

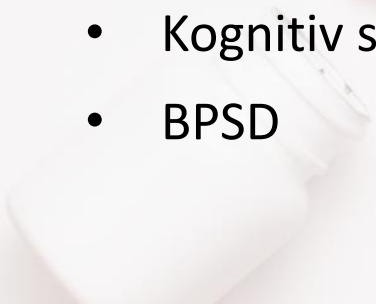
Äldre och läkemedel: Behandling vid oro, kognitiv svikt (demens), smärta, sömn

Karin Gebauer och Tanja Greter, apotekare, SÄS
Seki Sinani, demenssamordnare, Borås stad



Dagens områden

- Smärta
- Sömn
- Oro/ångest
- Depression
- Konfusion
- Kognitiv svikt / Demens
- BPSD



Smärta – olika mekanismer:

Nociceptiv smärta (från smärtreceptorer)

Vävnadsskada, ex. fraktur, inflammation

Neuropatisk smärta (skada i perifera eller centrala nervbanor)

ex bältros, diabetes, stroke, MS, fantomsmärta

Nociplastisk smärta (dysfunktionell smärtmodulering)

ex fibromyalgi, irritabel tarm (IBS))

Smärta av okänd orsak

Smärta

Fysisk

- Smärta/värk
- Illamående
- Minskad fysisk ork
- Trötthet

Psykisk

- Oro
- Ångest
- Ilska
- Nedstämdhet

Total pain

Helhetssyn vid
Smärta/lidande

Social

- Ofrivilligt ensamhet
- Relationer
- Roller i familjen
- Arbetsliv
- Ekonomi
- Förluster

Existentiell

- Mening/Hopp
- Religion
- Andlighet
- Människovärde
- Livslänkar

Vad leder obehandlad smärta till?

Ett smärtlidande

- Att ha ont hela tiden känns hopplöst
- Smärta ökar risken för oro, ångest och nedstämdhet

Ökad risk för andra sjukdomar

- Man blir liggande, ökad risk för blodproppar
- Ökad risk för lunginflammationer

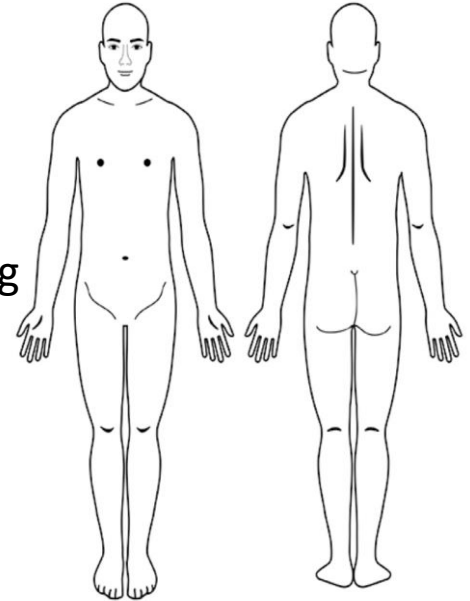
Ökad risk för BPSD

- Agitation/upprördhet (oro, rastlöshet, aggressivitet)
- Hämningsslöshet och impulsivt beteende (disinhibition - "ta foten från bromsen")
- Ökad risk konfusion (med vanföreställningar och hallucinationer)
- Ökad risk för psykos

Smärtanalys

Följande frågor bör besvaras

- När/hur smärtan debuterade.
- Lokalisation.
- På vilket sätt det gör ont(stickande, skärande...)
- Dygnsmönster.
- Rörelserelaterad eller Vilosmärta.
- Hur sömnen påverkas.
- Eventuella känslöstörningar
- Aktivitet/ADL-förändringar
- Vad som lindrar/förvärrar smärtan
- Patientens egen smärtlindring och copingstrategi
- Sinnesstämning
- Behandling-resultat/biverkningar



<https://www.pkc.regionstockholm.se/utbildning/webbutbildningar/webbutbildningar-i-palliativ-var-d-hos-aldre/smarta-hos-aldre-och-vid-demens/>

Icke-farmakologisk behandling vid smärta

- TENS (akupunktur ?)
- Fysisk aktivitet (rörelse)
- KBT (avslappning)
- Taktil massage
- Värme och kyla
- Hjälpmiddel och avlastning
- Social aktivitet
- Musik och Vårdarsång
- Skratt och humor
- Avledning/distraction



