

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

Karin Gebauer och Gunilla Rosquist, 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

## 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 dör andra sjukdomar

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

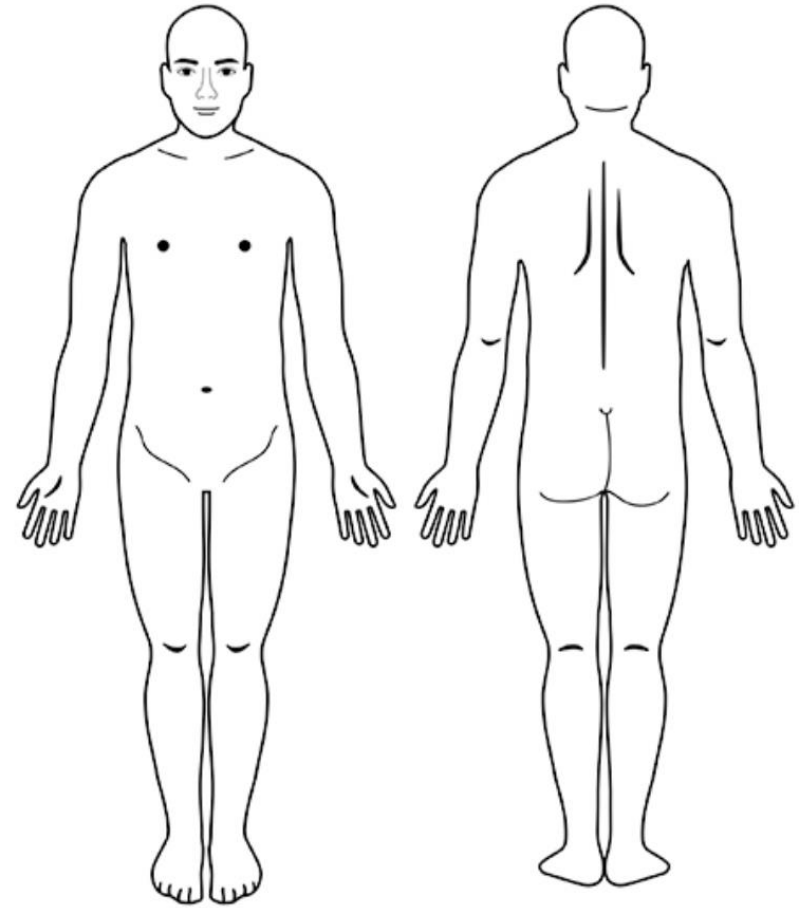
## Ökad risk för BPSD

- Agitation/upprördhet (oro, rastlöshet, aggressivitet)
- Hämningslöshet 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 Vilosmäta.
- Hur sömnen påverkas.
- Eventuella känslostörningar
- 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

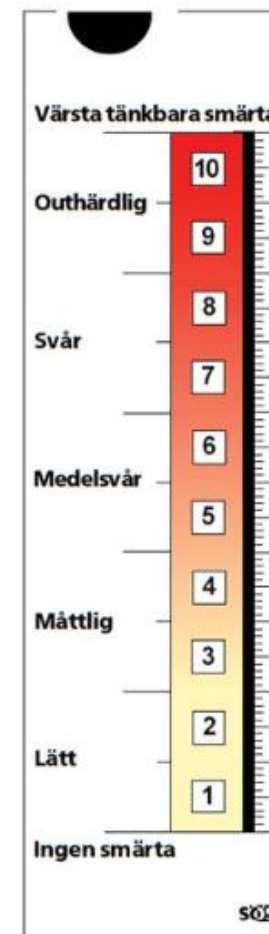
- TENS (akupunktur ?)
- Fysisk aktivitet (rörelse)
- KBT (avslappning)
- Taktil massage
- Värme och kyla
- Hjälpmedel och avlastning
- Social aktivitet
- Musik och Vårdarsång
- Skratt och humor
- Avledning/distraction



