



Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre



GULDPILLRET

*Belönad med Dagens Medicins
utmärkelse Guldpillret 2014*

REGIONALA LÄKEMEDELSRÅDET
I UPPSALA-ÖREBROREGIONEN

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

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

Bakgrund: Kunskapen om symtom, utredning och behandling för de mest sjuka äldre är bristfällig inom stora delar av sjukvården. Den gamla människan visar många gånger helt andra symtom vid vanligt förekommande sjukdomstillstånd än vad yngre människor gör. Det leder till såväl feldiagnostik som över- och underbehandling av sjukdomstillstånd hos de mest sjuka äldre.

För de flesta sjukdomstillstånd saknas riktlinjer eller vårdprogram som tar hänsyn till gruppen de mest sjuka äldre. Det beror sannolikt på att det generellt saknas vetenskaplig dokumentation eller evidens specifikt för behandling av de mest sjuka äldre.

Många vårdprogram bygger på dokumentation från läkemedelsprövningar där betydligt yngre människor med mindre samsjuklighet inkluderats och där hänsyn till de mest sjuka äldres förmåga att klara läkemedelsbehandling inte har tagits.

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

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

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

Vad bör behandlas?

Individanpassad behandling, symtomkontroll viktigast. Behandlingsmål är att plasmaglukos hålls över 5mmol/l, men under 15mmol/l. HbA1c upp till 70 mmol/mol accepteras. Vid terapivikt under peroral behandling, överväg att mäta C-peptid.

Icke-farmakologisk behandling

Anpassad kost; tillräckligt med energi, 20-30 kcal/kg/dygn.

Vilka läkemedel bör användas?

Metformin: - reducera dos om eGFR < 60 ml/min och utsättes vid eGFR < 45 ml/min
- sätt ut temporärt vid risk för intorkning.

Glipizid/glimipirid(SU): - om eGFR > 45 ml/min.
- håll dosen låg.
- OBS! risk för allvarlig, långdragen hypoglykemi.

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Glibenklamid ska undvikas. Övriga perorala diabetesläkemedel är sällan aktuella för denna patientgrupp. Minskad vikt medför minskat behov av läkemedel. Försämrad njurfunktion med åldern kräver anpassning av läkemedelsdoser/utsättning.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Nertrappning successivt med noga uppföljning. Om behandling sätts ut bör sockervärden även kontrolleras vid tillstånd som kan ge förhöjda värden, t ex infektioner.

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM (KOL)

Vad bör behandlas?

KOL ska behandlas aktivt och symtomatisk. Behandlingen ska pågå sent i palliativt skede på grund av att behandlingen är symtomlindrande, förhindrar exacerbationer och ökar överlevnaden. Beakta komorbiditet, främst hjärt-/kärlsjuklighet och behandla dessa. Respiratorisk insufficiens med hypoxi bör behandlas med syrgas.

Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp! Vaccination mot influensa och pneumokocker. Anpassad fysisk träning. Adekvat nutrition.

Vilka läkemedel bör användas?

Behandlingstrappan (enligt Läkemedelsverket, se bakgrundsdocumentation) ger riktlinjer för val av preparatgrupp. Inom varje grupp finns flera olika läkemedel, och oftast väljer man efter lokala terapiriktlinjer. **Viktigt att kontrollera inhalationsteknik då de mest sjuka äldre får allt svårare med detta!** Överväg alternativa administrationsformer, främst spray med andningsbehållare eller nebulisator.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

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

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Behandlingen ska fortsätta in i sen palliativ fas för symtomlindring. Vid utsättning av inhalationssteroider rekommenderas uttrappning. Syrgasbehandling vid dokumenterad respiratorisk insufficiens med hypoxi ska fortgå.

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

Livsstilsåtgärder som rökstopp och ökad fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

ACE-hämmare eller ARB, kalciumblockerare, tiaziddiuretika.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Tiaziddiuretika vid eGFR < 30ml/min pga sämre effekt. Betablokad om ej samtidig hjärtsjukdom.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Vid ortostatism/postural hypotension – dosjustera i första hand. Vid biverkningar inte minst sådana som påverkar livskvaliteten. Vid samtidig hjärtsvikt – se avsnitt hjärtsvikt. Alla utom betablockerare kan sättas ut direkt.