Smärtskattningsskalor

- SÖS (Södersjukhuset)
- Abbey Pain Scale

0-3

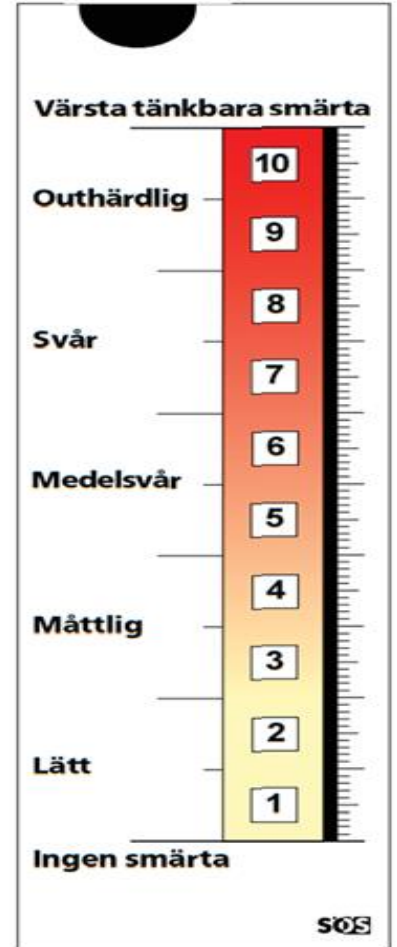
- Avslappnat ansiktsuttryck
- Lediga rörelser
- Avslappnad muskulatur
- Jämrar sig inte

4-7

- Påverkat ansiktsuttryck
- Besvär vid rörelse
- Masserande rörelser
- Jämrar sig svagt

8-10

- Plågat ansiktsuttryck
- Tydliga rörelsebesvär
- Spänd och orörlig
- Motoriskt orolig
- Jämrar sig högljutt



Abbey Pain Scale-SWE – För bedömning av tecken på smärta hos personer med demenssjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal. Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.



Inte alls=0 Lite=1 Måttligt=2 Mycket=3

1. Ljuduttryck – t ex gnyr, jämrar sig, gråter

2. Ansiktsuttryck – t ex ser spänd ut, rynkad panna/ihopdragna ögonbryn, grimaserar, ser rädd ut

3. Förändrat kroppspråk – t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel

4. Förändrat beteende – t ex ökad förvirring, vill inte äta, förändring i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen

5. Fysiologisk förändring – t ex förändrad kroppstemperatur, puls/BT, svettningar, rodnad, blekhet

6. Kroppslig förändring – t ex hudskador, tryckskador, artrit, kontrakturer

Typ av smärta: Långvarig Akut

Ingen=0 – 2 Mild=3 – 7 Måttlig=8 – 13 Svår=14+

Summa:

Framtagen av universitetslektor Christina Karlsson, Örebro universitet
Originalskala: Abbey J, Piller N, De Bellis et al (2004) The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nure* 10(11): 6-13

Läkemedel nociceptiv smärta:

Paracetamol

- 1a handsval
- Svag dokumentation vid långvariga smärttillstånd
– gör utsättningsförsök
- Vid insättning av opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta kan utsättning av paracetamol övervägas
- Undvik brus och supp
- Max 3 g till äldre

Läkemedel nociceptiv smärta: NSAID (COX-hämmare) för systemiskt bruk

- Riskläkemedel till äldre!
- 1a handsval: naproxen eller ibuprofen

Lägsta effektiva dos och kortast
möjliga behandlingstid!

Läkemedel nociceptiv smärta: Opioider

- **Morfin eller oxikodon rekommenderas i 1a hand,**
Tramadol och Kodein är klassat som olämpliga till äldre
- Gör smärtanalys före insättning
- Använd peroral behandling när detta är möjligt
 - Oral lösning finns för bättre dosanpassning vid låga doser
- Fentanyl/Buprenorfinplåster är ett andrahandsmedel
 - Svårt att titrera in rätt dos och att trappa ut
 - Risk för överdosering
 - Lägsta styrkan Fentanyl motsvarar ca 30 mg morfin per dygn

Styrkeförhållande
oxikodon/morfin:

- 1:1,5-2 vid p.o. dos
- Ekvipotenta parenteralt



Läkemedel nociceptiv smärta:

Opioider forts.

Biverkningar att observera

- Förstoppning (profylaktisk behandling med laxantia från start)
- Illamående (ev läkemedel vid behov)
- Kognitiv påverkan
- Långtidsbiverkningar – t.ex. hormonell rubbning



Kom ihåg!

- Parenteral dos av morfin är **1/3** av peroral dos.
- Trygghetsdos är **1/6** av dygnsdos

Se även konverteringstabell på:
[Smärta - Vårdgivarwebben](#)

Neuropatisk smärta

- Skada eller sjukdom i perifera eller centrala nervsystemet
- Målet är **smärtreduktion**, inte smärtfrihet. Vanligtvis minskning i symtom med 30 %
- Icke-farmakologisk behandling är viktigt, t.ex. TENS
- Börja med låg dos och trappa upp långsamt, utvärdera efter några veckor.
- Utsättningsförsök en gång per år

Läkemedel neuropatisk smärta

■ Perifer neuropatisk smärta:

- Gabapentin, Amitriptylin (Saroten) och Duloxetin (Cymbalta) är 1a handsval
- Pregabalin (Lyrica) är 2a handsval
- Kombinationsbehandlingar kan prövas

■ Central neuropatisk smärta, t.ex. efter stroke:

- Amitriptylin (Saroten) 1a hand

OBS! Amitriptylin har antikolinerga biverkningar – kan vara olämpligt till äldre!

