de mest sjuka äldre bör vara styrd av symtom.

Basbehandlingen utgörs av:

ACE-hämmare (*enalapril, ramipril*)

Vid ACE-hämmarintolerans ges angiotensinreceptorblockerare (ARB) (*kandesartan, losartan*)

Betablockerare (*bisoprolol, metoprolol*)

Mineralkortikoidreceptorantagonister, (MRA) (*eplerenon eller spironolakton*).

Biverkningar av MRA är vanligare hos äldre. Kontrollera njurfunktion och kalium regelbundet.

SGLT2-hämmare (*dapagliflozin* (Forxiga), *empagliflozin* (Jardiance), oavsett förekomst av diabetes typ 2, har nyligen tillkommit på Kloka listan för behandling vid hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion. Det saknas erfarenhet av SGLT2-hämmare hos de mest sjuka äldre. Biverkningar av SGLT2-hämmare relaterat till volymförlust, hypotoni och / eller elektrolytbalansrubning antas vara vanligare hos denna patientgrupp. Risk för ketoacidosis med normalt blodsocker ska beaktas vid ospecifika symptom, exempelvis illamående, kräkningar, anorexi, buksmärta, kraftig törst, andningsbesvär, förvirring, ovanlig trötthet eller sömnhet.

En väl styrd diuretikabehandling är viktig för symtomlindring.

Diuretika (*bendroflumetazid* (t.ex. Salures), *furosemid*, *hydroklortiazid* (t.ex. Esidrex) ges i lägsta effektiva dos som behövs för att hålla "torrvikt".

Vid dehydrering sätts diuretika ut och övervägs även temporär utsättning av ACE-hämmare, MRA och SGLT2-hämmare.

forts.

Vid förmaksflimmer eller som symtomatisk tilläggsbehandling vid svår hjärtsvikt, överväg *digoxin*. Ska användas i låg dos. Kontrollera plasmakoncentrationen vid behov.

Vilka läkemedel bör användas med försiktighet/undvikas

Oselektiva kalciumantagonister (t.ex. verapamil och diltiazem)

NSAID/Coxhämmare kan försämra den glomerulära filtrationen och medföra vätskeretention, samt höja blodtrycket.

När/hur avsluta behandling

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

Vid ortostatism reduceras i första hand annan blodtryckssänkande medicinering. Vid behov reduceras dosen av hjärtsviktsläkemedel medan utsättning undviks, om möjligt. ACE-hämmare, ARB, SGLT2-hämmare, digoxin och diuretika kan sättas ut direkt utan nedtrappning. Betablockerare trappas ner pga risk för reboundfenomen.

HUDBESVÄR

Vad bör behandlas

Hudsjukdomar kan uppträda när som helst under livet. I princip skiljer sig inte indikation för behandling av hudsjukdomar hos äldre från den hos yngre, dock behöver aktinisk keratos hos de mest sjuka äldre sällan behandlas.

Torr hud och klåda är också vanligt i den äldre populationen. Allmänt status och anamnes är viktiga, då klåda inte alltid har med huden eller hudens torrhet att göra. Exempel på tillstånd som kan orsaka klåda är njursjukdom, leversjukdom, lymfom, psykisk sjukdom, paramalignt fenomen och läkemedelsreaktioner. Gör en läkemedelsgenomgång inklusive naturläkemedel/kosttillskott. Skabb måste alltid uteslutas.

Icke-farmakologisk behandling

Undvik uttorkning av huden, använd gärna mjukgörande kräm. Stödstrumpor kan lindra klåda och minskar ödem.

Vilka läkemedel bör användas

Samma läkemedelsval enligt rekommendationer i Kloka listan görs som till yngre vuxna. Lokalbehandling med mjukgörande och topikala glukokortikoider är förstahandsval vid eksem och psoriasis hos äldre.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Antihistaminer har ingen effekt på klåda vid torr hud och eksem.

forts.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Topikala glukokortikoider ska trappas ner vid förbättring.

Fortsatt underhållsbehandling med mjukgörande rekommenderas.

Nedtrappningsschema finns på www.janusinfo.se

Vad bör behandlas

Hypertoni är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och demenssjukdom. Specifika symtom saknas vanligen men diffusa symtom såsom yrsel, huvudvärk och trötthet kan förekomma. För sköra äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd ska symtomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention.

Anpassa behandlingen för att undvika symtomgivande ortostatisk hypotension. Mät blodtryck i liggande och stående.

Länk till praktisk information om mätning av ortostatiskt blodtryck finns på www.janusinfo.se

Rekommenderat målblodtryck är systoliskt 130-139 mm Hg för individer >70 år. För de mest sjuka äldre måste målet individualiseras och den enskilda individens nytta av antihypertensiv behandling särskilt noga övervägas i relation till övrig sjukdom.

Vilka läkemedel bör användas

Oftast behövs två eller flera läkemedel för att nå målblodtryck. 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 angiotensin receptorblockerare (ARB) (*t.ex. kandesartan, losartan*) och/eller

Kalciumantagonist (*t.ex. amlodipin*)

och/eller

forts.

Diuretikum av tiazidtyp (t.ex. *bendroflumetazid* (Salures), *hydroklortiazid* (t.ex. Esidrex). Vid kraftigt nedsatt njurfunktion (eGFR <30 ml/min/1,73m²) är *furosemid* att föredra. Beakta risk för hyponatremi.

Betablockerare (t.ex. *metoprolol*) är inte förstahandsval vid okomplicerad hypertoni men är lämpligt som tillägg eller vid vissa andra samtidiga sjukdomar (t.ex. ischemisk hjärtsjukdom, kronisk hjärtsvikt, arytmier).

Hypertoni vid diabetes mellitus bör behandlas med *ACE-hämmare* eller *ARB*.

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.

Kombinera inte *ACE-hämmare* och *ARB*.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Nytan av blodtrycksbehandling ökar med ålder och hjärt-kärlsjuklighet. Det finns dokumentation för att behandla upp till åtminstone 85–90 års ålder. Blodtrycksbehandling ska behållas så länge patienten inte har besvärande biverkningar eller är i terminal fas.

ISCHEMISK HJÄRTSJUKDOM

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.

Behandlingsmål

För gruppen mest sjuka äldre blir inriktningen i första hand symtomatisk behandling av kärlkramp, svikt och arytmier. Studier för läkemedelsbehandling vid kronisk ischemisk hjärtsjukdom har inte inkluderat patienter över 80 års ålder i någon större omfattning.

