

Läkemedelsbehandling på särskilt boende och i hemsjukvård

Patrik Midlöv, Vårdcentralen Tåbelund, Eslöv
Annika Kragh, Ortopedkliniken, Centralsjukhuset Kristianstad, Kristianstad

Inledning

Sveriges befolkning blir allt äldre. Andelen av våra patienter som uppnår hög ålder ökar således. De patienter som är allra skörast vårdas inte sällan på särskilda boenden eller har hemsjukvård mot slutet av sina liv. Dessa patienter har som grupp fler läkemedel, fler sjukdomar och sämre kognitiv förmåga jämfört med jämnåriga patienter som inte vårdas på särskilt boende eller inom hemsjukvård. För vården innebär det att särskilda överväganden måste göras när det gäller läkemedelsbehandling och utvärdering av densamma. Organisationen av vården för dessa patienter är ofta delad mellan flera olika huvudmän, vilket bör beaktas när det gäller läkemedelsordinationer och uppföljning/utvärdering av läkemedel.

Fysiologiska förändringar med ökad ålder

Med ökad ålder sker fysiologiska förändringar som påverkar såväl farmakodynamik som farmakokinetik. Det är stora individuella skillnader mellan olika äldre, bl a till följd av andra samtidiga sjukdomar och läkemedelsbehandling.

Farmakodynamiska förändringar

Äldre har generellt en ökad känslighet för läkemedels effekter. Anledningen tros delvis vara en förändring på receptornivå men också försämrade reglermekanismer. En

äldre individ har med andra ord mindre marginaler för allehanda förändringar som sker i kroppen såsom exponering för läkemedel. Detta gäller för de flesta läkemedel. Exempelvis har den äldre patienten större risk att drabbas av konfusion av ett antikolinergt läkemedel även om serumkoncentrationen är densamma som hos en yngre patient.

Farmakokinetiska förändringar

De förändringar som påverkar farmakokinetiken påverkar koncentrationen av läkemedlet i blodet och därmed vid målorganet. Detta leder naturligtvis till förändring i effekt och bieffekt. Farmakokinetiken delas in i ett antal faser som påverkas olika mycket av åldrandet (Faktaruta 1, s 1380).

Läkemedelsinteraktioner

Äldre har en ökad risk att drabbas av biverkningar pga läkemedelsinteraktioner eftersom de i allmänhet har många läkemedel och som tidigare påpekats har försämrade reglermekanismer. Båda dessa faktorer är i hög grad ogynnsamma för äldre som vårdas på särskilt boende eller i hemsjukvård.

Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi

Vården följs alltmer upp med hjälp av uppsatta kvalitetsmål; vi identifierar mätbara mål som ska kunna jämföras mellan lands-ting, kommuner, geografiska delar av landet och med grannländer. Ett syfte med kvali-

Fysiologiska förändringar med påverkan på farmakokinetiken hos äldre

Farmakokinetikfas	Betydelse
Absorption	I allmänhet liten påverkan.
Distribution	Äldre har en ökad andel fett vilket gör att fettlösliga läkemedel har en tendens till att ackumuleras. Läkemedel såsom flunitrazepam och diazepam får därmed förlängd halveringstid.
Levermetabolism	Kan ha betydelse och särskilt om patienten har sjukdomar som påverkar leverfunktionen. Teofyllin och felodipin är exempel på läkemedel som är beroende av levermetabolism.
Elimination via njurar	Detta är den absolut viktigaste farmakokinetiska förändringen. Påverkar utsöndring av en lång rad läkemedel, t ex digoxin, metformin och ACE-hämmare.

tetsindikatorer är att lyfta fram viktiga områden där förbättringar behöver göras. Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi kom 2004 och har använts i många olika sammanhang. Utöver rena läkemedelsindikatorer ingår även förslag på rationell, irrationell respektive olämplig behandling inom olika terapiområden, t ex hypertoni, diabetes, KOL, hjärtsvikt, smärta, demens och oro.

Bland läkemedelsindikatorerna ingår preparat som bör undvikas till äldre om inte särskilt välgrundade skäl finns, då användning av dessa läkemedel i hög grad leder till biverkningar. Dessa indikatorer är allmänt giltiga för äldre, inte kopplade till någon specifik diagnos och gäller läkemedel som bör undvikas generellt till äldre. Nyttan av behandlingen ska vägas mot riskerna och medicineringen bör fortlöpande omprövas. Exempel på indikatorer är:

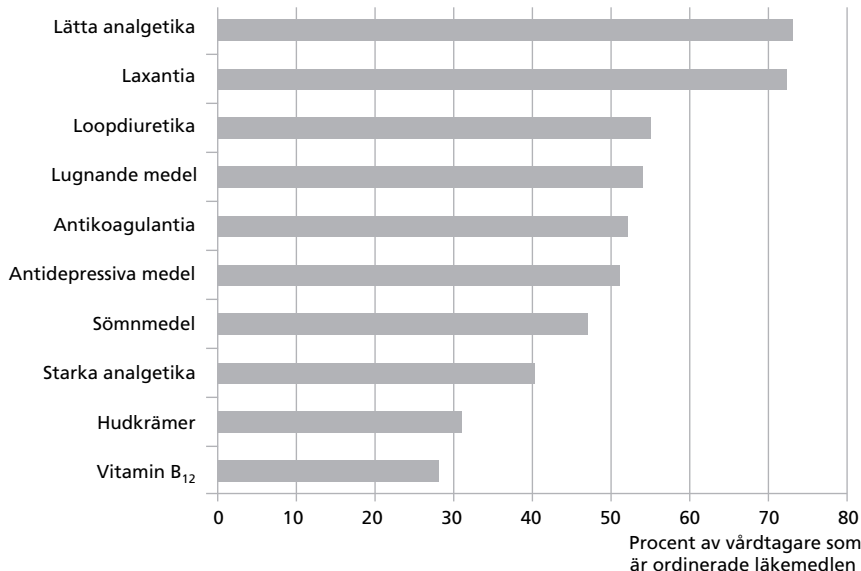
- medel- och långverkande bensodiazepiner (diazepam, flunitrazepam och nitrazepam) med risk för dagtrötthet, kognitiva störningar, muskelsvaghet, balansstörningar, fall m m.