Sömn hos äldre

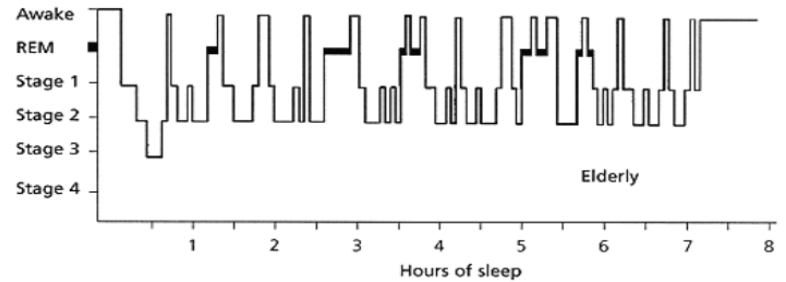
■ Förändrat sömnmönster vid åldrandet:

- Sömntiden minskar successivt
- Mindre djupsömn och REM-sömn
- Fler uppvaknanden

■ Sjukdomar kan störa sömnen

■ Läkemedel kan störa sömnen

■ Sociala funktioner ändras (t.ex. mindre aktivitet)



[Neubauer D. Sleep Problems in the Elderly. Am Fam Physician. 1999;59\(0\):2551-2558](#)



Kartlägg med struktur

- Hur ser personens dygnsrytm ut?
- Hur många timmar sover patienten under ett dygn?
- Har patienten en aktiv vakentid?
- Hur dags på kvällen brukar patienten somna?
- Är sömnen orolig?
- Har patienten upprepade uppvaknanden) I så fall vid vilka tider, hur långa och hur besvärande upplever patienten dessa?
- Finns det ett mönster i uppvaknandena som kan kopplas till någon orsak?
- Ger sömnen återhämtning?

Ett idealt sömnmedel ska normalisera sönmönstret och vara effektivt under en längre tid utan att ge beroende eller trötthet följande dag – ett sådant medel har dock ännu inte framställts.”

Icke farmakologisk behandling



Fruktdrink (1 portion)

- 1,3 dL mjölk (3%)
- 1-2 msk majsställingspulver
- 1 dL bär eller frukt
- socker (ev)

Mixa. Späd ev med mjölk.

Fildrink (1 portion)

- ½ dL grädde
- ½ dL fil eller yoghurt
- 1 msk konc. juice/nektar

Smaka av med socker.

- Stärka dygnsrytmen, nattlampa
- Tidigare vanor, har fått gå på toaletten
- Associera sängen som en plats för sömnen, känna sig trygg
- Mörk, sval och tyst i rummet, rätt temperatur, uppleva miljön "sovvänlig"
- Fysisk och social aktivitet, meningsfullhet
- Ljusterapi, Musik, massage ...
- Gemensam avslut på dagen
- Undvika nikotin/koffein kvällstid
- Minska nattfasta, lagom mätt,

Smärta???

[Särobomber \(nllplus.se\)](http://Särobomber.nllplus.se)

Läkemedelsbehandling till äldre



1. **Zopiklon** (5 mg räcker ofta) – ges vid sänggåendet

alt. **Mirtazapin** 15 mg ($\frac{1}{2}$ -1 tn) vid samtidig depression, ges 1-2 h innan sänggåendet

2. **Oxazepam** (5-10 mg) – ca en timme före sänggåendet vid samtidig oro

Ompröva behovet ofta, enbart kortvarig
intermittent behandling rekommenderas för att
undvika toleransutveckling och utsättningsbesvär

Man 99 år

- Förmaksflimmer
- Hjärtsvikt
- Hjärtinfarkt 2019 – konservativt behandlad, insättning Imdur
- B12-brist
- Minnessvårigheter, misstänkt demens
- I samband med sjukhusvistelse insatt Oxascand 5 mg vb pga oro nattetid
- Vårdtillfälle några v senare insatt Zopiklon 5 mg vb pga orolig sömn, ändrades till stående kort därefter via vc
- Fortsatt orolig ff a på nätterna, mycket oro och ångest. Ohållbar hemsituation
- Tagit i snitt ca 12 Oxascand 5 mg per dygn
- Insättes Mirtazapin 30 mg, Oxascand 10 mg x 4, Pregabalin 25 mg x 3, dosökning Zopiklon till 10 mg
- Pat hallucinerar och är slö
- Remiss till Närsjukvårdsteamet