Vilka läkemedel bör användas

Sekundärprofylax med trombocythämning ordinerar från sjukhuset. Behandlingstid ska anges i doseringen på receptet. Effekten av *ASA* lång tid efter en hjärtinfarkt är liten och nytta/risk förhållandet kan ifrågasättas hos sköra äldre. Studier finns upp till cirka fem år. Effekten avtar över tid medan den ökade blödningsrisken kvarstår. Överväg utsättning i samråd med kardiolog framför allt vid blödning och/eller anemi.

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 inte alltid aktuell, se **Lipidsänkande behandling vid aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom** sid 38.

ACE-hämmare/ARB, mineralkortikoidantagonister (t.ex. spironolakton) och diuretika ges symtomatiskt vid **hjärtsvikt**, se **Hjärtsvikt** sid 22.

Angina pectoris

Vad bör behandlas

Symtomlindrande antiischemisk behandling ges oavsett ålder.

Vilka läkemedel bör användas

Nitroglycerin som spray (Glytrin, Nitrolingual) eller buckablett (Suscard) för anfallskupering. Förebyggande behandling ges enligt nedan. Beakta risken för ortostatism. Praktisk information vid mätning av ortostatiskt blodtryck finns på www.janusinfo.se.

Förebyggande behandling med betablockare (*bisoprolol*, *metoprolol*) i reducerad dos och/eller kalciumantagonister (*amlodipin*) och/eller långverkande nitrat (*isosorbidmononitrat* t.ex. Imdur) ges även till de mest sjuka äldre med återkommande attacker av kärilkramp.

När/hur avsluta behandling

Symtomlindrande behandling bibehålles även i livets slutskede.

ISCHEMISK 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 och i botande syfte (t.ex. orala antikoagulantia (OAK) vid förmaksflimmer respektive reperforationsbehandling) kan vara aktuellt.

Förebyggande behandling av ischemisk stroke hos de mest sjuka äldre kan och bör omvärderas om patienten så önskar och tillståndet är sådant att det inte längre är meningsfullt att förebygga ytterligare sjukdom.

För de mest sjuka äldre med kort förväntad återstående livslängd förordar Nationella riktlinjer för vård vid stroke att man i ett lugnt skede bedömer och samråder om aktiv behandling är aktuellt vid ett eventuellt strokeinsjuknande. Om så inte är fallet kan symtomatisk behandling ges på personens ordinarie boende.

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 för att minimera risken för ortostatisk hypotension och fall. Praktisk information om mätning av ortostatiskt blodtryck finns på www.janusinfo.se

Vilka läkemedel bör användas

Se **Förmaksflimmer** sid 18, **Hypertoni** sid 27 och **Ischemisk hjärtsjukdom** sid 29.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Reperfusionsterapi 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 nytillkomna funktionsbortfall. Till exempel kan det vara förenat med bättre livskvalitet om förlamning efter en ischemisk stroke kan undvikas med reperfusionsterapi hos en hjärtsjuk, dement patient som tycker om att vandra runt. Likaså kan en cancersjuk äldre patient ha mycket att vinna på att bibehålla talförmågan sina sista månader i livet och således kan både reperfusionsterapi vid ischemisk stroke eller förebyggande antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer vara av värde.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

För sköra äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd bör symtomatisk behandling och bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention.

Vad bör behandlas

Mycket talar för att det inte finns någon överlevnadsvinst att behandla den multisjuka äldre, sköra patienten med dialys. Istället kan behandlingen bli en belastning, leda till både nedsatt livskvalitet och flera komplikationer med mycket hög mortalitet. Konservativ behandling, innefattande anpassad kost, vätskebalanskontroll och symptomlindring av uremi bör ha en central roll i denna patientgrupp. Nedanstående råd gäller multisjuka sköra äldre med avancerad njursvikt (eGFR <30 ml/min/1,73 m²) där dialysbehandling inte är indicerad vid progression till terminal njursvikt. Finns osäkerhet om detta beslut bör njurmedicin konsulteras. Viktigt att medicinska beslut fattas efter samråd med patient och anhöriga. Dokumentera och uppdatera vid behov.

Uremiska symtom (bl.a. dålig aptit, klåda, illamående, restless legs) uppträder i ökande omfattning vid GFR <15–20 ml/min/1,73 m² och behandlas symtomatiskt.

Hypertoni och vätskeretention

Bör behandlas men blodtrycks målet individualiseras.

Elektrolyttrubbningar och andra avvikelser i laboratorievärden.

Mål för eventuell läkemedelsbehandling är att undvika symptomgivande uremi. Ambitionsnivå för korrigerande av laboratorievärden bör individualiseras utifrån aktuella symtom.

Infektioner

Tänk på att justera antibiotikadoserna vid läkemedelsbehandling av infektioner. Första laddningsdos av antibiotika ska inte reduceras med undantag av aminoglykosider (se STRAMA:s rekommendationer).

Icke-farmakologisk behandling

Många äldre med nedsatt njurfunktion har spontant lågt protein- och energiintag. Energirikt näringstillskott är då av värde för att motverka katabolism och viktförlust. Ett högt proteinintag kan å andra sidan ge uremiska symtom och en begränsning av proteinintaget är då symtomlindrande.

Vilka läkemedel bör användas

Använd förskrivarstödet Janusmed Njurfunktion för dosering av läkemedel vid nedsatt njurfunktion.

Vätskeretention, ödem

Furosemid, vid lågt GFR behövs vanligen höga doser som kan ökas upp till 1 000 mg/dygn.

Hypertoni

Hos äldre, sköra patienter är risken för biverkningar större och komplicerande sjukdomar och relativa kontraindikationer vanligare. Hos dessa måste därför mål för blodtryckssänkningen individualiseras. Behandlingen anpassas för att undvika symtomgivande ortostatisk hypotension.

Metabol acidosis

Mild acidosis är oftast symtomfri och behöver inte behandlas.

Hyperkalemi

Kontrollera om höga värden, akutprov om P-kalium $\geq 6,0$ mmol/l. Natriumpolystyrensulfonat (Resonium), 1 dosmått 15 g varje eller varannan dag om P-kalium $> 5,5$ mmol/l. Vid samtidig acidosis kan behandling med T Natriumbikarbonat motverka hyperkalemi.