- läkemedel med betydande antikolinerg effekt (högdosneuroleptika, spasmolytika, tri- och tetracykliska antidepressiva, vissa antihistaminer och anxiolytika, m fl) med risk för kognitiv nedsättning, konfusion, urinretention, mun-torrhet, obstruktion m m.

Kvalitetsindikatorerna kan vara till stöd både för förskrivare i val av lämplig läkemedelsbehandling och ge möjlighet till återkoppling på det egna förskrivningsmönstret och därigenom ge förbättrad kvalitet i äldres läkemedelsterapi. Indikatorerna är inte heltäckande. Även andra läkemedel och läkemedelskombinationer än de som tas upp här kan vara olämpliga för sköra äldre patienter. I den uppdaterade versionen från 2010 ingår fler problembaserade indikatorer där läkemedel, som bör anpassas vid nedsatt njurfunktion, kognitiv dysfunktion, falltendens och ortostatisk reaktion, ingår (1).

Läkemedelsanvändning på vård- och omsorgsboende för äldre

Neddragningar av platser på kommunala vårdboenden för äldre har pågått sedan i slutet av 90-talet då det fanns omkring 130 000 platser tillgängliga. Nedgången i platsantalet har nu avstannat och stiger långsamt så att i början av 2010 fanns ca 98 400 platser tillgängliga i Sverige. Då antalet äldre har fortsatt att stiga är sjukdomsburden och hjälpbehovet hos dagens vårdtagare på äldreboenden stort och framför allt är andelen med demenssjukdomar nu > 70%. Man ska vara medveten om att mortaliteten hos vårdtagarna är hög – omkring 40% av vårdtagarna avlider under året – och att åldern kan vara så hög som 88–89 år samt att en stor andel är i behov av palliativ vård. Samtidigt med neddragningen av permanenta platser i kommunala vårdboenden för äldre har alltmer resurser lagts på att erbjuda utökade hjälpinsatser i det egna hemmet avseende omvårdnad, sjukvård och rehabilitering. Med detta har följt att allt fler multisjuka äldre med omfattande läkemedelsbehandling vårdas i sitt ordinarie boende med stöd från hemtjänst och -sjukvård. Undersökningar har visat att personer i ordinärt boende över 80



Figur 1. Exempel på läkemedelsbehandling – regelbunden behandling och vid behovsmedicinering – av vårdtagare på äldreboende (2)

år, med kommunala hjälpinsatser med sin läkemedelshantering, i medeltal behandlas med 10 läkemedel (3,4).

Från 1990-talet och framåt har läkemedelsanvändningen hos vårdtagare på äldreboenden kartlagts i ett flertal undersökningar vilka samtliga har visat på en omfattande läkemedelsbehandling. Kvantitativt har medeltalet använda läkemedel/vårdtagare fyrdubblats under två decennier, från 3 till 12 läkemedel. Andelen på äldreboenden som behandlas med 10 eller fler läkemedel är minst två tredjedelar (2,5).

Bland vårdtagarna är användningen av laxermedel omfattande – omkring 70% behandlas med ett eller flera laxermedel både regelbundet och vid behov (2,5). I lika stor utsträckning används lätta analgetika, framför allt av typen paracetamol, medan starka analgetika ges till 40%. Hälften av vårdtagarna behandlas med snabbverkande loopdiuretika av typen furosemid.

Psykofarmaka förskrivs till mer än hälften av vårdtagarna på äldreboenden, varav lugnande, sömnmedel och antidepressiva är de vanligaste. Neuroleptika förskrivs i allt större omfattning till vårdtagarna – mellan

25 och 30% behandlas – med relativt stora variationer mellan äldreboenden, kommuner och landsting (2). Andelen vårdtagare som får 3 eller fler psykofarmaka samtidigt, är närmare 35% och vid kombination av flera psykofarmaka ökar risken för biverkningar såsom sedation, nedsatt kognitiv funktion, fall och konfusion. Se Figur 1.

Varför används så många läkemedel?

Bakgrunden till att många äldre personer medicineras med många läkemedel har visats bero på flera olika faktorer, t ex flera behandlande läkare, uppföljning på olika vårdinrättningar, inläggningar på sjukhus, byte av vårdinrättning och boendeform, avsaknad av en huvudansvarig läkare samt flera sjukdomar och krämpor. Även vårdorganisatoriska skäl finns med bristande kontinuitet och tillgänglighet till läkar- och sjuksköterskeresurser, frekventa telefonordinationer och att recept förnyas utan föregående patientkontakt.

Övriga orsaker är att kompetensen hos omvårdnads- och sjukvårdspersonal avseende äldres sätt att reagera på läkemedel är för låg samt för låg personalbemanning i

Områden där fortbildning kan medföra att överbehandling med läkemedel kan undvikas

- Asymtomatisk bakteriuri
- Sömn och sömnstörningar
- Oro och ångest
- Demens
- Symtomlindring i det palliativa skedet
- Bensvullnad
- Tarmfunktion, förstoppning/diarré
- Akut och kronisk konfusion
- Läkemedel till äldre: när, varför och hur?
- Infektionsbehandling/antibiotika
- Sårbehandling
- Hygienrutiner
- Urininkontinens
- Hudåkommor hos äldre

förhållande till vårdbehovet. Omvårdnad och vård av äldre multisjuka personer med stora behov kräver att personalen får fortlöpande utbildning i grundläggande hälso- och sjukdomar inom flera områden. Exempel på dessa ges i Faktaruta 2.

Bristen på erfaren och engagerad personal kan också bidra till att läkemedel blir det huvudsakliga behandlingsalternativet. Samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård måste öka och omfatta gemensamma utbildningar och riktlinjer för samarbetet kring vårdtagarna. Inte minst viktigt är det att utveckla en gemensam samsyn kring etiska frågeställningar inom vården och omsorgen.

Vem ordinerar läkemedel?

Förskrivare av läkemedel på vårdboenden omfattar läkare och i ökande omfattning sjuksköterskor med förskrivningsrätt. Förutom förskrivarna av läkemedel har också omvårdnadspersonalen möjlighet att påverka genom att rapportera symtom, föreslå läkemedelsbehandling och vara delaktiga i utvärderingen. Närståendes engagemang i behandlingen kan också utöva inflytande på vilken behandlingsmetod som används.