Läkemedel

| Får el | Läkemedlets namn, beredningsform och styrka | 08 | 12 | 20 | | | | Dosering, användning och ändamål |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|----|----|----|--|--|--|---------------------------------------------------------|
| | Impugan, tablett 20 mg | 2 | 1 | | | | | vätskedrivande 2 tabletter kl 08 och 1 tablett kl 12 |
| | Eliquis, filmdragerad tablett 2,5 mg Bristol-Myers Squibb AB | 1 | | 1 | | | | förebygger propp 1 tablett kl 08 och 1 tablett kl 20 |
| | Betolvidon, tablett 1 mg | 1 | | | | | | tillskott vir B12 1 tablett kl 08 |
| | Ramipril HEXAL, tablett 5 mg | 1 | | 1 | | | | sänker blodtryck 1 tablett kl 08 och 1 tablett kl 20 |

Övriga läkemedel

| Får el | Läkemedlets namn, beredningsform och styrka | 08 | 12 | 20 | | | | Dosering, användning och ändamål |
|-----------|------------------------------------------------------------------|-----|----|----|--|--|--|----------------------------------|
| | Pregabalín 1A Farma, kapsel, hård 25 mg 1 x 60 kapsel/kapslar | | | 1 | | | | . 1 kapsel kl 20 |
| | Imdur, depottablett 30 mg 2 x 28 styck | 0,5 | | | | | | mot angina 0,5 tablett kl 08 |

| Får el | Läkemedlets namn, beredningsform och styrka | | | | | | | Dosering, användning och ändamål |
|-----------|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Oxascand, tablett 5 mg 1 x 100 tablett(er) | | | | | | | mot svår oro 1 tabletter vid behov. Max 6 st per dygn mot oro och sömnsvärigheter. |

Oro/Ångest

- De vanligaste orsakerna är depression och demens, ibland finner man ingen orsak
- Symtom kan vara huvudvärk, yrsel, hög puls, förstoppningsproblem, hjärtklappning, rastlöshet, allmän sjukdomskänsla
- Demensliknande symtom – glömska, förvirring eller aggressivitet kan också förekomma
- Alkohol och läkemedel

Kartlägg med struktur

- När på dygnet symtom uppstår och hur de fördelar sig över dygnet
- En beskrivning av hur personens symtom visar sig
- I vilka situationer och miljöer de uppstår, när patienten är lugn och nöjd samt vad har man provat innan och hur gick det
- Är personens basala behov tillfredsställda
- En bedömning av omgivande miljö och hur interaktionen med personal, närstående och andra ser ut
- En medicinsk utredning med bedömning av fysisk och psykisk status
- En fördjupad läkemedelsgenomgång



Smärta??

Icke-farmakologisk behandling

- Fysisk aktivitet
- Sociala åtgärder – t.ex. bryta ensamhet
- Rutin och struktur på dagen
- Musik, Vårdarsång, sällskapsdjur, vårdhund...
- Sinnestimulering
- Stimulering av gamla minnen, Reminiscens
- Validering
- Minska på nikotin och koffein
- Kartläggning återkommande, utlösande faktorer
- Beröring och mjuk massage
- Lågaffektivt bemötande



Läkemedelsbehandling vid långvarig oro/ ångestproblematik



- **1a hand: Sertralin** (alla indikationer), startdos 25 mg
- Oxascand ska användas sparsamt. Inte lämpligt som långtidsbehandling, max 30 mg per dygn. Används vid kortvarig oro/ångest.
- 2a hand:
 - Mirtazapin, Venlafaxin
- Andra alternativ
 - Pregabalin

OBS! Lägre start- och underhållsdoser för äldre! Ökad biverkningsrisk!

Depression hos äldre

- Annan symtombild än hos yngre
 - mer framträdande oro, rädsla, rastlöshet, irritation och sömnstörningar, kognitiv nedsättning samt somatiska klagomål
 - nedstämdheten märks mindre
- Förändringar i livssituationen respektive andra neurologiska tillstånd kan ge liknande symtom
- Beakta risken för såväl över- som underdiagnostik
- Skattningsskala

[Suicide Zero - för ett samhälle utan självmord](#)



Icke-farmakologisk behandling

- Psykopedagogiska insatser
- Omvårdnadsåtgärder
- Fysisk aktivitet
- KBT
- ECT



Läkemedelsbehandling vid depression

- 1a hand: Escitalopram, maxdos 10 mg eller Sertralin, startdos 25 mg
- 2a hand: Mirtazapin till natten (ofta fördel på grund av aptitstimulering och sömngivande effekt)