Vad bör behandlas?

Viktigt att ställa rätt diagnos p.g.a. av ökad biverkningsrisk för äldre. Samtliga patienter med nedsatt hjärtfunktion, med eller utan symtom bör behandlas. Symtomlindring är centralt - effekten kan komma först efter ett par månaders upptitrering av doser. Vid eventuella biverkningar resp. i palliativt skede, sätt om möjligt inte ut läkemedlet, utan reducera dosen.

Icke-farmakologisk behandling

Nikotinstopp. Anpassad fysisk aktivitet.

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

Vilka läkemedel bör användas?

Förstahandsval: ACE-hämmare och beta-blockare

<i>Preparat</i>	<i>Startdos</i>	<i>OBS!</i>
ACE-hämmare		
Enalapril	2,5 mg ½ x 1	Reducerad måldos vid sänkt njurfunktion. Gäller för både ACE-hämmare och ARB.
Ramipril	1,25 mg ½ x 1	
Vid hosta mot ACE-hämmare byt till ARB ex kandesartan el losartan.		

Beta-blockerare

Bisoprolol	2,5 mg ½ x 1
Metoprolol	25 mg ½ x 1
Karvedilol	6,25 mg ½ x 2

Överväg tilläggsbehandling vid kvarstående hjärtsviktssymtom trots behandling med beta-blockare och ACE-hämmare/ARB som t.ex. spironolakton (tredjehandsval), furosemid (vid ödem) alt. digoxin (främst vid hjärtsvikt med förmaksflimmer då beta-blockare inte gett en optimal frekvensreglering).

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

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

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

Farmakologisk behandling är symtomlindrande, man ska därför om möjligt undvika utsättning. Däremot måste dosen anpassas efter patientens förutsättningar med eventuell försämrad njurfunktion, ortostatism, bradykardi mm. ACE-hämmare, ARB, digitalis och diuretika kan sättas ut utan nedtrappning av dosering. Vid biverkningar av beta-blockare bör medicineringen om möjligt inte sättas ut abrupt, utan ske stegvis med en halvering av dosen med en veckas mellanrum. Vid risk för intorkning sätt ut ACE, ARB och diuretika temporärt.

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

Livsstilsåtgärder som rökstopp och ökad fysisk aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Sällan kliniskt relevanta interaktioner för atorvastatin för denna målgrupp.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

Förmaksflimmer – ökad embolirisk med stigande ålder, äldre har oftare större behandlingsnytta än yngre. Akut koronarsjukdom. Stroke utan kardiell embolikälla.

Icke-farmakologisk behandling

Rökstopp.

Vilka läkemedel bör användas?

Förmaksflimmer: Warfarin eller nya perorala antikoagulantia (NOAK) – även högt upp i åldern.

Akut koronarsjukdom: ASA 75 mg/dag, ev i kombination med ticagrelor eller klopidogrel under 1 år.

Stroke utan kardiell embolikälla: ASA 75 mg eller klopidogrel 75 mg.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

ASA och klopidogrel: Ej aktuellt i primärpreventivt syfte eller som emboliprofylax vid förmaksflimmer.

Kombinationer av ASA, klopidogrel, NSAID och/eller warfarin: Alla ökar blödningsbenägenheten.

Klopidogrel – omeprazol: D-interaktion.

Beakta att paracetamolbehandling > 1,5 g/dygn kan ge påverkan på PK-INR (C-interaktion och bör föranleda tätare monitorering, liksom vid varierande doser).

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Generellt när risken för blödning är större än den tromboemboliska skyddseffekten. Bedömningsinstrumentet HAS-BLED kan vara av värde.

Wararin/NOAK: Svårinställd patient, vid allvarliga blödningar framför allt i mage-tarm. Njursvikt (försiktighet vid eGFR < 30 ml/min).

ASA försiktighet vid eGFR < 30ml/min.

ASA: Överväg utsättning efter 3-4 år om stabil angina pectoris utan genomgången hjärtinfarkt.