Hypokalcemi

D-vitaminbehandling med *kolekalciferol* (t.ex. Benferol) om D-vitaminbrist föreligger. Eventuellt i kombination med *kalciumkarbonat* (t.ex. Kalcipos-D Forte tablett, Calcichew-D3 tuggtablett.). Diskutera med njurmedicinskonsult vid frågor.

Hyperfosfatemi

Lågt proteinintag innebär även lågt fosfatintag varför p-fosfat normalt inte behöver kontrolleras rutinmässigt i denna patientgrupp. Om uttalad hyperfosfatemi ($> 2,5$ mmol/l) kan fosfatbindare (*kalciumkarbonat* eller *sevelamer*) övervägas efter individuell bedömning.

Fosfat kan bindas med *kalciumkarbonat* (t.ex. Calcitugg tuggtablett, Kalcipos tablett) till maten, 1–1,5 g/dygn, vid normalt/lågt kalciumvärde.

Renal anemi

Inled med *per oralt järn* (Duroferon, Niferex) om patienten tolererar detta.

Järn kan ha effekt även vid ferritinvärden inom normalområdet. Vid biverkningar eller utebliven effekt kan rekommenderade intravenösa järnpreparat ges (500–1 000 mg i engångsdos cirka var 3:e–6:e månad).

Erytropoesstimulerande läkemedel kan bli aktuellt vid Hb < 100 g/l efter remissfråga till njurmedicin. Vid behandling är mål-Hb 100–120 g/l.

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM (KOL)

Vad bör behandlas

Behandlingen ska pågå in i palliativt skede då den är symtomlindrande och förhindrar exacerbationer. Beakta samsjuklighet (komorbiditet), enligt riktlinjer för respektive tillstånd.

Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp är till nytta också för de mest sjuka äldre. Vaccination mot influensa, pneumokocker och covid-19 ska erbjudas enligt gällande riktlinjer. **Se Vaccinationer** sid 61 Fokus på nutrition är viktigt. Erbjud nutritionsbehandling till personer med KOL med ett BMI som är lägre än 22. Instruktioner i andnings- och/eller sekretmobiliseringsteknik kan vara av värde. Hjälptill fysisk aktivitet. Se även www.fyss.se

Vilka läkemedel bör användas

Viktigt att kontrollera inhalationsteknik. För patienter som kan inhalera korrekt och med tillräcklig kraft är pulverinhalator att föredra, annars bör sprayinhalatorer med spacer prövas. I sista hand kan inhalation via nebulisator användas.

Behandlingsriktlinjerna skiljer sig inte från övriga åldersgrupper. KOL ska behandlas utifrån symtom och exacerbationsrisk. För läkemedelsval se **Kloka Listan**, www.janusinfo.se/klokalistan.

Övrigt

Vid svår KOL är vätskeretention vanligt och patienten kan behöva stå på lågdos *diuretika*. Vid mycket svår dyspné kan låga doser *opioider* prövas. Behandlingseffekten ska utvärderas och opioidbehandlingen kvarstå endast vid tillfredsställande behandlingseffekt.

Majoriteten av exacerbationerna är infektiösa. Även om virus är lika vanligt som bakteriell orsak rekommenderas snabbt

insättande av *antibiotika* till patienter när sputum blir mera missfärgat (purulent) oavsett CRP-nivå.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

- Överväg utsättning av inhalationssteroider vid upprepade pneumonier
- Undvik icke-selektiva betablockerare, såsom propranolol, för behandling av hjärt/kärlsjukdom på grund av risk för ökad obstruktivitet.
- Undvik perorala steroider som underhållsbehandling på grund av biverkningsprofil.
- Undvik teofyllin som underhållsbehandling – snävt terapeutiskt intervall och ogynnsamma biverkningar (har kvar sin plats som akutbehandling på sjukhus i utvalda fall).
- Vid behandling med roflumilast har patienter från 75 års ålder en ökad risk för sömnstörningar.
- Undvik underhållsbehandling med kortverkande bronkdilaterare, då de ger sämre effekt än långverkande bronkdilaterare.
- Långverkande antikolinergikum (LAMA) bör inte användas tillsammans med ipratropium (Atrovent eller i kombinationer som t.e.x. Combivent, Ipramol, Sapimol etc) på grund av betydande risk för dosberoende antikolinerga biverkningar så som urinretention och muntorrhet.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Inga läkemedel som i dag används för att behandla KOL ska sättas ut enbart på grund av stigande ålder/ökande sjuklighet, eftersom de lindrar symtom och förebygger exacerbationer. Syrgasbehandling ska fortgå.

LIPIDSÄNKANDE BEHANDLING VID ATEROSKLEROTISK HJÄRT-KÄRL- SJUKDOM

Vad bör behandlas

Äldre skall erbjudas behandling på samma indikation som yngre. För sköra äldre patienter med kort förväntad återstående livslängd bör bibehållande av livskvalitet prioriteras före prevention.

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 *atorvastatin* eller *simvastatin* i låg dos.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

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 oklar och vid biverkningar bör behandlingen sättas ut.

ORO OCH ÅNGEST

Vad bör behandlas

Funktionsnedsättande oro och ångest efter att annan bakomliggande orsak som depression, demenssjukdom, somatisk sjukdom till exempel smärta, astma/KOL med nattlig hypoxi, hjärtsvikt, hypoglykemi eller läkemedelsbiverkan har åtgärdats.

Icke-farmakologisk behandling

KBT vid ångestsyndrom. Psykosocialt stöd, individanpassad beteendeaktivering individanpassad fysisk aktivitet och god omvårdnad.

Vilka läkemedel bör användas

Vid behov av läkemedelsbehandling bör man starta med låga doser.

Vid ångestsyndrom

Escitalopram, sertralin

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

Tillfällig symtomlindring vid ångestbesvär

Oxazepam (t.ex. Oxascand)

Behandling med bensodiazepiner bör ske mycket restriktivt. Bensodiazepiner kan ge försämrad kognition, ökad risk för fall och konfusion och även paradoxala reaktioner med ökad ångest och oro. Noggrann uppföljning av effekt och biverkningar är viktigt.

Rekommenderad behandlingstid är högst 2 veckor.

forts.