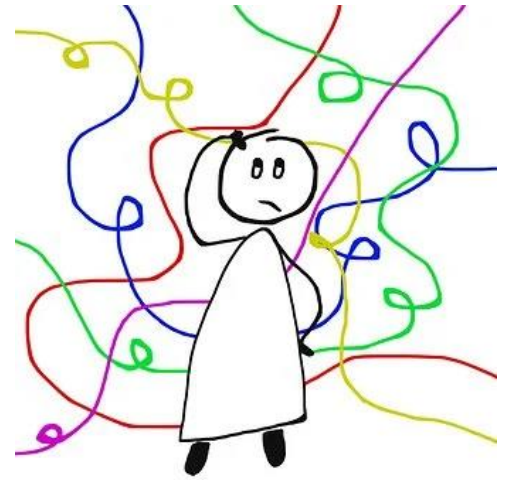
Utvärdera:

- Biverkningar efter 4 veckor
- Full effekt efter minst 3 månader
- Avsluta tidigast efter 6-12 mån symptomfrihet

Obs! *Effekten för äldre inträder senare än för yngre*

Akut konfusion

- Ospecifikt syndrom
- Viktigt att utreda och åtgärda bakomliggande faktorer
- Symtom: Pratar oklart, kan ej tänka klart, ångest och oro, plockig, splittrad sömn
- Kontakta läkare!



Icke-farmakologisk behandling

- God omvårdnad **Stanna kvar!**
- Vänligt lugnt bemötande
- Lågaffektivt bemötande vid aggressivitet
- Hjälپ patienten att reorientera sig
- Undvik fysiska begränsningar, t.ex. sänggrindar
- Aktivera och mobilisera patienten
- Utbildning

[Durewall institutet AB](#)

DurewallInstitutet 



Läkemedel som kan orsaka konfusion

Kortison

Antipsykotika

Antiepileptika

Blodtryckssänkande
läkemedel

Läkemedel med
antikolinerga effekter

Bensodiazepiner

Analgetika
(ej paracetamol)

