

# Äldre och läkemedel



## Läkemedels- kommitténs terapirekommendation

för Region Värmland

Fastställt: 31 januari 2020  
Gäller: t.o.m. 31 januari 2022

Dokumenttyp Terapirekommendation	Ansvarig verksamhet Läkemedelskommittén	Version 2	Antal sidor 9
Dokumentägare Hanne Guro Lier Hauge Ordförande Terapigrupp äldre och läkemedel	Fastställare Madelene Johanson Ordförande läkemedelskommittén	Giltig fr.o.m. 2020-01-31	Giltig t.o.m. 2022-01-30

## Äldre och läkemedel

Gäller för: Hälso- och sjukvård

### Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	2
Bakgrund .....	2
Åldersrelaterade förändringar.....	3
Farmakokinetik.....	3
Kroppssammansättning.....	3
Njurfunktion .....	3
Leverfunktion .....	3
Farmakodynamik.....	4
Centrala nervsystemet .....	4
Blodtryck .....	4
Renin och aldosteron .....	4
Magslemhinnan.....	4
Behandling.....	4
God läkemedelsförskrivning till äldre.....	4
Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre .....	6
Symtom hos äldre som kräver särskilt beaktande avseende läkemedelsbehandling .....	6
Konfusion.....	6
Icke-farmakologisk behandling .....	6
Rekommenderad läkemedelsbehandling .....	6
Förstoppning .....	7
Icke-farmakologisk behandling .....	7
Rekommenderad läkemedelsbehandling .....	7
Muntorrhet.....	7
Icke-farmakologisk behandling .....	7
Rekommenderad läkemedelsbehandling .....	7
Sömnstörning .....	7
Icke-farmakologisk behandling .....	8
Rekommenderad läkemedelsbehandling .....	8
Olämplig eller riskfylld behandling .....	8
Smärta .....	8
Rekommenderad läkemedelsbehandling .....	8
Olämplig eller riskfylld behandling .....	8
Neuropatisk smärta .....	9

## Sammanfattning

Rekommendationerna från terapigrupp äldre och läkemedel skiljer sig från övriga genom att de inte beskriver en rad olika tillstånd och deras specifika behandling. Grundbehandlingen för olika åkommor som beskrivs i övriga terapirekommendationer skiljer sig inte åt i stort, men det krävs speciell hänsyn för att säkra att behandlingen är anpassad till den äldre människan. Detta är särskilt viktigt vid omfattande sjuklighet.

Detta dokument vill belysa området äldre och läkemedel såväl inom akutsjukvård, sluten- och öppenvård liksom primärvård inom region och kommun.

## Bakgrund

”Äldre” definieras enligt Socialstyrelsen som 65 år och äldre, där man delar in gruppen i yngre-äldre från 65 till 79 år och äldre-äldre från 80 år. Socialstyrelsen definierar också gruppen de mest sjuka äldre som 65 år och äldre med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

För grupperna de mest sjuka äldre, samt äldre-äldre finns det mycket lite studier gjorda kring läkemedelsbehandling. De över 80 år som har inkluderats i studierna har inte varit svårt sjuka. Det gör att läkemedelsbehandlingen som vi ger till våra äldsta och mest sjuka patienter baseras på yngre, singelsjuka patienter.

Åldersrelaterade fysiologiska förändringar påverkar hur läkemedlet omsätts i kroppen och påskyndas av sjukdomar och skador. Detta ökar risken betydligt för oönskade läkemedelseffekter. Äldre får inte nödvändigtvis för många läkemedel, men ofta olämpliga läkemedel, eller olämplig regim eller dosering. Dock är antalet läkemedel den enskilt viktigaste riskfaktorn för biverkningar. Ju fler läkemedel desto svårare att förutsäga och utvärdera det enskilda läkemedlets effekt. Dessutom blir eventuella biverkningar svårare att identifiera. Uppemot 30 procent av akuta inläggningar orsakas av läkemedelsrelaterade problem. Vanliga exempel på detta är konfusion, fallolyckor, njursvikt och magblödning. Det har visats i studier att äldre ofta får symtomlindrande behandling utan att utreda och diagnostisera bakomliggande orsak. Det kan i sin tur leda till nya läkemedelsrelaterade problem. Vanliga exempel är insättning av läkemedel mot smärta, förstoppning och nattlig oro. I de fallen kan orsaken istället vara osteoporosfraktur, läkemedelsbiverkan eller andnöd på grund av hjärtsvikt. Det ska vidare framhållas att man alltid ska överväga icke-farmakologiska åtgärder.