Vid antikoagulationsbehandlat förmaksflimmer och samtidig hjärtinfarkt sätts ASA ut efter högst 1 års behandling.

Kombinationen klopidogrel och ASA högst 1 år efter hjärtinfarkt.

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

Ej aktuellt vid ovanstående indikationer.

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

H₂-receptorantagonister bör undvikas hos äldre bl.a. pga biverkningar. Risk för interaktioner mellan PPI och flera läkemedel bl.a. klopidogrel.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Ompröva alltid långtidsbehandling med PPI, oavsett indikation - kvarstår indikation? Har PPI effekt på symtom? Nya interaktionsrisker? Om <2 månaders behandling med PPI avslutas terapin direkt. Om längre behandling med PPI möjlig risk för reboundsymtom-utsättning bör ske med reducerad dos över 8 veckor.

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

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

Vilka läkemedel bör användas?

Osmotiskt verkande laxermedel (t.ex. makrogol, laktulos, laktitol), individuellt med smak - pröva olika. Peristaltikstimulerande läkemedel (t.ex. natriumpikosulfat, bisakodyl) har nytta som "nödlösare" vid akuta besvär. Natriumpikosulfat i droppform (t.ex. 5 drp x 2-3 initialt) gör det enklare att titrera fram en lämplig dos, kan vid behov kombineras med en makrogol.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Risker med laxantia är bl.a. elektrolytrubbningar och vätskeretention. Vissa läkemedel förvärrar förstoppning. Exempel på substanser med stor risk: järn i tablettform, opioider och verapamil.

När/hur avsluta behandling?

Utvärdera alltid effekten av laxantia och ändra/avsluta behandlingen om utebliven effekt, biverkningar eller vid avslutad behandling som gett upphov till förstoppning. Läkemedelsbehandling vid förstoppning kan avslutas direkt.

Vad bör behandlas?

Osteoporos bör behandlas aktivt även hos de mest sjuka äldre då osteoporosfrakturer är smärtsamma och bisfosfonater har effekt redan efter kort tid.

Behandling inleds vid genomgången kot-/höftfraktur efter lågenergitrauma om patienten inte befinner sig i livets slutskede. Insatt behandling kan fortgå i 3-5 år om patienten tolererar den. Profylax vid pågående/planerad kortisonbehandling (motsvarande >5 mg prednisolon/dygn >3 månader). Webverktyget FRAX är av mindre värde i denna patientgrupp.

Icke-farmakologisk behandling

Fallpreventiva åtgärder inkl. minska/seponera läkemedel som ökar fallrisk. Rökstopp. Adekvat nutrition. Anpassad fysisk aktivitet, gärna utomhus.

Vilka läkemedel bör användas?

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

Enbart kalcium- + D-vitamin i 1-2 år efter avslutat bisfosfonatbehandling

Vid eGFR < 35 ml/min eller biverkningar finns denosumab (Prolia) som alternativ.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Behandling enbart med kalcium + D-vitamin rekommenderas inte som osteoporosterapi annat än efter avslutad bifosfonatbehandling.

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

Avslut kan ske utan uttrappning. Man sätter ut antingen när patienten fått behandling i 3-5 år, eller tidigare om patienten blir mestadels sängbunden, eller ej tolererar behandlingen.

Nociceptiv smärta

Vad bör behandlas?

Framförallt muskuloskeletala sjukdomar såsom artros eller osteoporos med sekundära frakturer.

Icke-farmakologisk behandling

Avlastning, hjälpmedel, rörelseterapi och annan fysioterapi. Ta reda på utlösande moment.

Vilka läkemedel bör användas?

Lätt smärta

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

Måttlig till svår smärta

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

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

Alltid laxantia förebyggande mot förstoppning! – t. ex. makrogol, laktulos, laktitol, natriumpikosulfat (se kapitel förstoppning).

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

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

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Neuropatisk smärta

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

I vissa fall blockader, TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering)

Vilka läkemedel bör användas?

Första hand: Amitriptylin eller nortriptylin, 10-30 mg/dygn - OBS risker med antikolinerg effekt.

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

Tredje hand: SNRI (duloxetin/venlafaxin).