Ångest vid depression

Mirtazapin i monoterapi eller som tillägg i lågdos till SSRI. Mirtazapin har en ångestlindrande och sömnfrämjande effekt hos deprimerade patienter, men dokumentation saknas för ångestlindrande effekt vid ångest utan samtidig depression.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Hydroxizin (t.ex. Atarax), prometazin (Lergigan), alimemazin (t.ex. Theralen) och antipsykotika ska undvikas. Klometiazol (Heminevrin) är sederande men saknar evidens för anxiolytisk effekt.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

SSRI bör alltid trappas ned vid planerad utsättning oavsett patientgrupp, eftersom utsättningsbesvär kan uppträda vid snabb utsättning. Pågående SSRI-behandling nära slutskedet av livet bör behandlingen trappas ner till lägsta möjliga dos för att minimera utsättningsbesvär den dag då patienten inte längre kan svälja läkemedlet. Vid kort återstående livslängd och symtomfrihet kan antidepressiv behandling sättas ut.

Vad bör behandlas

Osteoporos bör behandlas aktivt hos de mest sjuka äldre då osteoporosfrakturer är smärtsamma och förknippade med sänkt livskvalitet och för tidig död. Benresorptionshämmare såsom bisfosfonater och denosumab har effekt redan efter kort tids behandling och kan således ges till patienter med relativt kort förväntad överlevnad. Undantaget är vid förväntad överlevnad <1 år.

Gruppen mest sjuka äldre med genomgången kot-/höftfraktur efter lågenergitrauma har med stor sannolikhet osteoporos vilket gör att man kan behandla detta utan föregående benthetsmätning. Patienten bör vara gångare i någon omfattning, men behandling kan övervägas även till rullstolsburna patienter med spontana kotfrakturer.

Osteoporosbehandling bör som regel ges till patienter med kortisonbehandling (motsvarande >5 mg prednisolon/dygn i minst 3 månader). Undantaget är vid förväntad överlevnad <1 år.

Webbverktyget FRAX är av mindre värde vid bedömning av de mest sjuka äldre, då det för dem ofta inte är relevant att bedöma frakturrisken för de kommande 10 åren.

Icke-farmakologisk behandling

Fysisk aktivitet, inklusive träning av styrka och balans, samt bostadsanpassning och gånghjälpmedel är viktiga åtgärder för att förebygga fall. Undernäring, överkonsumtion av alkohol och rökning bör undvikas och läkemedel bör regelbundet gås igenom.

Vilka läkemedel bör användas

I första hand

Denosumab (Prolia), injektion 60 mg subutant 2 gånger om året, tillsvidare.

Ges i kombination med kalcium och D-vitamin. Kan användas vid sänkt njurfunktion. Risk för hypokalcemi, särskilt vid nedsatt njurfunktion. I övrigt lindrig biverkningsprofil och därför lämpligt till denna patientgrupp.

I andra hand

zoledronsyra infusion 5mg årligen

Ges i kombination med kalcium och D-vitamin. Bisfosfonater får ej ges vid eGFR <35 ml/min. Beakta risken för biverkan i form av influensaliknande reaktion som drabbar cirka en tredjedel av patienterna och som kan vara besvärlig för sköra patienter.

Kalcium + D-vitamin

Ges till patienter som behandlas med kortison eller osteoporosläkemedel samt vid bristande kalciumintag och/eller risk för D-vitaminbrist. Man kan exempelvis överväga att ge kalcium och D-vitamin till äldre kvinnor över 80 år som inte exponeras för sol. Rekommenderad dygnsdos är 500 mg kalcium/800 IE kolekalciferol.

För övriga är det inte visat att den medicinska vinsten överstiger riskerna. Behandling med enbart kalcium och D-vitamin bedöms i Nationella riktlinjer som "icke-göra" om dokumenterad brist saknas.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

Perorala bisfosfonater är sällan lämpliga till gruppen mest sjuka äldre eftersom dessa preparat ska undvikas vid sväljningsproblem, hiatusbräck och gastrit/ulcussjukdom. Det är också viktigt att tablettorna intas enligt särskilda riktlinjer för att få bra absorption, och därför är de olämpliga för patienter med nedsatt kognition.

Risk för käknekros och atypiska höftfrakturer bör beaktas vid behandling med benresorptionshämmande läkemedel.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Behandlingen med benresorptionshämmare bör sättas ut när patienten blir mestadels sängbunden.

Vid utsättning av denosumab (Prolia) kan effekten av behandlingen förloras, och risken för kotfrakturer ökar (reboundfenomen).

Låt pågående bisfosfonatbehandling fortgå i totalt 3–5 år om patienten tolererar den. Den positiva effekten kvarstår därefter lång tid efter utsättning. Hos de med mycket hög risk för kotfraktur kan man överväga behandlingens längd upp emot 6 år med parenterala bisfosfonater.

Om patienten under behandlingstiden blir rullstolsburen utan att ha haft kotkompression kan behandlingen omvärderas och utsättas.

PARKINSONS SJUKDOM

Vad bör behandlas

Behandlingsförsök bör göras vid parkinsonistiskt hämrad rörelseförmåga.

För diagnos av Parkinsons sjukdom ska ett antal kriterier vara uppfyllda, en långsam progress ska ha förelegat och symtom ska ha förbättrats av medicinering. Feldiagnostik är vanligt. Alla skador på dopaminsystemet kan, oavsett orsak, ge upphov till en liknande symtombild. Differentialdiagnostiska problem är vanligast vid ospecifik tremor, stela leder och kognitiv svikt till följd av cerebrovasculära tillstånd med centralt liggande skador som också omfattar olika delar av basala ganglierna. För Parkinsons sjukdom ovanliga symtom kan vara uttryck för andra sjukdomar, för blandformer eller kombinationer av olika faktorer och olämplig medicinering. Patienter med atypisk parkinsonism svarar vanligen sämre på medicinering.

Naturalförloppet av Parkinsons sjukdom i avancerat skede medför nedsatt postural kontroll. Det är viktigt att trots detta vara fysiskt aktiv och bibehålla balanstövning men vara medveten om fallrisken. Tidigare i förloppet av Parkinsons sjukdom kan dålig balanskontroll vara ett tecken på undermedicinering.

Cirkulatoriska vasculära orsaker till symtom som balansrubbningar och kognitiv svikt bör uteslutas.

Samråd gärna med neurolog.