För att förbättra läkemedelsbehandlingen har det visats i studier att den äldre ska bedömas av ett multiprofessionellt team. Det är viktigt att göra regelbundna läkemedelsgenomgångar tillsammans i teamet samt säkra en god kommunikation mellan vårdgivarna om behandlingen.

Syftet med terapirekommendationen är att tydliggöra de gånger särskild hänsyn bör tas när man planerar en läkemedelsbehandling för den äldre patienten.

## Åldersrelaterade förändringar

Vid normalt åldrande sker en rad fysiologiska förändringar som påverkar ett läkemedels farmakokinetiska och -dynamiska egenskaper. Ändringarna påskyndas av sjukdomar, skador samt ärftliga faktorer. Det är viktigt att känna till de förändringar som har störst betydelse för läkemedelsbehandlingen.

### Farmakokinetik

Många av de förändringar som sker i kroppen med stigande ålder påverkar läkemedels farmakokinetik, det vill säga hur de tas upp, fördelas, omvandlas och utsöndras ur kroppen. Några av de mest betydelsefulla förändringarna är:

#### Kroppssammansättning

Mängden kroppsfett ökar och mängden kroppsvatten minskar med åldern. Det leder till en ändrad distributionsvolym för läkemedel. Fettlösliga läkemedel får en *ökad* distributionsvolym och därmed en förlängd halveringstid, det vill säga att läkemedlet stannar kvar längre i kroppen. Vattenlösliga läkemedel får en *minskad* distributionsvolym, vilket innebär att en viss dos av en vattenlöslig substans ger en högre koncentration.

Exempel på fettlösliga läkemedel är psykofarmaka till exempel diazepam och amitriptylin. Exempel på vattenlösliga läkemedel är digoxin, litium och acetylsalicylsyra. Urindrivande medel kan förstärka den toxiska effekten av vattenlösliga läkemedel.

#### Njurfunktion

Från cirka 40 års ålder minskar njurens förmåga att filtrera blodet med 30–50 procent fram till 70 års ålder. Den interindividuella variationen är dock stor, en tredjedel har normal njurfunktion vid 80 års ålder. Olika faktorer, som ateroskleros, högt blodtryck, diabetes och rökning har visat sig påskynda funktionsnedsättningen.

Många läkemedel behöver dosjusteras om njurfunktionen är sänkt, då måste man känna till den aktuella funktionen. Tänk GFR vid bedömning av njurfunktionen, enbart s-kreatinin utan omräkning till GFR kan vara missvisande eftersom s-kreatinin påverkas av bland annat muskelmassa. Det finns flera olika formler för att beräkna GFR. I Värmland används *kreatininbaserad formel, LMrev* (reviderad Lund-Malmöformel) som beräknar GFR utifrån ålder, kön och kreatinin. Vid kraftigt avvikande muskelmassa kan cystatin-C användas. Cystatin-C koncentrationen i plasma ger ett estimerat GFR (eGFR) som varken påverkas av kön, ålder eller muskelmassa. Däremot påverkas det av kortisonbehandling och thyroidearubbning. Cockcroft-Gaultformeln som används i FASS ger mindre tillförlitligt resultat för beräkning av njurfunktion och rekommenderas inte primärt.

Vid nedsatt njurfunktion är det viktigt att dosanpassa läkemedel som utsöndras renalt, vilket gäller vattenlösliga läkemedel. De får en långsammare utsöndring och ökad risk för biverkningar på grund av ackumulering i kroppen. Notera även att vissa läkemedel försämrar njurfunktionen ytterligare, till exempel NSAID. De kan störa regleringen av genomblödningen i njurarna, vilket i sin tur kan orsaka vätskeretention och leda till hjärtsvikt/njursvikt.