# Smärtskattningsskalor

- SÖS (Södersjukhuset)
- Abbey Pain Scale

0-3	4-7	8-10
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avslappnat ansiktsuttryck</li><li>• Lediga rörelser</li><li>• Avslappnad muskulatur</li><li>• Jämrar sig inte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Påverkat ansiktsuttryck</li><li>• Besvär vid rörelse</li><li>• Masserande rörelser</li><li>• Jämrar sig svagt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plågat ansiktsuttryck</li><li>• Tydliga rörelsebesvär</li><li>• Spänd och orörlig</li><li>• Motoriskt orolig</li><li>• Jämrar sig högljutt</li></ul>



**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 kroppsspråk** – 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 Nurs* 10(11): 6-13

[AbbeyPalliativ2011Sve.pdf \(bpsd.se\)](http://bpsd.se/AbbeyPalliativ2011Sve.pdf)

# 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!

# Nocioplastisk smärta

- Långvarig smärta kan ge förändringar i nervsystemet
- Störd smärtreglering/obalans i smärtsystemet
- Finns ingen vävnadsskada
- Exempelvis långvarig rygg- och nacksmärta, fibromyalgi & IBS
- Multimodal behandling, begränsad effekt av läkemedel
- Starta med låga doser

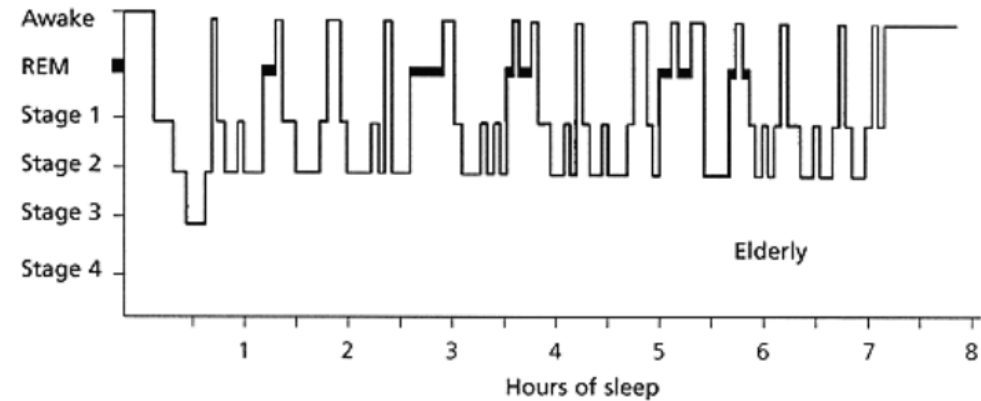
# Läkemedel nociplastisk smärta

- Amitriptylin
- Nortriptylin
- Duloxetin
- Gabapentin

**OBS! Undvik opioider!**

# 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 sömnmönstret 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

- 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,

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



## 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.



Smärta???



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

# 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



# Kvinna 71

## KOL

- Trimbow, Airomir, Atrovent

## Lungemboli

- Eliquis

## Hjärtsvikt

- Bisoprolol, Ramipril, Furix

## Depression och ångest

- Duloxetin, Oxascand

## Osteoporos

- Aclasta, Kalcipos-D

- I samband med sjukhusvistelse insatt på Heminevrin 300 mg 1 kapsel vid behov, pga oro nattetid. Samt Zopiklon från 5 mg.
- På boendet dosökas Heminervin 300 mg till 2 kapslar till natten stående p g a fortsatt oro nattetid.
- Zopiklon dosökas från 5 mg till 7,5 mg.
- Oxascand 5 mg ökas från 1 tablett vid behov (max 3/dygn) till 1 tablett 4 gånger dagligen stående pga fortsatt oro nattetid.
- Patienten blir slö dagtid
- Remiss till NSVT