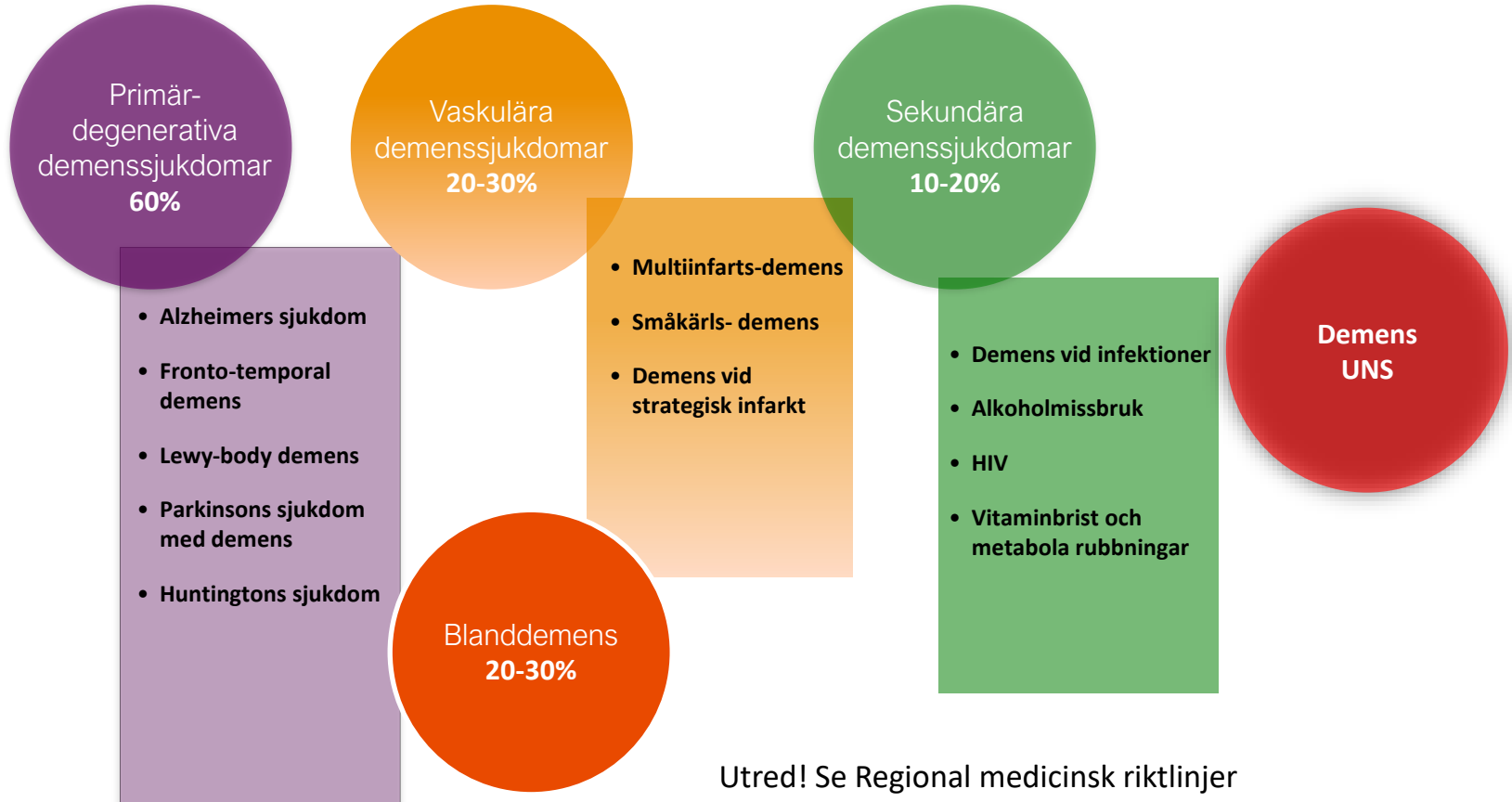
Parkinsonläkemedel

Digoxin

Läkemedel vid akut konfusion

- Läkemedelsbehandling bör undvikas in i det längsta – ges om symtomen är ohanterliga
- Alla läkemedel förvärrar konfusion o fördröjer återhämtning
 - Heminevrin
 - Olanzapin
 - Haldol
 - Quetiapin
 - Oxascand
- Avsluta behandlingen så snart som möjligt (inom några dagar) utan nedtrappning

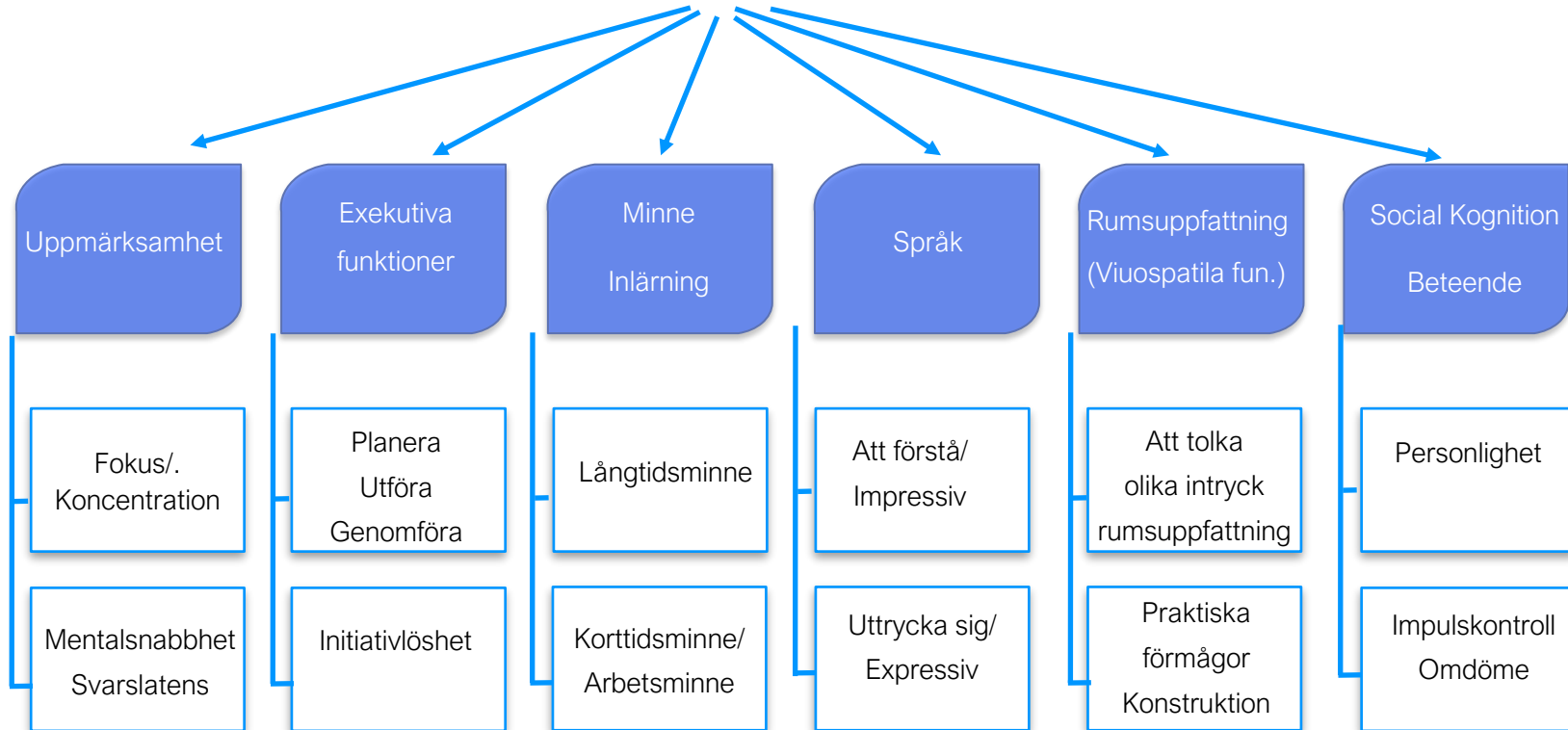
Vad är demens- Kognitiv sjukdom?