#### Leverfunktion

Vissa leverenzymerna får en lägre kapacitet vilket kan leda till både ökad och minskad effekt av läkemedel. Olika sjukdomar kan också påverka leverfunktion samt att ärftliga variationer spelar roll. Det leder till att det är svårt att dra generella slutsatser kring förändrade effekter av läkemedel som huvudsakligen metaboliseras genom levern. Viss försiktighet rekommenderas hos äldre, exempelvis för paracetamol där maxdosen är 3 gram per dygn.

## Farmakodynamik

Den förändrade känsligheten som ses med stigande ålder kan också bero på en förändrad verkan av läkemedel. Cellernas känslighet för läkemedel kan öka eller minska och man kan också se en nedsatt kapacitet i olika organ eller i kroppens reglerfunktioner. Några viktiga förändringar är:

### Centrala nervsystemet

Effekten av lugnande medel, sömnmedel och opioider på centrala nervsystemet ökar. Det ökar risken för biverkningar såsom trötthet, kognitiva störningar och fallrisk. Den åldrande hjärnan är också mer känslig för läkemedel med så kallade *antikolinerga egenskaper*. Dessa läkemedel blockerar effekten av signalsubstansen acetylkolin som bland annat finns i de kolinerga nervbanorna i hjärnan och som är involverade i de kognitiva processerna. Antikolinerga läkemedel kan orsaka störningar i dessa funktioner, vilket kan framkalla allt ifrån lättare minnesstörningar till konfusion. Risken är särskilt stor hos äldre med demens, eftersom deras kognitiva förmåga redan är nedsatt på grund av degeneration i de kolinerga nervbanorna, men tilltar även i viss mån vid normalt åldrande. De vanligaste läkemedlen med antikolinerga effekter är läkemedel mot inkontinens, tricykliska antidepressiva och vissa neuroleptika (för specifika preparat se bilaga 1).

### Blodtryck

Regleringen av blodtrycket påverkas med ökad ålder. Baroreflexen blir trögare, vilket kan leda till fallande blodtryck vid uppresning eller i stående (ortostatism). Ortostatiskt blodtryck ska alltid tas, mät även stående efter 3–10 minuter. Det leder ofta till yrsel, balansstörning, kognitiv störning eller svimning. Denna åldersförändring innebär en ökad känslighet för läkemedel med blodtryckssänkande effekter. I första hand gäller det hjärt-kärlläkemedel men också andra typer av läkemedel såsom urindrivande medel, medel mot Parkinsons sjukdom, neuroleptika och den gamla typen av medel mot depression. Ett exempel på läkemedel som oftast kan sättas ut är långverkande nitrater.

### Renin och aldosteron

Plasmareninnivån och aldosteronnivån i blod och urin avtar med stigande ålder. Det kan bidra till påverkan på blodtrycksregleringen men också öka risken för hyperkalemi, särskilt vid behandling med NSAID, ACE-hämmare, ARB och kaliumsparande diuretika.

### Magslemhinnan

Magsäckens slemhinna har normalt effektiva skyddsmekanismer mot yttre påverkan. Dessa försämras dock med åldern, vilket medför en ökad risk för att läkemedel som irriterar slemhinnan ska orsaka sår eller blödningar. Det gäller i första hand prostaglandinsynteshämmare såsom antiinflammatoriska läkemedel (NSAID och acetylsalicylsyra).

## Behandling

### God läkemedelsförskrivning till äldre

I Rekommenderade läkemedel framhålls följande viktiga punkter för att säkra en god läkemedelsförskrivning till äldre:

- Kontrollera njurfunktion med eGFR före uppstart och vid ändringar.
- Regelbunden kontroll av ortostatiskt blodtryck.
- Start low go slow.
- Följ upp insatt behandling.
- Omvärdera indikation för behandlingen.
- Planera för utsättning. Uttrappning enligt FAS UT 3.