Som en naturlig del i omvårdnaden ingår att rapportera vårdtagarnas besvär och symtom samt att följa upp och utvärdera olika behandlingars effekter och biverkningar. Ansvar för att uppföljning sker

ligger hos sjuksköterskan men i praktiken har de inte alltid den tid eller närhet till vårdtagarna som krävs för uppgiften. Utvärdering och uppföljning utförs därför till stor del av omvårdnadspersonalen som rapporterar tillbaka till sjuksköterskan vilken i sin tur förmedlar uppgifterna tillbaka till ansvarig läkare. Detta kan dock fungera alldeles utmärkt om man har strukturerade former för utvärderingen och om erfaren, kompetent personal finns tillgänglig.

Läkarens roll på vårdboende

Bakgrunden till att olämplig läkemedelsbehandling och multimedicinering av äldre pågår är komplex. Bidragande orsaker är otydlig ansvarsfördelning och resursbrist. Arbetssätt och ansvarstagande hos behandlande läkare på äldreboenden skiftar vidare från område till område. Att vården på äldreboenden av de mest komplicerade patienterna, ofta demenssjuka, sköts av erfarna läkare har stora fördelar. När det gäller val av läkemedel framhålls det olämpliga att behandla enskilda sjukdomar som isolerade företeelser utan att se helheten hos patienten.

En koordinerande läkare för patienten förhindrar många problem inklusive de svårigheter som kan uppstå i att upprätthålla ett aktuellt ordinationsunderlag. Precis som i andra vårdssammanhang är kontinuiteten hos vårdgivare, inklusive läkare, av stor vikt för kvaliteten i vården av äldre. Med patientens bästa för ögonen är, i de flesta fall, primärvårdsläkaren den som är bäst lämpad att ha huvudansvaret för hela läkemedelsbehandlingen, oavsett boendeform. Att läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens tar ansvar för helheten i läkemedelsbehandlingen för den enskilda individen omfattar även specialistpreparat och sär läkemedel. Ansvarsfrågan är en av de viktigaste delarna i hur man förbättrar äldres läkemedelsbehandling.

Prioritering

– patientnytta eller vårdproduktion?

Först när tillräckliga resurser avsätts för att man från primärvårdens sida ska kunna prioritera den patientgrupp som finns på äldreboenden kan vården bedrivas professionellt.

Tips och råd till läkare som ansvarar för äldreboenden

- Kräv att få adekvat tid avsatt för arbetsuppgiften
- Kräv att få fortbildning i äldrevård och äldres läkemedelsbehandling
- Lägg upp fasta rutiner för arbetet på äldreboendet
- Satsa på förebyggande sjukvård såsom läkemedelsgenomgångar
- Var proaktiv i anhörigkontakter
- Var tillgänglig men sätt gränser, t ex regelbundna telefontider
- Identifiera och följ kvalitetsmål
- Delta i utbildning av personalen
- Sätt upp och följ mål med arbetet på vårdboendet

Arbetsrutiner för läkare

Fastlagda rutiner för vården av personer på äldreboenden underlättar och effektiviserar läkarens arbete. Med struktur och tydliga rutiner i arbetet fungerar vården bättre även vid läkarbyte eller i semestertider.

Förutom handläggning av akuta ärenden bör det finnas rutiner för regelbundna kontroller (liknande dem som sker när patienten kan ta sig till vårdcentralen) men med ett annat mål för undersökningen. Exempel på regelbundna kontroller kan vara fysisk undersökning, bedömning av psykiskt tillstånd, kroppsvikt, blodtryck i liggande, sittande och/eller stående, individuellt ordinerade blodprover 1–2 gånger/år baserat på sjukdomar och läkemedelsbehandling (t ex Hb, kreatinin, elektrolyter, serumkoncentration av digoxin, antiepileptika). Var 6:e till 12:e månad bör en läkemedelsgenomgång göras baserad på ovan angivna parametrar. Tiden mellan dessa baseras på individens allmäntillstånd, förekomst av kroniska sjukdomar, aktuell läkemedelsbehandling (exempelvis neuroleptika), förväntad överlevnadstid m m.

Genom att sätta upp kvalitetsmål för verksamheten kan man följa arbetets gång och resultat. Exempel på sådana mål kan vara att mäta behandlingen utifrån olika läkemedelsgrupper, förekomsten av trycksår och urinkatetrar, undernäring, fallolyckor, multimedcinering m m. Det är också enkelt att mäta användningen av vissa läke-

medel som t ex neuroleptika, sömnmedel, lugnande medel, NSAID och antikolinerga medel. Kvalitetsindikatorerna för äldres läkemedelsterapi som de definierats av Socialstyrelsen 2010 kan även användas för uppföljning.

Engagerade anhöriga och närstående

Är läkaren mindre ansvarig för anhörigas frågor, krav, reaktioner och känslor än övrig vårdpersonal på äldreboenden? Många anmälningsfall bottnar i bristande kommunikation och omhändertagande av anhöriga och deras krisreaktioner. Detta kräver inte bara förståelse för anhörigas situation utan även kunskap om ett adekvat bemötande och omhändertagande hos samtliga involverade vårdaktörer. Det bästa verktyget för att trygga anhörigas situation och förståelse för vad som händer i livets slutskede är att erbjuda möjlighet till ett personligt möte. Vid ett sådant kan man förbereda och informera de anhöriga inför vad som kommer att hända, om försämrade funktioner både somatiskt och psykiskt, om behandlingsalternativ samt om vård- och omhändertagandenivå.

Palliativ vård

Andelen äldre > 80 år som avlider utanför sjukhus var i Sverige (2006–2008) ca 33%, med skillnad mellan könen – fler män dör på sjukhus än kvinnor (6). Den höga medelåldern och ofta korta tid som vårdtagare bor på äldreboenden innebär att en stor andel av äldres behov av palliativ vård i livets slutskede tillgodoses där. Förutom spridd cancersjukdom är även sena skeden av hjärt- och lungsjukdomar, diabetes, njursvikt samt demenssjukdomar vanliga tillstånd i den palliativa vården på kommunala vård- och omsorgsboenden.