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

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

Vid post-stroke-smärta: Amitriptylin är förstahandsval.

Vid postherpetisk neuralgi kan Versatisplåster prövas.

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Svaga opioider, dvs. tramadol eller Citodon (kodein). Riskläkemedel för äldre.

Gabapentin och pregabalin försiktighet vid nedsatt njurfunktion.

Högre doser av TCA och antiepileptika.

När/ hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

Kraftigt ökad förekomst vid hög ålder och sjukdom. Klinik kännetecknad av ångest, oro, kroppsliga symtom, kognitiv dysfunktion. Sömnproblem är vanligt. Kan vara biverkan av vanligt förekommande läkemedel; antihypertensiva, betablockerare m fl. Prova alltid antidepressiv behandling mot symtom som oro och ångest innan insättning av lugnande medel.

Icke-farmakologisk behandling

KBT, problemlösningsterapi, omvårdnadsåtgärder. ECT kan ha effekt, men sällan vid samtidig neurodegenerativ sjukdom (demens/vaskulära skador).

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

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

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

Om möjligt icke-farmakologiska åtgärder i första hand, t ex sent kvällsmål för undvikande av natthunger, fysik aktivitet.

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

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

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

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



Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

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

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Hydroxizin och alimemazin ska undvikas pga antikolinerga biverkningar.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

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

Vilka läkemedel bör användas?

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

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

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

Utred all kognitiv svikt. Undvik insättning av läkemedel i nära anslutning till större förändringar i tillvaron. Läkemedelsbehandling kan påbörjas oavsett ålder. Även i ett sent stadium kan patienten ha nytta av demensläkemedel. Vid lindrig kognitiv störning, vaskulär demens eller frontotemporal demens saknas evidens för kolinesterashämmare. Vid blanddemens – alzheimerdemens och vaskulär demens - kan demensläkemedel provas. Vid isolerad vaskulär demens, behandla riskfaktorer och sekundärprevention enligt vårdprogram.

Icke-farmakologisk behandling

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

Vilka läkemedel bör användas?

Vid Alzheimers sjukdom:

mild till måttlig: Donepezil, galantamin eller rivastigmin.

måttlig till svår: Överväg öka dosen av kolinesterashämmare och tillägg av memantin.

Memantin i monoterapi vid intolerans/kontraindikation av kolinesterashämmare.

Utvärdering av tolerabilitet och ställningstagande till ev dosökning av kolinesterashämmare eller memantin efter 3-4 veckor. Beakta njurfunktionen vid dosering av memantin.

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Undvik samtidig behandling med antikolinergika och kolinesterashämmare.

Kolinesterashämmare hos patienter med överledningsrubbingar. Kombination med betablockerare - risk för bradykardi, hypotension och AV-block.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

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

Vad bör behandlas?

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

Icke-farmakologisk behandling

Bemötande och anpassning av omgivande miljö. Fysisk aktivitet kan minska symtom hos personer med vandringsbeteende.

Vilka läkemedel bör användas?

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

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

Vilka läkemedel/kombinationer bör undvikas/särskilt beaktas?

Neuroleptika, antikolinerga läkemedel, långverkande bensodiazepiner. Vid Lewybodydemens ska antipsykotiska läkemedel inte användas.

När/hur avsluta läkemedelsbehandling?

Läkemedelsbehandling så länge som symtomlindring uppnås. Kontinuerlig utvärdering och ställningstagande till utsättning/dosminskning. Använd gärna BPSD-registret.

Bakgrundsdokumentation

till ovanstående rekommendationer
finns på respektive landstings
läkemedelskommittés hemsida

www.landstingetsormland.se/lakemedelskommitten

www.liv.se/lakemedel

www.ltdalarna.se/lakemedel

www.ltv.se/LK

www.lul.se/lakemedel

www.regiongavleborg.se/lakemedel

www.regionorebrolan.se/lakemedel



Landstinget i Uppsala län



Region
Gävleborg



Region Örebro län



Landstinget
i Värmland



Landstinget
DALARNA



LANDSTINGET
VÄSTMANLAND



LANDSTINGET
SÖRMLAND