Utred! Se Regional medicinsk riktlinjer
[Demenssjukdom, utredning och uppföljning](#)

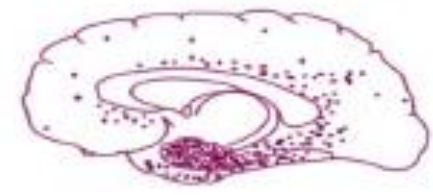
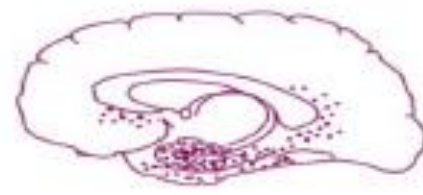
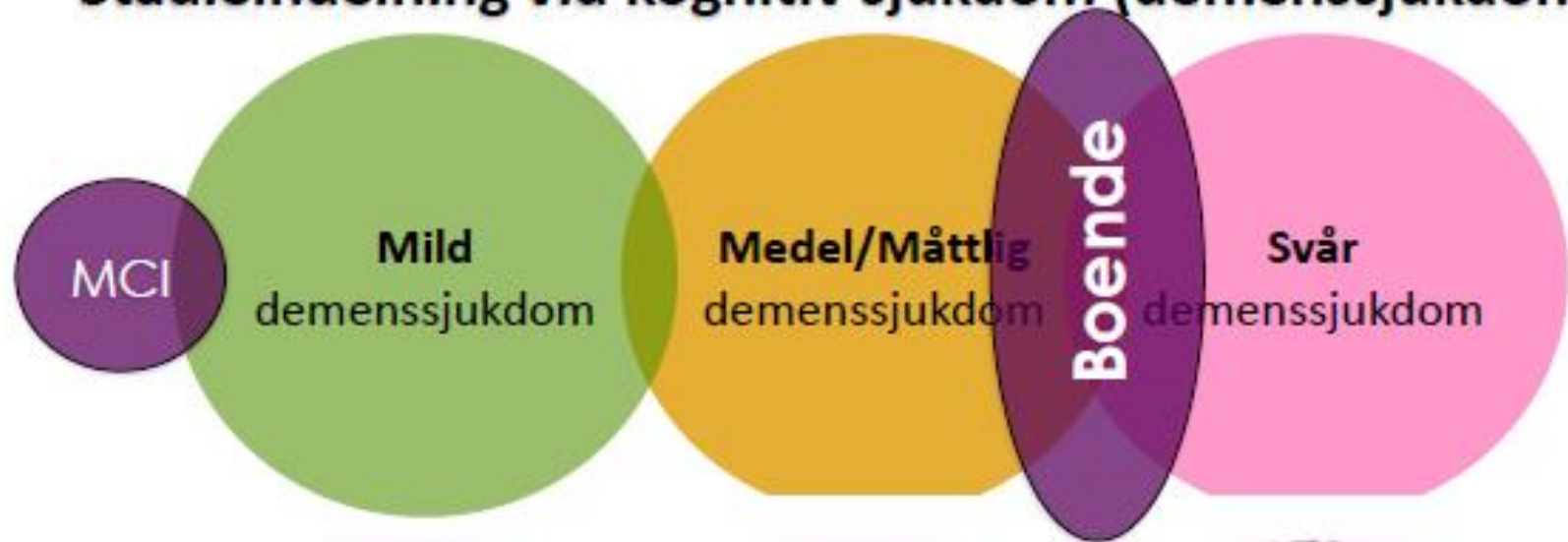
Demens - Kognitiv sjukdom

Kognitiva funktioner/förmågor(domäner)



Olika tankeprocesser för att hantera kunskap och information

Stadieindelning vid kognitiv sjukdom (demenssjukdom)



BPSD – Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom

- Vanföreställningar
- Hallucinationer
- Agitation
- Depression
- Ångest
- Upprymdhet
- Apati
- Hämningslöshet
- Lättretlighet
- Motorisk rastlöshet
- Sömnstörningar
- Ätstörningar



Är de grundläggande behoven tillfredsställda?