Basen i god palliativ vård ligger i att identifiera, lindra och följa upp symtom samt att ge information och stöd till patient, närstående och personal. För detta krävs god tillgänglighet och en välfungerande teamsamverkan. Även om alltmer tekniskt avancerad utrustning finns tillgänglig för olika typer av symtomlindring, nutrition m m är stöd till vårdtagare, när-

Läkarens uppgifter i palliativ vård är till exempel att:

- identifiera när det palliativa skedet inträder
- ta beslut om fortsatt nutrition, läkemedelsbehandling, vätsketillförsel, smärtlindring, övrig symtomlindring m m
- ta ställning till all pågående läkemedelsbehandling varvid förebyggande läkemedel (anti-coagulantia, blodfettssänkande läkemedel, vissa antihypertonika, m fl) ska ifrågasättas då dessa kan ge biverkningar och försämra livskvaliteten
- organisera och dra upp riktlinjer för vården i det palliativa skedet, var vården ska ske, vem som ansvarar för vilken del, tillsyn m m
- informera vårdtagare och närstående om beslut som fattas och bakgrunden till beslutet för att därigenom förebygga motstridiga besked till patient och närstående
- se till att uppföljningsrutiner efter ett dödsfall följs

stående och vårdpersonal av stor betydelse. Läkaren bör ingå som en naturlig del i teamet kring vårdtagarna och har en viktig uppgift i att utbilda personal i symtomlindring i livets slutskede.

För god palliativ vård inom kommunala äldreboenden krävs att läkare finns att tillgå dygnet alla timmar och inte enbart via telefonkontakt då rådgivning och ordinationer till sjuksköterskor sker, utan även att det finns möjlighet till klinisk bedömning och kontakt med anhöriga. En huvudansvarig läkare är också förutsättningen för god palliativ vård av vårdtagaren och för stöd åt närstående och vårdpersonal. I många landsting finns även mobila stödteam med kompetens för rådgivning och praktisk hjälp i komplicerade vårdssituationer.

Det finns stora fördelar med lokalt framtagna vårdprogram för palliativ vård. Därutöver behövs individuellt framtagna vård- och omsorgsplaner samt möjlighet till ”brytpunktssamtal” med vårdtagare och närstående.

Se även kapitlet Palliativ vård, s 905.

Hemsjukvård

Organisationen av hemsjukvård varierar mellan olika delar av Sverige. På många

håll bedrivs hemsjukvården av kommunens distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl medan läkarinsatsen i allmänhet kommer från landstingsfinansierat håll. Det faktum att olika huvudmän är involverade komplicerar ibland vården. Läkare dokumenterar i ett journalsystem som inte övriga vårdgivare har tillgång till och vice versa. När det gäller läkemedel ordinerar läkaren många gånger dubbelt: både i sjuksköterskans delningsunderlag och i läkarjournalen. Dessa parallella system skapar merarbete samt naturligtvis en risk för misstag. Man kan här tro att ApoDos skulle underlätta men för ApoDos finns ingen automatisk överföring till journalen så förskrivande läkare måste ordinaera dubbelt.

Allt fler svårt sjuka äldre patienter vårdas inom hemsjukvården. Detta innebär att det är vanligt att patienter med hemsjukvård har kontakt med flera olika vårdgivare såsom inom primärvård, slutenvård samt med specialister i öppenvård. Detta leder till en än mer oklar bild vad gäller ansvar för läkemedelsbehandlingen inklusive uppföljning av effekter och eventuella biverkningar.

Att allt fler svårt sjuka vårdas i det egna hemmet kan bero på patientens/anhörigas egen vilja men ibland beror det på att huvudmannen för hemsjukvården inte beviljar vård på särskilt boende. Vid vård av svårt sjuka patienter är det viktigt att såväl patienter som anhöriga kan känna trygghet. En viktig komponent för trygghet är läkarkontinuitet och goda möjligheter till såväl planerade som akuta hembesök. Inte minst gäller detta vid vård i livets slutskede. Vid införande av nya organisationsmodeller måste man se till att denna svårt sjuka grupp inte nedprioriteras till följd av ersättningssystemet.

Sömn

Sömnstörningar är inte ovanliga hos svårt sjuka äldre. Precis som för yngre kan problemen yttra sig som insomningssvårigheter, tidigt uppvaknande eller flera uppvaknanden under natten. Det finns många faktorer som ökar risken för sömnstörningar hos denna sköra patientgrupp. Sjukdomar

och symtom men också läkemedel kan bidra till sömnproblem.

Alla sjukdomar med smärtproblematik ökar risken för sömnstörningar såvida inte smärtan kan behandlas tillfredsställande. Ångest bidrar också till sömnstörningar. Eftersom ångest och smärta är vanligt förekommande vid vård i livets slutskede bör man vara införstådd med inverkan på sömnen.

Många sjukdomar med ökad prevalens i högre åldersgrupper, såsom KOL och hjärtsvikt, leder också ofta till sömnstörningar. Underbehandling av dessa och andra sjukdomar med inverkan på sömnen leder till sömnbesvär. Å andra sidan kan många läkemedel också orsaka sömnstörningar såsom neuroleptika, betablockerare och kortison. Vissa läkemedel bör man naturligtvis undvika helt på kvällen, t ex diuretika.

Man ska inte heller glömma bort att missbruk av alkohol eller läkemedel, t ex bensodiazepiner, också förekommer hos äldre och kan vara en bidragande orsak till sömnstörning.

Se även kapitlet Sömnstörningar, s 1005.

Äldres sömn

Äldre såväl som yngre har ett sömnbehov som varierar mellan olika individer. Ibland förekommer det att vårdpersonal, anhöriga eller patienten själv har orealistiska förväntningar på sömnbehovet. Det kan handla om att man på det särskilda boendet ska ha lagt alla äldre innan nattpersonalen kommer och att patienterna helst inte ska vakna förrän dagpersonalen tar vid. Det leder till att patienterna förväntas sova minst 12 timmar nattetid. Så stort sömnbehov har inte de flesta äldre innan de kom till särskilt boende och således inte sedan heller.

Icke-farmakologisk behandling av sömnstörning

När äldre patienter har sömnstörningar bör man i första hand behandla eventuella bakomliggande sjukdomar. Därefter överväger man om något av patientens läkemedel kan störa sömnen och i så fall ompröva detta. På boenden där man arbetat aktivt med att minska sömnmedelsanvändningen har i stället extra näringsintag på kvällar och nätter erbjudits för att minska nattlig oro

Råd för att förbättra sömnhygienen hos äldre

- Tyst och mörkt sovrum
- Undvik dagsömn
- Undvik stimulantia såsom alkohol eller koffein på kvällen
- Undvik onödiga nattliga störningar

och nattfasteperioden. Även aktivering dagtid har gett positiva effekter.