Icke-farmakologisk behandling

Anpassad omvårdnad, rätt vårdnivå och stimulans är väl så betydelsefullt som farmaka för att underlätta patientens psykiska och fysiska situation. Insatser av sjukgymnast och

arbetsterapeut ska övervägas. Uppföljning av patientens vikt samt kontakt med logoped, dietist och tandhygienist kan vara av stort värde.

Vilka läkemedel bör användas

levodopa + benserazid (t.ex. Madopark, Madopark Quick, Madopark Quick Mite, Madopark Depot)

alternativt

Levodopa + karbidopa (t.ex. Sinemet)

Vid framskriden avancerad sjukdom rekommenderar expertgruppen att "Får ej bytas ut" anges på receptet då biotillgängligheten kan variera och för att minska risk för förväxling.

Hos en äldre patient, i både tidig och sen fas, har levodopa (+dekarboxylashämmare) i monoterapi störst möjlighet att reducera hypokinesi.

Levodopa ska smygas in. Börja med tabletter med 50 mg levodopa en till två gånger dagligen. Den dagliga dosen kan ökas med 50 mg per vecka upp till 300 mg fördelat på tre dosstillfällen cirka klockan 8, 12 och 17 (max 600 mg/dygn). Om det sker en tydlig försämring vid dosjustering får man återgå till tidigare dosnivå. Efter cirka två månaders uppträppning ses ofta en god effekt.

Patienter med nedsatt kognitiv förmåga och postural hypotension måste behandlas försiktigt med lägre doser. Kontrollera blodtrycket i både sittande och i stående och värdera blodtrycksbehandling efter resultatet av undersökningen. Praktisk information om mätning av ortostatiskt blodtryck finns på www.janusinfo.se

forts.

Vid illamående kan tabletten tas tillsammans med mat, men för bästa upptag är det bättre att inte ta läkemedlet vid måltid.

Ibland kan levodopa som ges sent på kvällen ge nattlig konfusion. Å andra sidan kan nattlig stelhet vara ett problem. All behandling måste individualiseras.

En plötslig försämring av parkinsonsymtomen ska föranleda utredning av annan tillstötande sjukdom till exempel infektion eller biverkningar till följd av läkemedelsförändring.

För patienter med sväljningssvårigheter eller där man tillfälligt behöver ersätta den vanliga per orala behandlingen vid Parkinsons sjukdom kan andra doser och preparat vara aktuella. En sammanställning över detta finns på Janusinfo.se

Utvärdera och omvärdera parkinsonmedicineringen löpande hos äldre och långtidsbehandlade.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Biverkningar och potentiell nytta måste alltid vägas mot varandra och behandlingen måste individualiseras.

Se upp med komplex polyfarmaci med stor interaktionsrisk. Vid besvärande biverkningar av parkinsonmedicinering finns strategier för att åstadkomma symtomlindring några timmar under dygnet genom att koncentrera medicineringen dit. En del förespråkar injektion med låg dos apomorfin som ibland kan ges utan kognitiva biverkningar. Rådgör med neurologspecialist.

Antipsykotika, liksom läkemedel med antikolinerg effekt, är olämpligt. Antalet dopaminerga neuron sjunker med stigande ålder vilket utgör en orsak till ökad benägenhet att utveckla parkinsonism vid medicinering med antipsykotika, som ytterligare mer eller mindre sänker dopaminnivåerna.

Metoklopramid (Primperan) ska undvikas.

Propiomazin (Propavan) bör undvikas.

En person med Parkinsons sjukdom i den palliativa fasen av livets slutskede, ska inte ges de dopaminblockerande läkemedel (metoklopramid, haloperidol) som ges vid palliation av andra tillstånd.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Parkinsonläkemedel bör sällan sättas ut helt, men dosreduktion kan göras om man tror att biverkningar överväger nyttan av behandlingen. Abrupt utsättning bör undvikas då det finns risk för kraftiga utsättningsymtom. Levodopa bör inte utsättas helt då komplett akinesi kan bli följden.

SMÄRTLINDRING

Nociceptiv smärta

Vad bör behandlas

Smärta är vanligt hos äldre, främst orsakad av olika muskuloskeletala sjukdomar såsom artros, osteoporos med sekundära frakturer samt ospecifik rygg och ledsmärta.

Målet med smärtbehandling är smärtlindring, ökad livskvalitet och funktionsförbättring. All smärtbehandling ska vara individanpassad. Ta reda på utlösande moment till smärtan. Smärta hos äldre kan uttrycka sig annorlunda än hos yngre. Använd gärna anpassade smärtskalor vid kognitiv nedsättning. Lägsta effektiva dos ska användas. Effekten ska utvärderas fortlöpande och behandlingen avslutas om behandlingsmålet inte nås.

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling bör prövas först, t.ex. TENS, fysioterapi och arbetsterapi. Överväg hjälpmedel.

Vilka läkemedel bör användas

Paracetamol

Rekommenderad maxdos till äldre är 3 g/dygn. Vid eGFR < 50 ml/min rekommenderas en maxdos på 2 mg/dygn.

Ibuprofen gel (t.ex. Ipren)

Vid knäleds- och fingerartros kan ibuprofen gel för topikal användning övervägas. Topikal beredning medför mindre risk för biverkningar än peroral behandling. Diklofenak gel rekommenderas inte pga miljöskäl.

Opioidanalgetika

Behandling med opioider bör ske efter noggrant övervägande. Målet med behandlingen är funktionsförbättring och ökad livskvalitet.

Det är viktigt att skilja mellan opioidinducerad sedering, ångestlindring och analgesi.

Individanpassad dosering ökar förutsättningarna för god effekt och minskar risken för biverkningar, vanliga biverkningar är bland annat fallrisk, sedering, kognitiva störningar och urinretention.

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

Morfin eller *oxikodon*

För både morfin och oxikodon gäller reducerad dos och förlängd intervall vid nedsatt njurfunktion.

Buprenorfin depotplåster

Vid stabil opioidkänslig smärta samt vid sväljningssvårigheter. Buprenorfin är inte njurfunktionsberoende.

Vid långvarig opioidkänslig smärta kan behandling inledas med kort eller långverkande morfin eller oxikodon 5 mg eller buprenorfin depotplåster 5 µg/h. Depåberedningar får inte krossas.