Tänkbara orsaker

Tänkbara orsaker



Läkemedelsgrupper vid demens

Acetylkolinesterashämmare

Mild till medelsvår Alzheimers, Lewy-bodydemens, Parkinsons sjukdom med demens:

- Donepezil (Aricept) tabl (x1)
- Rivastigmin (*Exelon*) kaps (x2), depotplåster (x1)
- Galantamin (*Reminyl*) oral lösn (x2), depotkaps (x1)

Biverkningar: illamående, diarré, yrsel, sömnstörningar, beakta risk för hjärtpåverkan

NMDA-receptoragonist

Medelsvår - svår Alzheimers demens eller blanddemens:

- Memantin (*Ebixa*) tabl (x1)
NMDA receptorantagonist

Biverkningar: agitation, diarré, yrsel, huvudvärk

Kan kombineras med acetylkolinesterashämmare

Humörstabiliserande effekt

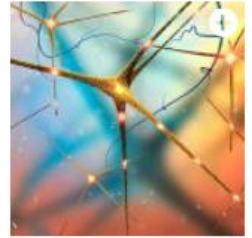
~~Bromsmediciner~~

28 sep 2022

Genombrott för svensk antikropp mot alzheimer ▼

■ FORSKNING

Blir en antikropp utvecklad vid Uppsala universitet det första nya alzheimerläkemedlet i Europa på över 20 år? Hoppfulla resultat från en läkemedelsprövning tyder på det.



Nytt läkemedel -lekanemab

- Första läkemedlet som visats **bromsa sjukdomen**
- Är en antikropp som ges intravenöst
- Är godkänt i USA, Japan, Kina, Sydkorea, Hongkong, Israel och i Storbritannien med förbehåll.
- Lekanemab har fått avslag i Europa
- Ytterligare antikroppar är under utveckling
- Bromsar tidig Alzheimer med ca 30 %

Utvärdering av farmakologisk behandling

| Vad | När | Hur |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Biverkningar | Inom 4 veckor | Om besvärande biverkningar (alt. olämpliga interaktioner) avsluta direkt |
| Behandlingseffekt, kolinesterashämmare | 1a: utvärdering efter 3-6 månader Därefter minst en gång årligen | <u>Avsaknad av effekt:</u> Direktutsättning <u>Vid provutsättning:</u> Halvera dosen och utvärdera efter 2-4 veckor. Skattningsverktyg "Utvärdering av demenssymtom" kan användas. Återinsätt vid försämring. |
| Behandlingseffekt, memantin | 1:a utvärdering inom 1-3 månader Därefter minst en gång årligen | <u>Avsaknad av effekt:</u> Direktutsättning <u>Vid provutsättning:</u> Sätt ut utan uttrappning, snar utvärdering, vid försämring återuppta beh inom 2 veckor. |

Läkemedelsbehandling vid BPSD

I första hand skall omvårdnadsåtgärder genomföras.

Farmakologisk behandling:

- SSRI-preparat. Vid depression eller ångest/aggressivitet
- Memantin kan provas vid aggressivitet, humörsvängningar (vid Alzheimers sjukdom)
- Antipsykotika, t ex olanzapin, i låg dos: i undantag vid akuta fasen av psykotiska symtom.
- Tillfällig oro/ångest vid konfusion: Oxazepam (Oxascand/Sobril) med försiktighet

Ompröva:

- Antipsykotika och Oxazepam: efter 2-3 veckor
- Sertralin och Memantin efter några månader

Behandling med neuroleptika hos äldre

Indikationer

- Funktionella psykoser
→ Ofta långtidsbehandling!
- Psykotiska symtom vid demenssjukdomar och Parkinsons sjukdom

Icke-göra

Äldre patienter med psykos, som **inte plågas** av sina hallucinationer eller vanföreställningar, ska **inte behandlas**

Ökad risk för död

För patienter med demenssjukdom innebär behandling **3 gånger ökad risk för stroke respektive förtida död**

Observera!

- Äldre är känsligare för biverkningar!
- Låg dos
- Fortlöpande omprövning (inom 3 veckor!)



Välkommen till BPSD-registret!

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister.

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom/kognitiv sjukdom.



Kontakta oss



Logga in till registret



Glömt lösenord

Utvärdering neuroleptika

Protokoll för behandling med neuroleptika:

Pat. namn _____ Personnummer _____

Ansv. Teampersonal _____ ÖL _____

1. Nyinsättning / Behandling sedan tidigare

Läkemedel/dos: _____

Datum för insatt behandling: _____ Mål: _____

2. Telefonsamtal efter 3 veckor(v.3) Datum: _____

Biverkningar: nej _____ ja _____

Effekt: ja _____ nej _____

=> medicinjustering: _____

Uppföljning antipsykotiska läkemedel

Effektutvärdering ska ske kontinuerligt, och utsättning ska ske snarast möjligt, helst inom 14 dagar. Personer med psykossjukdom, bipolär sjukdom eller organiskt förstämningssyndrom behöver oftast fortsatt behandling för sin grundsjukdom. Dosjustering ska övervägas.

Från [RMR Demens](#)

Tack för oss!

Karin Gebauer, Tanja Greter och Seki Sinani

Mail: karin.gebauer@vgregion.se

tanja.greter@vgregion.se

seki.sinani@boras.se



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS



BORÅS
STAD