	Till klar nytta	Till osäker nytta	Inte till nytta
<b>1. Symtomlindrande indikation</b>	Fortsätt men justera eventuellt dosen	Utvärdera t.ex. genom en tids avbrott i behandlingen	Avsluta direkt/fasa ut. Prova annan behandling
<b>2. Preventiv indikation</b>	Fortsätt men justera eventuellt dosen	Sök ett bättre alternativ	Avsluta direkt/fasa ut. Överväg annan behandling
<b>3. Tveksam eller icke godkänd indikation</b>	Överväg annan behandling eller fortsätt om starka motiv finns	Sök ett bättre alternativ med godkänd indikation	Avsluta direkt/fasa ut. Prova eventuellt annan behandling

Figur 1 Nyttovärdering av läkemedelsbehandling.

Principiellt skiljer sig inte en god läkemedelsförskrivning till äldre jämfört med yngre. Det ska finnas en klar indikation och en plan för hur man ska initiera, följa upp och avsluta behandlingen. Man ska även försäkra sig om att patient/närstående/distriktssköterska har fått god information och förstått läkemedelsbehandlingen. Därefter är det viktigt att få en god återrapport om effekter och bieffekter av läkemedlet. Äldre har ofta svårt att uttrycka detta, särskilt vid kognitiv svikt. Eftersom den äldre patienten både är mer känslig för läkemedel, ofta har flera åkommor och har kortare förväntad livslängd finns det några principer som bör beaktas särskilt. Nedan förtydligas några av punkterna ovan och några ytterligare tillkommer.

### Det viktigaste budskapet är att individualisera behandlingen och ständigt ompröva den:

Njurfunktionen	Den viktigaste farmakokinetiska och -dynamiska förändringen att ta hänsyn till.
Icke-farmakologisk behandling	Det finns för de flesta åkommor relevanta icke-farmakologiska åtgärder, som t.ex. rökstopp, nutrition och fallpreventiva åtgärder.
Indikation	Se alltid över om indikation kvarstår. Detta är särskilt viktigt vid insättande av enbart symtomlindrande behandling. Kan det finnas bakomliggande odiagnostiserade åkommor som bör behandlas?
Profylax/prevention	Många läkemedel, särskilt inom hjärt-kärlområdet, används i ett preventivt syfte. Här är det viktigt att fundera över om det är relevant för den enskilde patienten. Väg risk mot nytta.
Start low, go slow	På grund av den ökade känsligheten rekommenderas att man startar med mycket låga doser, gärna lägre än beskrivet i vårdprogram och FASS, och även ökar långsammare. Detta för att försöka undvika att ett läkemedel som annars kunde ha haft effekt tas bort på grund av bieffekter.
Utsättning	Planera utsättning inför livets slutskede av de läkemedel som inte har en symtomlindrande effekt, som är primärprofylaktiska eller av annan orsak inte bedöms tillföra någon nytta.

Sväljsvårigheter	Många får svårare att svälja tabletter, tänk då på beredningsform eftersom många läkemedel inte ska krossas. På <a href="https://fass.se">FASS.se</a> samt Region Skånes app <i>Stöd vid läkemedelshantering</i> finns information om delbarhet. Säkra också adekvata omvårdnadsåtgärder som underlättar sväljsvårigheter.
Vikt	Om patienten är överviktig/underviktig måste det beaktas när det gäller dosering.

### Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre

Konkreta läkemedelsrekommendationer för vanliga sjukdomstillstånd finns beskrivet i *Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre* från Regionala Läkemedelsrådet i Uppsala-Örebroregionen. Kortversionen finns som lathund och kan beställas från Läkemedelsenheten och långversionen finns på [regionvarmland.se](https://regionvarmland.se).

### Symtom hos äldre som kräver särskilt beaktande avseende läkemedelsbehandling

Nedan beskrivs några vanliga symtom hos äldre där det är viktigt att både diagnostisera en eventuell bakomliggande orsak, men också behandla själva symtomen. Det kan vara så att även om man hittar orsaken, kan man inte bota det fullständigt.

#### Konfusion

Konfusion är per definition en akut störning av medvetandet med förändring av kognition, perception, uppmärksamhet och med symtomfluktation under dygnet med ospecifik etiologi.