Enkla åtgärder för att förbättra sömnen presenteras i Faktaruta 5.

Farmakologisk behandling av sömnstörning

Om behandling av bakomliggande faktorer och icke-farmakologiska åtgärder inte har tillräcklig effekt kan man överväga sömnmedel. Dessa läkemedel bör alltid betraktas som insomningsmedel. När patient, anhörig eller personal efterfrågar läkemedel som gör att patienten sover hela natten (12 timmar?) måste man ha ett resonemang om farmakologi. Ett läkemedel som håller patienten nedsövd hela natten är inte ett sömnmedel utan ett narkosmedel. Ett sådant läkemedel har inte försvunnit ur kroppen kl 8 på morgonen utan finns naturligtvis kvar under dagen och bidrar till en ökad risk för biverkningar och sänkt livskvalitet. Av denna anledning är bensodiazepiner med medellång eller lång halveringstid – flunitrazepam, nitrazepam och diazepam – olämpliga som sömnmedel. Det gäller i än högre grad äldre patienter, då dessa läkemedel har ännu längre halveringstid pga förändrad distributionsvolym. Kända biverkningar av bensodiazepiner är risken för dåsighet, nedsatta kognitiva funktioner, fall och frakturer. Man bör även hos äldre vara medveten om risken för beroendutveckling.

Propiomazin är ett annat läkemedel med lång halveringstid och därför olämpligt som sömnmedel till sjuka äldre patienter.

Klometiazol kan övervägas men bör enbart användas under kortare behandlingsperioder – enstaka dygn – då biverkningsrisken är stor för preparatet. Målet är att återställa normal dygnsrytm.

Om man ska använda ett sömnmedel rekommenderas i första hand zopiklon eller

zopolidem till äldre. Dessa läkemedel har relativt kort halveringstid. På senare år har det dock uppmärksamats att även för dessa läkemedel kan det finnas viss risk för tillvänjning och beroendutveckling.

Oro

Orostillstånd hos äldre kan variera från svår ångest till att omgivningen upplever den äldre orolig eftersom han/hon vankar av och an eller tycks rastlös. Ibland finns bakomliggande förklaringar till patientens oro. Det kan handla om osäkerhet om ekonomi, oro för anhörigas väl och ve, flytt till särskilt boende etc. För att hjälpa den svårt sjuka äldre måste man naturligtvis bringa klarhet i eventuella utlösande faktorer. Många gånger kan oron minskas med god omvårdnad. Det kan förutom god vård av sjukdomstillstånd innebära anpassad fysisk aktivitet, sociala aktiviteter etc. Om oron är så pass svår att läkemedelsbehandling behövs är det samma läkemedel som för ångest som står till buds (se kapitlet Ångest och oro, s 1021).

Demens

Demenssjukdom på äldreboende

Åldern på vårdtagarna på äldreboenden är hög och andelen med demenssjukdom beräknas idag till drygt 70%. Den höga åldern medför också att samtidig sjuklighet i andra kroniska sjukdomar är vanligt. Risken för tillstötande akuta konfusionstillstånd är stor och även andelen med "kroniska" konfusionstillstånd är hög på äldreboenden. Demenssjukdomen hos vårdtagarna har ofta avancerat till senare stadier och andelen med beteendestörningar och psykiska symtom är hög. Ett stort behov av kunskap kring palliativ terminalvård för demenspatienter finns där sväljningssvårigheter, rigiditet och oförmåga att kommunicera dominerar. Detta medför att behovet av kompetent tillsyn och hög personaltäthet på våra äldreboenden är stort. I många kommuner finns separata vårdboenden (gruppboenden) eller avdelningar för personer med demensdiagnos då det visat sig vara fördelaktigt.

Personer med demenssjukdomar är känsliga för farmaka och drabbas ofta av biverkningar av sin läkemedelsbehandling, framför allt från hjärnan. Det är en av anledningarna till att multimedcinering ska undvikas hos dementa personer. Att läkemedel kan orsaka både konfusion och demensliknande symtom är välkänt, men trots detta används läkemedel med dessa egenskaper i alltför hög utsträckning till äldre. Flertalet läkemedelsgrupper, vilka inkluderar många psykofarmaka, antikolinergt verkande läkemedel, antiinflammatoriska medel, antiepileptika och medel mot Parkinsons sjukdom, kan ge och förvärra demensliknande symtom. Orsakerna till den ökade känsligheten för läkemedel är många, dels ökad penetration via blod-hjärnbarriären, försämrade utsöndring, ackumulering i fettvävnad och förändrad metabolism, dels nedsatt reservkapacitet i många av kroppens funktioner.

Se även kapitlet Demens, s 1079.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

Beteckningen BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) omfattar bl a symtom som oro, aggressivitet, hallucinationer och vandringsbeteende hos personer med demenssjukdom. Symtomen innebär ett stort lidande för vårdtagaren och är svåra att hantera för anhöriga och vårdpersonal. Andelen personer som behandlas med neuroleptika i gruppen med dessa symtom, är olyckligt hög med tanke på de risker som föreligger med behandlingen. Andelen vårdtagare på vårdboenden med neuroleptikabehandling har stigit successivt och beräknas nu utgöra 25–35%.

Läkemedelsverket tog under 2009 fram riktlinjer för behandling och bemötande vid BPSD-symtom (7). I dessa riktlinjer beskrivs bakgrunden till rekommendationerna och här framhålls tydligt att läkemedel bör ses som ett komplement till övriga metoder och inte som ett förstahandsmedel för att lindra BPSD-symtom.

En kort sammanfattning av huvuddragen i riktlinjerna har här förenklats till några punkter enligt nedan som vi vill betona vikten av.