# Läkemedelsjustering

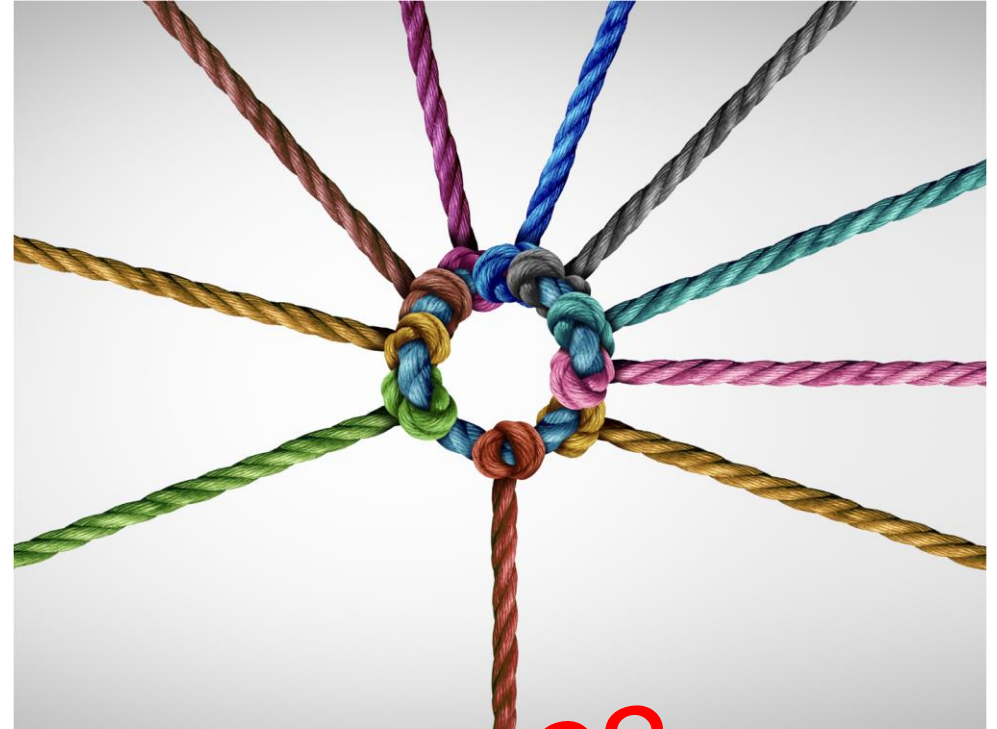
- KOL  
Syrgas i hemmet samt Pari-boy med inhalationer
- Depression, ångest och sömn
  - Mirtazapin 15 mg insatt till kvällen
  - Heminervin utsatt
  - Zopiklon 7,5 mg → Zopiklon 5 mg
  - Oxascand 5 mg 1x4 → 1 tablett vid behov, max 3 tabletter/dygn

# 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, Duloxetin
- 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



[Depression - 1177](#)



# Läkemedelsbehandling vid depression

1a hand: Sertralin, startdos 25 mg, maxdos 100 mg

2a hand: Mirtazapin till natten (ofta fördel på grund av aptitstimulering och sömngivande effekt)