Konfusion är alltid *ett symtom på en förändring i patientens tillstånd* och ska alltid värderas beträffande behov av vidare utredning. Konfusion kan bero på en kombination av biverkan av läkemedel och hög ålder. Det kan också bero på olika somatiska tillstånd såsom infektioner, skelettskador, förstoppning, urinstämna, dehydrering, elektrolytrubbning, hjärtsvikt, hypoglykemi, ischemisk hjärtsjukdom eller cerebrovaskulär sjukdom. Cystit är sällan orsak till konfusion.

En orsak som bör beaktas är miljöombyte. Stressituationer och frekventa miljöbyten kan, speciellt hos äldre med underliggande multisjuklighet, lätt utlösa konfusion. Till detta räknas sjukhusinläggningar och operationer. Konfusion kan även inträffa under utvecklingen av en demenssjukdom.

#### *Icke-farmakologisk behandling*

I första hand rekommenderas god omvårdnad. Det är viktigt att säkra en normal dygnsrytm och att personalen uppträder lugnt och i möjligaste mån inte byts ut för ofta. Säkerställ också att patienten har med sig sina syn- och hörselhjälpmedel.

Parallellt ska man söka bakomliggande orsaker och åtgärda dessa. Se över läkemedelslistan. Ta ställning till om något/några läkemedel kan ha bidragit till konfusionen och därför bör sättas ut. Läkemedel med antikolinerg effekt ska helst undvikas (se bilaga 1). Utred eventuell infektion eller uttorkning och se över elektrolyter och Hb. Motverka stress, (vilket kan orsakas av upprepade förflyttningar) smärta, urinstämna och ångest. Ta hjälp av anhöriga för att skapa trygghet.

#### *Rekommenderad läkemedelsbehandling*

När icke-farmakologisk behandling prövats utan tillräckligt resultat, kan farmakologisk behandling bli aktuell. Oxazepam i försiktig dosering kan ges för att lindra ångest och sömnstörning vid konfusion. Vid uttalade psykotiska symtom är risperidon i låg dos förstahandsval till äldre. Risperidon bör inte användas som långtidsbehandling. För djupare genomgång, se terapirekommendation BPSD på [regionvarmland.se](https://regionvarmland.se).

## **Förstoppning**

Förstoppning hos äldre är vanligt på grund av förändrad tarmmotorik, kostvanor, inaktivitet och läkemedelsbehandling. Många läkemedel bidrar eller förvärrar förstoppningsbesvär till exempel opioider, kalcium och järn i tablettform.

### *Icke-farmakologisk behandling*

Bör värderas i första hand, till exempel se över läkemedelslistan och rekommendera normalt vätskeintag, kostförändringar med ökat fiberintag som exempelvis Pajalagröt, rapsolja och om möjligt ökad rörlighet.

### *Rekommenderad läkemedelsbehandling*

I första hand rekommenderas osmotiskt verkande läkemedel. De som rekommenderas är laktulos, makrogol eller makrogol i kombination med mineralsalter. Motorikstimulerande läkemedel natriumpikosulfat eller mikrolavemang kan användas vid särskilda sjukdomstillstånd som stroke, parkinson eller vid opioidanvändning. Bulkmedel ska inte användas i kombination med opioider.

## **Muntorrhet**

Någon påtaglig funktionell försämring av salivproduktionen har inte kunnat visas i det normala åldrandet. Problem med muntorrhet har visat sig bero på ökad sjuklighet hos de äldre, polyfarmaci och biverkningar av läkemedelsbehandling.

Förutom det subjektiva obehaget av muntorrheten påverkas ät-, tal och sväljningsförmågan negativt och protesers fäste försämras. När munhålan förlorar sitt salivskydd ökar risken för infektioner i munslemhinnan, vilket leder till att tänderna drabbas av karies och paradontit. Bakteriespridning från munhåla och svalg till lungorna utgör en smittväg för vårdrelaterad lunginflammation, aspirationspneumoni. Dessutom kan allt detta försämra patientens nutrition med risk för undernäring.