Förslag på åtgärder för att minska risken för skadligt läkemedelsbruk hos äldre med demens

Översyn av läkemedelsbehandlingen vid demenssymtom eller konstaterad demenssjukdom

- Genomgång av befintlig läkemedelsbehandling och om möjligt utsättning av läkemedel med antikolinerga effekter.
 - Dosanpassning av läkemedel efter aktuell njurfunktion.
 - Återkommande omprövning, nedtrappning och utsättning av neuroleptika, bensodiazepiner, sömnmedel och översyn av antidepressiva läkemedel.
 - Mätning av blodtryck i liggande/sittande samt efter 1, 3, 5 respektive 10 minuter efter upprensning från liggande till stående. Bedöm om ortostatisk reaktion föreligger och justera läkemedelsbehandlingen som sänker blodtrycket. Ett systoliskt blodtryck < 120 mm Hg är sällan motiverat.
 - Vid akut konfusion kan temporär utsättning av läkemedel med blodtryckssänkande, antikolinerga och sederande effekter ge snabb restitution.
 - Vid beteendestörningar ska patienten i första hand erbjudas lugnande bemötande och omvårdnadsåtgärder. Läkemedel är andrahandsalternativet.
 - Innan annan behandling övervägs ska en somatisk undersökning göras för att undvika att somatiska orsaker missas hos demenspatienter med ångest, sömnstörning eller skrikbeteende.
 - Vid insättning av läkemedel ska en plan för utvärdering, uppföljning av biverkningar och behandlingens längd läggas upp och dokumenteras.
 - Då läkemedelsbehandling övervägs och en dement vårdtagare inte är förmögen att ge sitt samtycke eller vill ta sina läkemedel bör särskilda etiska överväganden göras. Tvångsmedicinering är endast tillåten inom ramen för psykiatrisk tvångslagsstiftning.
 - All behandling av demenspatienter ska grundas på att förbättra välbefinnandet för den enskilda individen.
- Utred bakomliggande orsaker och utlösande faktorer för symtomen samt risken för påslagning av psykisk och somatisk sjukdom.
 - Gör en översyn av den farmakologiska behandlingen. Om behandling pågår

med läkemedel med potentiellt negativ effekt på hjärnan överväg utsättning.

- Optimera vårdmiljön och bemötandet med målet att tillfredsställa individens behov.
- Ge stöd till patienter, anhöriga och vårdpersonal genom utbildning, information samt handledning.
- Vid otillräcklig effekt överväg kortvarig farmakologisk behandling för depressivitet, oro, agitation, psykotiska symtom eller sedering i akuta situationer. Dämpande behandling med psykofarmaka kan ges under korta behandlingsperioder med ständig utvärdering, omprövning och med utsättningsförsök. I vissa fall, vid Alzheimers sjukdom, kan läkemedel med potentiellt kolinerget förstärkande effekt ges.

Psykotiska symtom vid demenssjukdom

I vissa skeden av demenssjukdomen förekommer psykotiska symtom i form av hallucinationer, vanföreställningar och paranoidea idéer. Men man bör observera att även vid akuta konfusionstillstånd är psykotiska symtom vanligt förekommande varför somatiska orsaker och omgivningsfaktorer som orsak till symtomen alltid ska uteslutas och behandlas i första hand.

Det poängteras att enbart vanföreställningar och hallucinationer som är obehagliga för den enskilda individen ska vara föremål för specifik läkemedelsbehandling. I första hand om symtomen leder till funktionshinder eller orsakar oro och allmän försämring för vårdtagaren kan neuroleptikabehandling övervägas.

Allt fler studier är utförda, speciellt på vårdtagare på äldreboenden, vilka visar att sjuklighet och dödlighet är högre i grupper som erhåller neuroleptikabehandling. Ökad mortalitet i olika somatiska sjukdomar inkluderande aspirationspneumoni ses som en fristående orsaksfaktor. Senare generationers neuroleptika har också visats ge en ökad risk för cerebrala blödningar.

När neuroleptikabehandling bedöms gagna patienten kan låga doser av neuroleptika, där den främsta erfarenheten finns av haloperidol och risperidon i Sverige, under kortare tid användas. I många fall är en

kort behandlingsperiod tillräcklig, enbart dagar eller veckor kan räcka. Från Läkemedelsverket och Socialstyrelsen rekommenderas att när behandling med neuroleptika sätts in ska behandlingen omprövas minst var 6:e månad.

Depressiva symtom vid demenssjukdom

Depressiva symtom är inte ovanliga hos demenspatienter men kan vara svåra att identifiera. Avvikande symtombild är vanligt med ökad oro, aggressivitet, irriterabilitet och ångestinslag. I stor utsträckning används SSRI-preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare) som förstahandsmedel men nackdelarna med ökad falltendens måste beaktas. Möjligen föreligger en ökad fallrisk kopplad till högre doser varför dosjustering kan bli aktuell. Ortostatisk blodtrycksmätning rekommenderas vid behandling med dessa preparat och speciellt om patienten är fallbenägen.

ApoDos

ApoDos är ett system där läkemedel ompackas från läkemedelsindustrins förpackningar till dospåsar. Innehållet i en påse motsvarar behovet för en enskild patient vid ett doseringstillfälle. ApoDos är vanligt i Sverige för patienter såväl på särskilda boenden som inom hemsjukvården. Det innebär åtminstone i teorin en del fördelar när det gäller hanteringen av läkemedel. För dessa patienter behöver inte sjuksköterskor dela läkemedel vilket innebär att sjukskötersketid sparas. Man får en enhetlig ordinationslista där alla inblandade läkare ska göra sina ordinationer. Det nuvarande systemet har dock en hel del begränsningar vilket kan öka risken för läkemedelsrelaterade problem. Ett sådant är svårigheter att trappa upp respektive ned läkemedelsdoseringar vilket är särskilt viktigt för svårt sjuka äldre patienter. Den gamla och korrekta rekommendationen ”Start low and go slow” när det gäller läkemedelsbehandling av äldre patienter blir svårare att efterleva med ApoDos.

Det hävdas ibland att man kan undgå problem med ApoDos om patienten har stabil medicinering innan ApoDos initieras. Detta är emellertid en del av problemet.

Äldre patienter ska inte ha stabil medicinering. De löper då risk för övermedicinering. Tvärtom ska läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som de på särskilda boenden, ständigt omprövas och nyttan vägas mot riskerna.

Ytterligare problem som uppmärksamats för ApoDos-patienter är den ökade risken för felmedicinering i samband med byte av vårdform. Ofta handlar det om att alla inblandade läkare inte alltid ordinerar via ApoDos vilket är nödvändigt när patienten väl är insatt på ApoDos.

Läkemedelsgenomgångar

Sedan mitten av 1990-talet har en arbetsmetod benämnd läkemedelsgenomgång använts i Sverige för att optimera läkemedelsbehandlingen för multimedicinerade äldre. Då introducerades ett arbetssätt att i team kring vårdtagarna utvärdera och optimera läkemedelsbehandlingen på sjukhem.