Opioidinducerad förstoppning

Använd alltid laxantia förebyggande mot förstoppning!
Använd t.ex. *makrogol+elektrolyter* (t.ex Moxalol) eller *laktulos*. *Natriumpikosulfat* (t.ex.Cilaxoral) kan användas vid behov.
Ett andrahandsalternativ vid otillräcklig effekt av laxantia är *naloxegol* (Moventig) vid behov.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

COX-hämmare – försiktighet vid hjärt- och/eller njursvikt eller ulcusanarnes. Använd reducerad dos och intermittert behandling.
Tramadol och kodein är riskläkemedel för sköra äldre. Morfin och oxikodon bör användas med extra stor försiktighet vid grav njursvikt.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

All läkemedelsbehandling som inte har avsedd effekt ska avslutas. Ompröva och utvärdera med fokus på livskvalitet.
Vid utsättning av opioider bör de trappas ned långsamt för att minska risken för abstinens.

Neuropatisk smärta

Vad bör behandlas

Smärtsam polyneuropati (exempelvis vid diabetes), postherpetisk neuralgi (PHN) och central neuropatisk smärta, exempelvis post-stroke-smärta.

Icke-farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling bör om möjligt prövas, till exempel TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering).

Vilka läkemedel bör användas

Amitriptylin

Beakta risken för antikolinerga biverkningar som kognitiv påverkan, muntorrhet, förstoppning, urinretention samt hjärtbiverkningar även vid låga doser.

Börja med 10 mg på kvällen, eventuellt öka veckovis med 10 mg. Dosen titreras individuellt utifrån effekt och biverkningar. För flertalet av patienterna räcker 10–30 mg.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

Högre doser av tricykliska antidepressiva och antiepileptika.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

All läkemedelsbehandling som inte har avsedd effekt ska avslutas. Ompröva och utvärdera med fokus på livskvalitet. De flesta av läkemedlen har CNS-påverkan, varför bieffekterna måste vägas mot effekten.

Avsikten med behandlingen är att uppnå smärtreduktion och funktionsförbättring, t.ex. bättre nattsömn och livskvalitet. Total smärtfrihet är ovanligt.

SYRARELATERAD SJUKDOM/SYMTOM I MATSTRUPE OCH MAGSÄCK

Vad bör behandlas

Indikationer för behandling med protonpumpshämmare (PPI) är magsår, gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) samt profylax mot magsårsblödning hos riskpatienter, till exempel multistjuka patienter med fler än ett läkemedel som kan ge ökad blödningsrisk. Vid ulkussjukdom och samtidig infektion med *Helicobacter pylori* ska alltid eradikering genomföras. Profylax med PPI vid långtidsbehandling med ASA eller COX-hämmare bör endast ges till patienter med tidigare ulkussjukdom. Kortisonbehandling ensamt motiverar inte profylax.

Icke-farmakologisk behandling

Rekommendera rökstopp och erbjud stödjande insatser. Höj huvudändan under sömn.

Vilka läkemedel bör användas

Protonpumpshämmare (PPI), är förstahandsmedel.

Omeprazol

20 mg en gång per dag räcker i de flesta fall.

Ulcus

Eradikera alltid vid HP-positivt duodenal- och ventrikelulcus. Samma preparat och behandlingstider som för yngre vuxna.

GERD

Symtomatisk gastroesofageal refluxsjukdom bör inledas med vid behovsbehandling (on demand) och om detta inte räcker behandlas med den lägsta underhållsdos av PPI som ger god symtomkontroll.

Vilka läkemedel/kombinationer bör användas med försiktighet/undvikas

H₂-receptorantagonist bör undvikas hos äldre på grund av risk för konfusion. Beakta risken för interaktioner mellan PPI och flera läkemedel.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

- Ompröva långtidsbehandling (>2 månader) med PPI regelbundet. Vid långvarig behandling med PPI finns en viss, om än svag, riskökning för tarminfektion, osteoporos och pneumoni.
- Om ingen av ovanstående indikationer föreligger, ska behandlingen avslutas.
- Eventuella utsättningsförsök görs under noggrann uppföljning.

Rebound är ett fenomen som beror på en tillfällig och övergående ökad bildning av magsyra efter syrahämmande behandling. Symtom på rebound kan misstolkas som återkomst av grundsjukdomen.

SÖMNSTÖRNINGAR

Vad bör behandlas

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

Exempel på somatiska orsaker kan vara smärta, astma/KOL med nattlig hypoxi, hjärtsvikt, hypoglykemi, urinretention eller sömnapné.

Icke-farmakologisk behandling

Omvårdnadsåtgärder för att skapa trygghet, lugn och god sömnmiljö. Aktivitet dagtid, anpassad fysisk aktivitet, dagsljus och sen kvällsmåltid för att undvika natthunger är viktigt. Genomför gärna sömnregistrering för att hitta lämpliga icke farmakologiska åtgärder.

Vilka läkemedel bör användas

Studieunderlaget för val av läkemedel vid sviktande dygnsrytm hos äldre är bristfälligt. I praktiken har därför konventionella sömnmedel en given plats. Vid bristande effekt av icke farmakologiska åtgärder och melatonin kan zopiklon, som har en relativt kort halveringstid prövas.

I första hand

Melatonin (depottablett Circadin, Mecastrin)
Depotberedningen bör vara förstahandsvalet till patienter >55 år på grund av bättre evidens jämfört med kortverkande beredningar. Beroendeproblematik, toleransutveckling och utsättningsbesvär är ej visat. Risk för fall är ofullständigt utvärderat. Inget melatoninpreparat ingår i läkemedelsförmånen för vuxna.

I andra hand

Zopiklon

Studier har visat flerfaldigt ökade risker för dagtrötthet, yrsel/balansstörning och kognitiv nedsättning hos äldre vid behandling med zopiklon. Lägsta effektiva dos bör användas. Endast för kort tids behandling (<2-4 veckor). Intermittent behandling kan minska risken för toleransutveckling.

Vid samtidig depression

Mirtazapin 15–30 mg till kvällen kan vara ett alternativ.

Korttidsbehandling vid kraftigt störd dygnsrytm med agitation

Klometiazol (Heminevrin) 300–600 mg kan vara ett alternativ. Flytande beredningsform möjliggör en individualiserad dosering. Ej för användning i öppenvård. Klometiazol saknar evidens för anxiolytisk effekt

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

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

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Eftersträva intermittent behandling. Endast korttidsbehandling (<2–4 veckor). Behandling kan behövas även i livets slutskede.