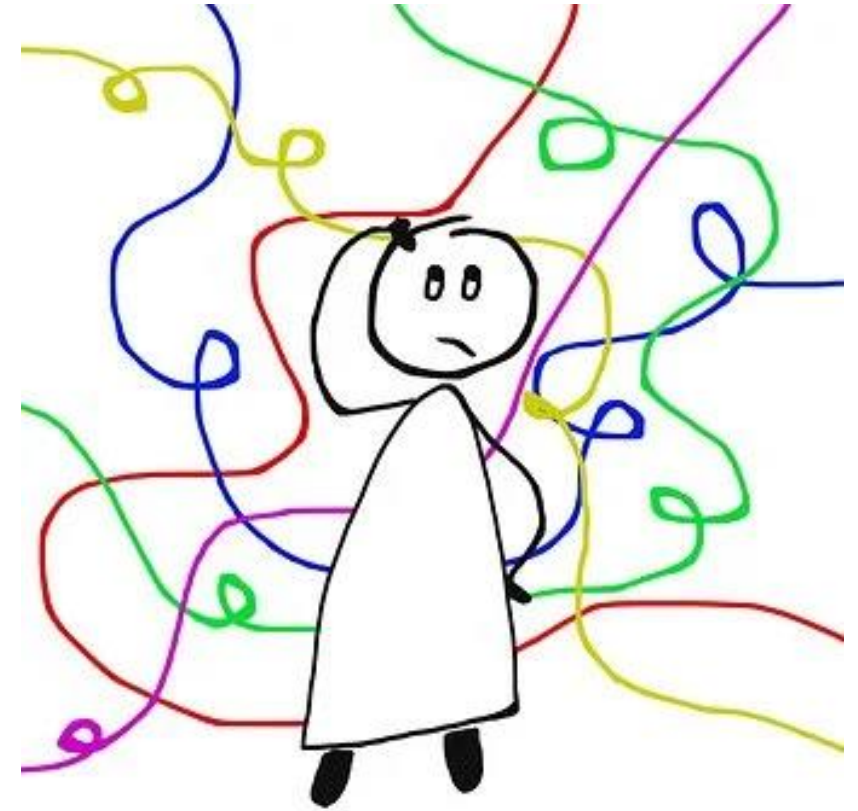
Utvärdera:

- 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

## Stanna kvar!

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

DurewallInstitutet 

[Durewall institutet AB](https://www.durewall.se)



# Läkemedel som kan orsaka konfusion

Kortison

Antiepileptika

Antipsykotika

Blodtryckssänkande  
läkemedel

Läkemedel med  
antikolinerga effekter

Bensodiazepiner

Analgetika  
(ej paracetamol)