Läkemedelsgenomgångar har utvärderats framför allt genom att mäta antalet utsatta läkemedel, förekomsten av mindre lämpliga läkemedel för äldre och i vissa fall utifrån ekonomiska vinster. Utvärderingen av nyttan på individnivå i dessa studier på vårdhem försvåras av att patientgruppen har en mycket hög ålder med kort överlevnadstid samt flera sjukdomar och krämpor. Detta medför att läkemedelsgenomgångar som arbetsmetod inte har en tillräckligt solid evidensbaserad grund att stå på, men de som arbetat med metoden har sett andra fördelar än de som är direkt mätbara. Förutom att ett flertal av vårdtagarna har mått bättre efter läkemedelsjusteringarna rapporteras också att man får en mer heltäckande bild av vårdtagarnas problem. Kunskapen om läkemedel som arbetsredskap har stärkts samt man har i större omfattning prövat alternativa behandlingar till läkemedel.

Vilka arbetsmoment ingår?

I arbetsmodellen ingår vissa arbetsmoment där en strukturerad skattning av vårdtagarens symtom utgör basen – symtomskattning. Därutöver ingår att sammanställa kända diagnoser och aktuella parametrar som blodtryck i liggande och stående/sittan-

Frågor vid omprövning av läkemedel

- Kvarstår indikationen?
- Finns den önskvärda effekten?
- Ökar läkemedlet risken för kognitiv dysfunction, fallolyckor, nutritionsproblem m m?
- Är läkemedlet anpassat efter njurfunktionen?
- Överväger biverkningar av preparatet dess nytta?
- Är risken för interaktioner stor?
- Har läkemedlet ett snävt terapeutiskt intervall?
- Är profylaktisk läkemedelsbehandling fortfarande aktuell?
- Finns annan mer gynnsam behandlingsmetod tillgänglig?
- Föreligger terminalvård?
- Kan patienten svälja läkemedlen?

Frågor inför läkemedelsbehandling

- Kan patientens symtom helt eller delvis bero på nuvarande läkemedel?
- Finns icke-farmakologiska alternativ?
- Vad ska behandlas och för vems skull?
- Kan läkemedelsbehandling påverka livskvaliteten?
- Kommer patienten att ha någon reell nytta av profylaktisk behandling?
- Hur ska läkemedelsbehandlingen utvärderas och av vem?

är just svårigheten att visa nyttan för den enskilda vårdtagaren.

Alternativ

Läkemedelsgenomgångar kan utföras på vård- och omsorgsboende för äldre, i ordinarie boende, på vårdcentral, klinik, akutmottagning, vid förnyande av ApoDos-recept m m. Tjänsten utvecklas alltmer.

Personliga möten i team kan vara ett alltför tidsödande arbetssätt varför i vissa fall annan läkemedelsrådgivning har prövats. Till exempel finns framtagna programvaror för databearbetning med automatisk utvärdering av läkemedelsbehandlingen baserad på olika typer av kvalitetsindikatorer.

Vid diskussion i ett multidisciplinärt team sker erfarenhetsutbyte kring alternativa sätt att behandla. Där tidigare läkemedel varit det första alternativet vid behandling av sömnstörning, oro, klåda, tarmrubbingar, led- och muskelvärk, hosta m m kan andra behandlingsåtgärder än läkemedel föreslås och testas. Därigenom kan läkemedelsbehandling bli ett komplement och man kan undvika höga doser och olämpliga preparat. Dessa positiva effekter vid läkemedelsgenomgångar är svåra att mäta men kan på längre sikt leda till ett förbättrat omhändertagande av patienten på ett äldreboende.

När ska läkemedel sättas ut?

Ett dilemma för behandlande läkare är när man ska omprioritera läkemedelsbehandlingen och besluta om att sätta ut läkemedel. I dessa situationer kan besluten underlättas av tillgång till riktlinjer.

de, njurfunktion, vikt, puls och falltendens. I merparten av läkemedelsgenomgångarna granskar en apotekare läkemedelsordinationerna för att identifiera läkemedelsrelaterade problem varav de vanligast förekommande är: avsaknad av indikation, biverkningar, för hög eller låg dos, bristande effekt, interaktioner och olämplig läkemedelsform.

I nästa moment sker ett möte med ansvarig läkare, sjuksköterska, kontaktperson för vårdtagaren och apotekare varvid en handlingsplan för läkemedelsjusteringar tas fram. Vanligaste åtgärderna är utsättning, dosjustering, alternativ till läkemedelsbehandling, byte av läkemedel eller läkemedelsform samt insättning av läkemedel för symtom som tidigare varit suboptimalt behandlade. I en del fall görs även läkemedelsjusteringar för att anpassa preparatval till rekommendationslistor.

Efter genomförda förändringar utvärderas läkemedelsgenomgångens resultat, dels genom vilka förändringar i läkemedelsanvändningen som genomförts, dels genom att vårdpersonalen bedömer om vårdtagarens tillstånd har förbättrats, försämrats eller är oförändrat jämfört med tidigare. Cirka en tredjedel av vårdtagarna mår bättre efter en läkemedelsgenomgång, ett fåtal försämrats vilket snabbt går att korrigera, och för majoriteten märks ingen skillnad. En av de faktorer som medfört att kritiska röster höjts mot att införa läkemedelsgenomgångar på mer generell basis inom äldreboenden

Det är viktigt att ta hänsyn till vilken indikation preparaten har, dvs om det har kurativ, substituerande, symtomlindrande eller förebyggande effekt. I första hand är det välfungerande symtomlindrande och substituerande medel som ska användas.

Utsättning av läkemedel bör ske med eftertanke och med hänsyn till preparatens farmakologiska egenskaper och interaktioner samt samlade kliniska erfarenheter. Hur läkemedel ska sättas ut är beroende av hur lång tid behandlingen har pågått, preparatets tillväjningspotential, farmakologiska egenskaper, risk för rebound- eller utsättningsreaktioner, risk för återfall i grundsjukdomen samt risk för effekter av upphörd interaktion. Man ska vara medveten om att det endast finns litet vetenskapligt stöd för hur utsättning bör ske och att ett fåtal studier om utsättning är utförda. Samlad kunskap kring utsättning finns att tillgå i FAS UT, Claes Lundgren, Västerbottens läkemedelskommitté 2010 (www.fasut.nu).