URINTRÄNGNINGAR OCH TRÄNGNINGSSINKONTINENS

Vad bör behandlas

Besvärande frekventa miktioner, tvingande urinträngningar och trängningsinkontinens är ofta symtom på överaktiv blåsa som föranleder åtgärd. Förekomsten hos de mest sjuka äldre är hög. Det är viktigt att ställa rätt diagnos och behandlingen ska i första hand vara icke-farmakologisk. Urinvägsinfektion och urinretention ska uteslutas. Vid behandling måste hänsyn tas till patientens medicinska och funktionella utgångsläge och utlösande riskfaktorer.

Icke-farmakologisk behandling

En god omvårdnad är viktig. Patientundervisning och livsstilsförändringar är ofta inte meningsfulla. Däremot kan anpassad fysisk aktivitet och träning i dagliga aktiviteter som att ta sig till toaletten ibland fungera. Genomgång av medicinlista och inkontinensskydd. Försök att anpassa inkontinenshjälpmedel för varje individ genom att ta hänsyn till läckagetyp, mängd, frekvens, patientens kroppsform, rörlighet, aktivitet och kön. Undvik stort vätskeintag till kvällen, gäller både mat och dryck. Se till att det finns nära tillgång till toalett, fristående toalettstol, urinflaska m.m. Kvarvarande urinkateter bör undvikas.

Vilka läkemedel bör användas

Läkemedel mot trängningar och trängningsinkontinens (antikolinergika och beta-3-agonister) har inte studerats under tillräckligt lång tid eller utsträckning, beträffande effekt och säkerhet, hos de mest sjuka äldre. Dessutom är det svårt att följa upp effekter och biverkningar i den här patientgruppen. Därför rekommenderas inget av dessa läkemedel. Upprepade studier visar också att den kliniska effekten av dessa läkemedel är blygsam hos patienter i allmänhet.

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. Läkemedlen kan ändå övervägas med tanke på deras övriga ofta positiva effekter, som till exempel minskad risk för urinvägsinfektioner.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

Evidens för nytta och säkerhet av behandling med många läkemedel saknas för de sköra äldre.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

För patienter som redan behandlas ska alltid en noggrann uppföljning och utvärdering göras. Det kan ske genom att läkemedlet sätts ut. Efter ett par veckor följs patienten upp genom att fråga efter miktionsfrekvens, läckage och subjektivt välbefinnande. Läkemedlet ska sättas ut om effekt saknas eller om patienten har besvärande biverkningar.

URINVÄGSINFEKTIONER

Vad bör behandlas

Patienter med pyelonefrit ska alltid behandlas med antibiotika. Feber >38 °C, flanksmärta, frossa, illamående och kräkningar är klassiska symtom på pyelonefrit. Miktionsbesvär saknas inte sällan. Cirka en tredjedel av de äldre kan insjukna med kräkningar och diarré samt högt CRP och kan sakna feber, flanksmärta och leukocytos.

Patienter med symtomgivande cystit ska erbjudas behandling med antibiotika. Observera att plötslig trötthet, illamående eller balansproblem inte utgör tecken på cystit, liksom inte heller grumlig och/eller illaluktande urin.

Asymtomatisk bakteriuri (ABU) ska inte antibiotikabehandlas hos äldre.

Urinstickor bör endast användas efter läkarordination, eftersom ABU är vanligt hos äldre. Det kan vara en utmaning att skilja mellan asymtomatisk bakteriuri och klinisk infektion hos patienter med kognitiv svikt. Det är viktigt att upptäcka tecken på förvärrade symtom.

I stort sett alla patienter som har en kvarliggande urinvägskateter (KAD) får bakterier i urinen inom en tvåveckorsperiod. Antibiotikabehandling blir aktuell först vid misstanke om febril UVI, alternativt vid påtagliga symtom från urinvägarna. Det är viktigt att regelbundet ompröva indikationen för KAD eftersom en kvarliggande urinvägskateter påtagligt ökar risken att få febril UVI/akut pyelonefrit.

Icke-farmakologisk behandling

Kosttillskott, t.ex produkter som innehåller tranbär, saknar stöd för användning som profylax mot UVI.

Rutin för att kunna tömma urinblåsan och god tillgång till toalett minskar risk för urinretention och urinvägsinfektion.

Vilka läkemedel bör användas

Pyelonefrit

Odlå alltid före start av antibiotikabehandling och bevaka odlingssvaret. Risk för resistens! Kontrollera också om tidigare odlingssvar finns för vägledning angående eventuell resistens. Kontakta infektionskonsult vid behov.

Ciprofloxacin (7 dygns behandling för kvinnor och 10–14 dygns behandling för män)

Trimetoprim + sulfametoxazol (efter odlingssvar) i 10–14 dygn

På SÄBO kan det bli aktuellt att behandla pyelonefrit/febril UVI med *ceftriaxon i.m.* för att undvika transport till akut-sjukhus. Om sjuksköterskeresurs finns tillgänglig är intravenös behandling att föredra.

Cystit hos äldre kvinnor

Nitrofurantoin (inte vid eGFR <40 ml/min) eller

Pivmecillinam (Penomax, Selexid) i 5 dygn

Trimetoprim i 3 dygn kan vara ett alternativ. Används endast vid odlingsverifierat känslig stam.

Kvinnor med cystit ska lämna urinodling vid recidiverande infektioner eller vid tidigare UVI med resistent stammar eller om det finns andra skäl att misstänka resistens. Äldre kvinnor med recidiverande cystit bör erbjudas förebyggande behandling med *lokala östrogener*.

Cystit utan feber hos män

Nitrofurantoin (inte vid eGFR <40 ml/min) eller *Pivmecillinam* (Penomax, Selexid) i 7 dygn.

Odlar alltid före start av antibiotikabehandling. Antibiotikaprofylax för att minska recidivrisken kan komma ifråga. Val av antibiotika görs i så fall utifrån urinodling med resistensbestämning.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

ABU ska inte behandlas med antibiotika! Antibiotikabehandling av ABU förbättrar inte urininkontinens och minskar inte heller incidensen av symtomgivande infektioner, utan kan eventuellt öka den.

Ciprofloxacin ska inte användas som ett förstahandsval vid behandling av cystit. Preparatet ska istället sparas till behandling av svårare infektioner som pyelonefrit, där få perorala behandlingsalternativ finns.