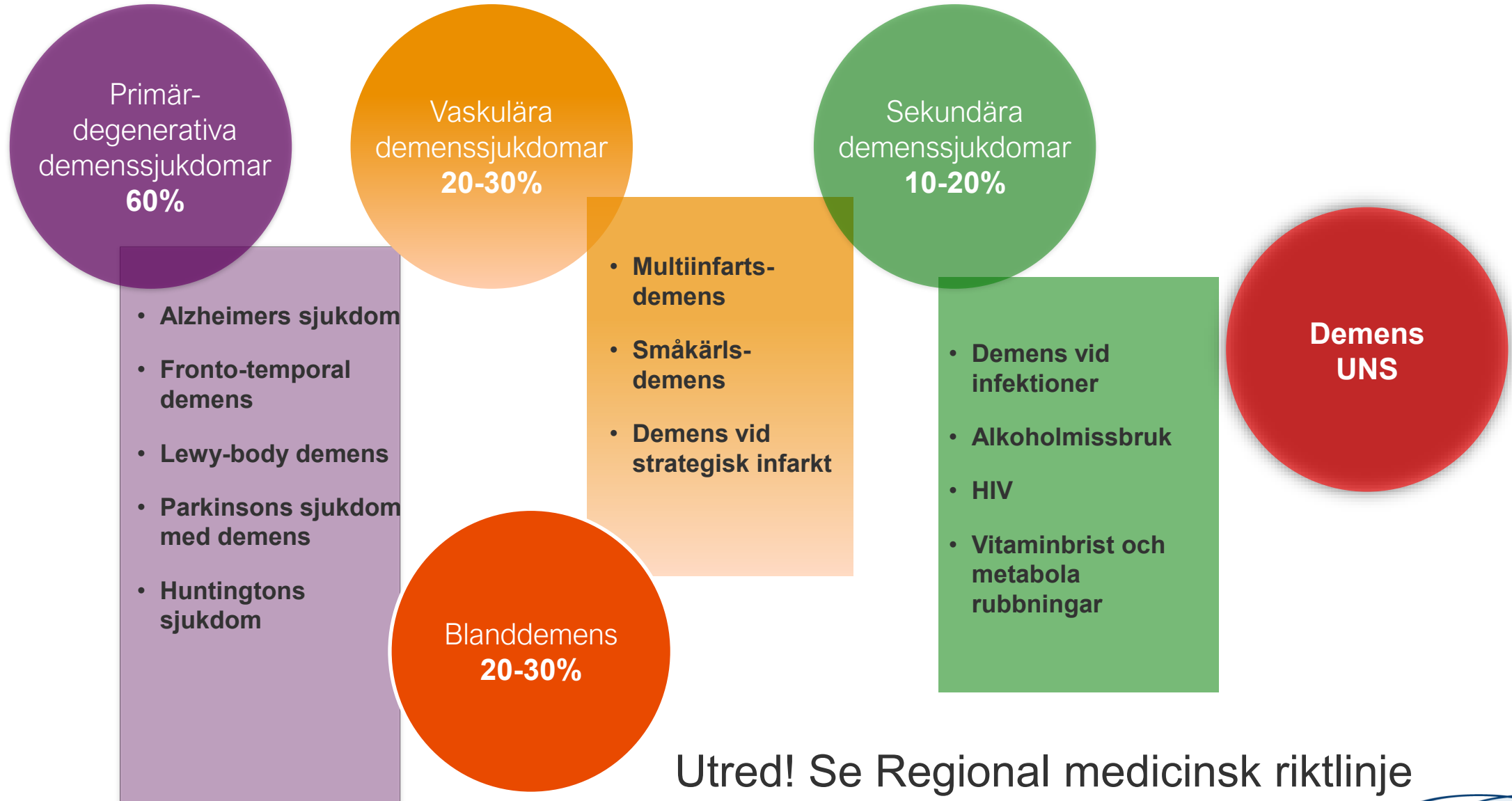
Parkinsonläkemedel

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?