I de flesta fall har man god nytta av att långsamt trappa ut ett preparat och ibland ge läkemedlet vid behov under en viss period innan behandlingen helt avslutas. Det finns också möjlighet att ge annan behandling än farmakologisk sådan under utsättningen. Läkemedel som framför allt ger problem vid utsättning är långverkande bensodiazepiner, antikolinerga läkemedel, neuroleptika, opioider, blodtryckssänkande medel, framför allt betablockerare, och digoxin.

Övergångar i vården

Svårt sjuka äldre är i allmänhet beroende av åtminstone tre olika aktörer. Kommunen (eller privata bolag), som i allmänhet driver särskilda boenden och hemsjukvård frånsett läkarinsats, primärvården samt slutenvården. På många håll i landet använder dessa tre vårdgivare olika dokumentationssystem och informationen måste inte sällan föras över pappersvägen för att sedan matas in på nytt i respektive datajournalssystem. Denna manuella överföring tar tid och är i sig en risk för att det ska bli fel vid överföring av patienter.

Flera studier i Sverige såväl som utomlands har visat att det ofta blir läkemedelsfel vid dessa överföringar. Eftersom äldre

oftare sjukhusvårdas och har fler läkemedel än yngre personer är risken för läkemedelsfel större för äldre. När det väl blir fel så har äldre dessutom mindre marginaler och därmed större risk att drabbas av läkemedelsbiverkningar.

För att komma till rätta med detta problem prövas olika insatser. En framgångsrik metod har varit införandet av läkemedelsberättelse. Det är ett strukturerat sätt att beskriva vilka läkemedelsförändringar som har gjorts, bakgrunden till förändringarna samt hur utvärdering ska ske. En läkemedelsberättelse skrivs av utskrivande sjukhusläkare när patienten skrivs ut från sjukhus och delges patienten/anhörig, primärvårdsläkaren samt sjuksköterskan inom hemsjukvård/särskilt boende. Användandet av läkemedelsberättelse har visats minska läkemedelsfel och läkemedelsorsakad sjukvårdskonsumtion. Ett viktigt sätt att minska problematiken med olika vårdgivare är att alla ordinationer förs in i en gemensam läkemedelslista som alla förskrivare har tillgång till.

Andra insatser som prövas är apotekare på olika nivåer inom vården. Sådana insatser ingår i begreppet klinisk farmaci och har visats leda till förbättrad vård och minskat antal läkemedelsbiverkningar (8,9). Apotekare i vården finns sedan länge i flera länder (t ex USA och Storbritannien) och numera också på många sjukhus och några vårdcentraler i Sverige.

Organisation och etik

En viktig åtgärd för att minska läkemedelsrelaterade problem är att alla äldre patienter ska ha en patientsvarig läkare (PAL). I allmänhet är detta en allmänläkare men kan för vissa patienter exempelvis vara en geriatriker. Med en ansvarig läkare är övriga läkare att se som konsulter som föreslår ordinationer/åtgärder, medan PAL tar ansvar för helheten. Vidare är det av största vikt att svårt sjuka äldre högprioriteras. Det innebär att PAL för dessa patienter måste kunna erbjuda god kompetens, tillgänglighet och kontinuitet. Ersättningssystem och därmed vården bör utformas så att dessa förutsättningar uppfylls.

Om svårt sjuka patienter på särskilda boenden och i hemsjukvården är högprioriterade ter det sig självklart att vid försämringar ska patienten bedömas av en läkare. Likaledes ska läkemedelsbehandlingen kontinuerligt utvärderas och behovet omprövas. Man bör tydliggöra målen med läkemedelsbehandlingen.

Alla tillstånd/besvär ska inte behandlas med läkemedel. Många besvär kan förebyggas, t ex förstoppning med motion och rätt kost och vid sömnproblem kan individanpassad fysisk aktivitet minska behovet av sömnmedicin. Om en patient vankar av och an kanske det inte är störande för patienten. Det finns således inte per automatik en indikation för att sedera patienten med neuroleptika eller bensodiazepiner.

Särskilda boenden där alla patienter är sängliggande är måhända billiga i drift men knappast etiskt försvarbara. Även om läkare inte direkt kan påverka vårdorganisationen ska vi inte med läkemedel medverka till oetisk äldrevard. Vi ska aldrig medicinera bort personalbrist.

Referenser

1. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen. 2010. Artikelnr 2010-6-29. www.socialstyrelsen.se
2. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – KÅLLA-projektet. Socialstyrelsen. 2004. Artikelnummer: 2004-131-24. www.socialstyrelsen.se
3. Gurner U. Dirigent saknas! Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2001:6. www.aldrecentrum.se
4. Gurner U, Fastbom J. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm, 22 fallstudier av multisjuka 75+. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2002:2. ISSN 1401-5129. www.aldrecentrum.se
5. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. Läkartidningen. 2004;11:994-9.
6. Öppna jämförelser 2010: Vård och omsorg om äldre. Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. ISBN 978-91-7164-608-8. www.skl.se

7. Läkemedelsbehandling och bemötande vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom – BPSD. Information från Läkemedelsverket. 2008;(19)5. www.lakemedelsverket.se
8. Kabolli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. Arch Intern Med. 2006;166:955-64.
9. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. Pharmacotherapy. 2006;26:735-47.

Preparat¹

Sömnmedel

Zopiklon

Imovane Meda, tabletter 5 mg, 7,5 mg
Zopiklon (Zopiclone) Flera fabrikat, tabletter 5 mg, 7,5 mg

Zolpidem

Stilnoct sanofi-aventis, tabletter 5 mg, 10 mg
Zolpidem Flera fabrikat, tabletter 5 mg, 10 mg

Ångest och oro

Medel vid ångest och oro

Se kapitlet Ångest och oro, s 1029.

Psykotiska symtom vid demens

Haloperidol

Haldol Janssen-Cilag, injektionsvätska 5 mg/ml, oral lösning 2 mg/ml, tabletter 1 mg, 4 mg

Risperidon

Risperdal Janssen-Cilag, frystorkade tabletter 1 mg, 2 mg, oral lösning 1 mg/ml, tabletter 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg
Risperidon Flera fabrikat, munsönderfallande tabletter 1 mg, 2 mg, oral lösning 1 mg/ml, tabletter 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg

Depressiva symtom vid demens

SSRI-preparat

Se kapitlet Förstämningssyndrom, s 1045.

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt www.janusinfo.org