Det finns inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att generellt rekommendera användning av metenaminhippurat (Hiprex) som profylax till patienter med återkommande cystiter.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Vid en bakteriell infektion ska rekommenderad längd på behandlingen följas för att få bästa effekt. Tillkommer ny information, till exempel ett odlingssvar, som gör att man inte bedömer tillståndet som en bakteriell infektion ska behandlingen avslutas. Redan vid ordination bör ett preliminärt slutdatum anges i journalen.

Vad bör behandlas

Det finns begränsat antal riktade vaccinationsstudier mot målgruppen mest sjuka äldre. Det finns ändå vetenskapligt underlag för att ju äldre människor är desto sämre är vaccinationsvaret (oftast mätt som antikroppar), även om individuella skillnader alltid förekommer.

Många infektionssjukdomar drabbar äldre med underliggande sjukdomar mycket hårdare med ökad morbiditet och mortalitet som följd. Återkommande exempel är säsongsinfluensan, pneumokockinfektioner samt TBE. Därför finns det särskilda skäl att vaccinera de mest sjuka äldre och i vissa fall rekommenderas ett förstärkt vaccinschema för att optimera vaccinationsvaret. Det finns inga hållpunkter för ökad andel vaccinationsbiverkningar hos sjuka äldre.

Sammanfattningsvis är vinsterna med att vaccinera äldre större än farhågan att vaccinationsvaret är sämre. Även en mindre effekt kan göra sjukdomen lindrigare eller förebygga vård på sjukhus.

Följande vacciner är särskilt aktuella:

Influensavaccin

Influensavaccin: påfyllnadsdos varje år från 65 års ålder. Boende på SÄBO har sedan säsongen 20/21 erbjudits högdosvaccin mot influensa, vilket ger ett bättre immunsvaret hos denna patientgrupp

Pneumokockvaccin

För personer från 65 års ålder, som inte tillhör riskgrupp enligt nedan, rekommenderas en dos pneumokockvaccin årligen (*kolhydratvaccin* Pneumovax).

För personer som är immunsupprimerade eller har nedsatt mjältfunktion, samt för de som tillhör vissa andra grupper med mycket hög risk att drabbas av pneumokockinfektion, rekommenderas *pneumokockkonjugatvaccin* (Prevenar 13) följt av *kolhydratvaccin* (Pneumovax) efter ett intervall om minst 2 månader.

Vaccination mot covid-19

Rekommendationerna förändras kontinuerligt. För aktuella rekommendationer, se Vårdgivarguiden/Samlad information om vaccination mot covid-19.

Följande vacciner ingår inte i läkemedelsförmånen utan bekostas av patienten.

TBE-vaccin

När vaccination påbörjas efter 50 års ålder ska grundvaccinationen innehålla en extra dos.

Bältrosvaccin

Expertgruppen för vaccinationer i Region Stockholm rekommenderar för närvarande att Zostavax övervägs till dem som fyllt 65 år.

Stelkrampsvaccin

Det är framför allt äldre kvinnor som riskerar att vara helt oskyddade. Äldre personer bör tillfrågas om sitt stelkrampsskydd och erbjudas grundvaccination om de helt saknar skydd. Grundvaccinerade personer ska erbjudas en boosterdos om det gått mer än 20 år sedan föregående dos.

VULVOVAGINAL ATROFI

Vad bör behandlas

Ungefär hälften av alla postmenopausala kvinnor har symtom på vulvovaginal atrofi i form av torrhets känsla, sveda, irritation, klåda och samlagssmärta. Andra symtom på östrogenbrist i underlivet kan vara urinträngningar och upprepade urinvägsinfektioner. Dessa symtom tilltar ofta med åldern.

Icke-farmakologisk behandling

Hormonfri vaginalgel kan ha viss symtomlindrande effekt men bygger inte upp slemhinnan och motverkar inte lokala infektioner.

Vilka läkemedel bör användas

Lokalt applicerat östrogen är en mycket effektiv behandling vid vulvovaginal atrofi och kan erbjudas alla kvinnor då det inte finns någon absolut kontraindikation mot lokal östrogenbehandling. För lokal östrogenbehandling finns både *estradiol* (t.ex. Oestring, Vagifem) och *estriol* (t.ex. Ovesterin). Samtliga preparat har visat god effekt vid symtom på vulvovaginal atrofi jämfört med placebo. Effekten är dosberoende och estradiolpreparat är mer potenta än estriolpreparat, särskilt när det gäller urogenital slemhinna. Lokal östrogenbehandling ökar inte risken för vare sig bröstcancer eller livmodercancer och gestagentillägg är därför inte nödvändigt.

Vid behandling med vaginaltablett, kräm och vagitorium rekommenderas daglig applikation under de första två veckorna och därefter två gånger i veckan som underhållsbehandling eller oftare om så behövs. Vaginalringen byts var tredje månad. Vissa kvinnor och särskilt äldre kan behöva hjälp att sätta in ringen, framför allt första gången. De olika beredningarna kan ha praktisk betydelse. Vidare kan kostnaden spela roll då tex vaginaltablett inte ingår i läkemedelsförmånen.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas

Generellt rekommenderas inte systemisk östrogenbehandling vid symtom på vulvovaginal atrofi då sådan behandling inte är lika effektiv som lokal behandling. Vidare kan systemisk behandling till och med öka incidensen av stressinkontinens och öka risken för endometriehyperplasi och endometriecancer.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling

Behandlingen bör pågå så länge effekt önskas och kan rekommenderas livet ut såvida det inte finns kontraindikation. När man avslutar behandlingen försvinner effekten snabbt.

Detta är ett informationsmaterial från Region Stockholms läkemedelskommitté, expertgruppen för äldres hälsa

Materialet inklusive bakgrundsmaterial finns publicerat på
www.janusinfo.se

Kontaktpersoner:

Region Stockholms läkemedelskommitté,
expertgruppen för äldres hälsa

Pauline Raaschou, med dr, överläkare, ordförande
Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset

Kristina Persson, leg apotekare
Akademsiskt Primärvårdscentrum

e-post: fortb-janusinfo.hsf@regionstockholm.se

Vill du ha fler exemplar av broschyren går de att beställa
via e-post: broschyren.medicarrier@regionstockholm.se