De läkemedelsgrupper som kan ge muntorrhet är i första hand diuretika, antikolinergika, antidepressiva, antiepileptika, antihistaminer, neuroleptika och lugnande preparat. FASS-texterna samt tandsymbolen i Rekommenderade läkemedel ger närmare upplysningar.

### *Icke-farmakologisk behandling*

Rekommendera normalt vätskeintag och saliversättningsmedel i form av munspray eller fuktgel avsedd för munhålan. En djupfryst klyfta från citrusfrukt kan ersätta salivstimulerande medel. Remiss till ordinarie tandvårdsklinik för anpassning av dåligt sittande protes. Remiss till ordinarie tandvårdsklinik för täta kontroller och profylax hos tandhygienist.

### *Rekommenderad läkemedelsbehandling*

Salivstimulerande sugtabletter med fluor samt kariesprofylax i form av munsköljväska rekommenderas. För mer information, se även kapitel *Munhållans och tändernas sjukdomar* i Rekommenderade läkemedel.

## **Sömnstörning**

Vid sömnstörning bör alltid bakomliggande orsak såsom somatisk sjukdom (till exempel smärta, hjärtsvikt, restless legs eller sömnapné syndrom), psykiatrisk orsak (exempelvis depression) eller läkemedel uteslutas. Om behandling med sömnmedel bedöms vara indicerad bör den vara temporär. Tänk på att:

- Se över aktuell läkemedelslista. Undvik exempelvis diuretika och betablockerare på eftermiddag/kväll.
- Eftersträva intermittent behandling, inte kontinuerlig.
- Väg nyttan av behandlingen mot riskerna för äldre personer.
- Utvärdera effekt med lämplig uppföljning.



- Använd eventuellt symtomskattningsblankett (Phase-20 eller Phase-proxy) för att utreda patientens behov av läkemedel.

#### *Icke-farmakologisk behandling*

Orolig nattsöm kan bero på hunger, nattfastan bör inte vara längre än 10 timmar. Sen kvällsmåltid kan provas. Åtgärda somatiska och psykiska sjukdomar som ger störd sömn, uppmuntra ritualer inför sänggående, strukturerad aktivitet dagtid, färre viloperioder dagtid, diskret nattlig tillsyn vid institutionsboende och sömndokumentation. Använd gärna skriften *Sov gott*.

#### *Rekommenderad läkemedelsbehandling*

Zopiklon rekommenderas som förstahandsval. Det närbesläktade preparatet zolpidem bör undvikas till äldre på grund av större risk för konfusion. Samtidigt har zolpidem en verkningsduration som ofta är för kort för äldre, vars sömnbesvär vanligen består i uppvakningar på efternatt och tidig morgon. Bland bensodiazepinerna är oxazepam mest lämplig men det absorberas långsamt och bör därför ges en timme före sänggåendet och i lägre doser. Vid samtidig depression kan mirtazapin provas. Melatonin kan vara ett alternativ.

#### *Olämplig eller riskfylld behandling*

Bensodiazepiner med lång duration (diazepam, nitrazepam, flunitrazepam) ska undvikas. Risk för såväl dagtrötthet som kognitiv störning och fall finns med dessa preparat. Propiomazin (Propavan) bör undvikas på grund av lång halveringstid och att den lätt ger upphov till extrapyramidala symptom såsom restless legs. Alimemazin (Theralen) är ett högdosneuroleptikum som orsakar såväl sedation som extrapyramidala symptom. Det har dessutom antikolinerga biverkningar. Hydroxizin (Atarax) och prometazin (Lergigan) tillhör också gruppen antikolinergika och medför därför risk för konfusion. Klometiazol (Heminevrin) ska inte användas som långvarig behandling på grund av snabb toleransutveckling och risk för cerebral hypoperfusion.

### **Smärta**

Långvarig smärta hos äldre är ofta orsakat av flera olika sjukdomstillstånd, där muskuloskeletala degenerativa tillstånd dominerar. Tänk på att det ofta förekommer blandformer med nociceptiv/inflammatorisk och neuropatisk smärta. Tänk också på att använda validerade skattningsskalor så som VAS/NRS (numeric rating scale) och Abbey Pain Scale (hos patienter med kognitiv svikt). Starta alltid med låg dos och titrera under uppsikt på effekt och biverkningar – stor risk för det senare med alla smärtläkemedel utom paracetamol.

Att kartlägga och skatta smärta är ofta svårt, särskilt vid kognitiv svikt eller annat som försvårar kommunikationen med patienten. Framför allt vid ovanliga smärttillstånd som neuropatisk eller ischemisk smärta har äldre ofta svårt att uttrycka sig på ett tydligt sätt. Tecken på sådana smärttillstånd kan bland annat vara oro, konfusion, sömn- och aptitlöshet.

#### *Rekommenderad läkemedelsbehandling*

Vid kortvarig akut smärta gäller samma principer som för yngre. Maxdosen paracetamol bör sänkas till 3 gram per dygn för äldre. Vid eGFR <50ml/min bör maxdosen reduceras till 500 mg fyra gånger dagligen oavsett ålder. Allmän försiktighetsprincip bör tillämpas om man har en mycket skör patient. Vid måttlig/svår smärta används opioider. Buprenorfinplåster kan endast användas vid behov av lågdos opioid. I övrigt rekommenderas morfin eller oxikodon i depotform beroende på njurfunktion, alternativt fentanylplåster vid sväljningssvårigheter med stabil dosering (se bilaga 4).

#### *Olämplig eller riskfylld behandling*

Som riskläkemedel till äldre nämns NSAID. Efter noggrant övervägande kan NSAID ha en plats vid inflammatorisk orsak till smärta. Behandlingen ska om möjligt begränsas till korta kurer (1–2 veckor). NSAID är dock kontraindicerat vid hjärt- och njursvikt och kan orsaka akut njursvikt hos patienter som inte haft det tidigare, men där allmäntillstånd eller annan läkemedelsbehandling också påverkar njurfunktionen. Glukokortikoider kan övervägas som alternativ, till exempel vid en giktattack.

Andra riskläkemedel till äldre mot smärta är tramadol och kodein. Tramadol bör undvikas helt på grund av biverkningsriskerna. Kodein har tidigare funnits med som ett behandlingsalternativ, men rekommenderas numera inte i Värmland oavsett ålder på grund av svårförutsägbar effekt.

#### *Neuropatisk smärta*

Läkemedel som används vid neuropatisk smärta är också riskläkemedel till äldre på grund av biverkningsprofilen. Det är viktigt att börja med låga doser och sedan öka genom att titrera upp långsamt. Det ökar chansen att uppnå en smärtlindrande effekt utan att få besvärande biverkningar. Paracetamol och opioider har sällan god effekt vid neuropatisk smärta. Vid neuropatisk smärta rekommenderas amitriptylin med startdos 10 mg till natten eller gabapentin med startdos 100 mg per dygn. Duloxetin med startdos 30 mg per dygn finns som andrahandsalternativ (se bilaga 4).

Utarbetad av:

Hanne Guro Hauge, överläkare geriatrik och intermedicin, Sjukhuset i Arvika

Bodil Håkansson, överläkare geriatrik och internmedicin, närvården Säffle

Elisabeth Almén-Larsson, sjuksköterska, MAS, Kristinehamns kommun

Anna Nylund, apotekare, Läkemedelsenheten

Christina Ledin, distriktsläkare, Västerstrands vårdcentral

Brynjar Fure, överläkare geriatrik och neurologi, CSK

**Dokumentet är utarbetat av: Hanne Guro Lier Hauge**

## Läkemedelskommitténs terapirekommendationer

### Postadress

Läkemedelskommittén  
Regionens hus  
651 82 Karlstad

### Webbadress

[www.regionvarmland.se/lakemedel](http://www.regionvarmland.se/lakemedel)

### Telefon

054-61 40 22

### E-post

[www.lakemedelskommitten@regionvarmland.se](http://www.lakemedelskommitten@regionvarmland.se)



Landstinget  
i Värmland