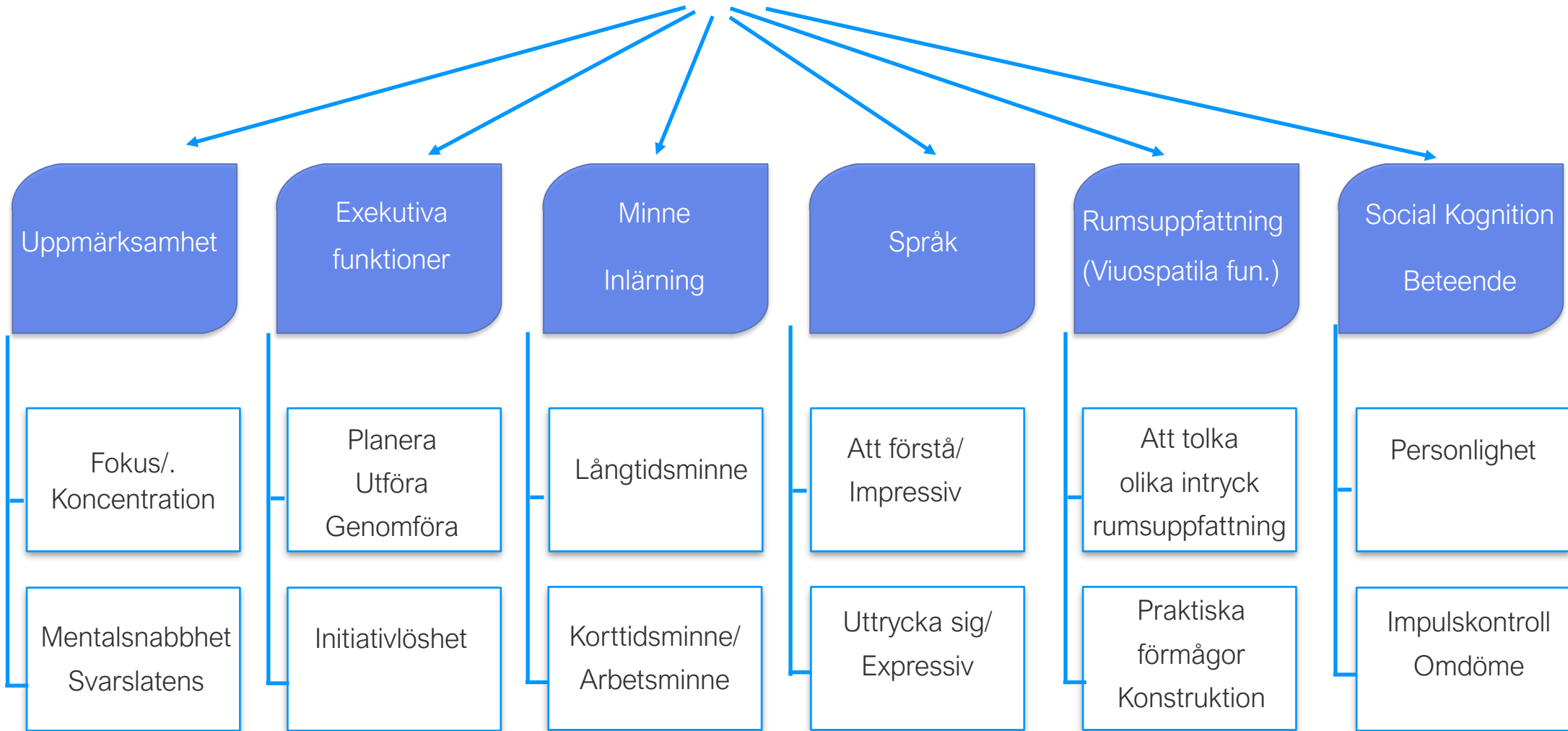


Utred! Se Regional medicinsk riktlinje

[Demenssjukdom, utredning och uppföljning](#)

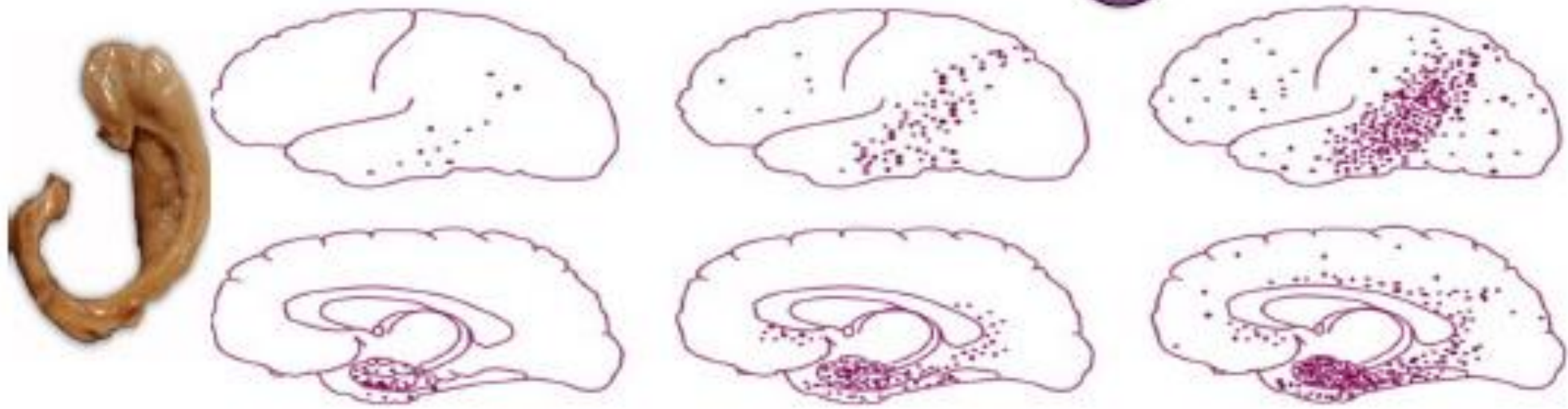
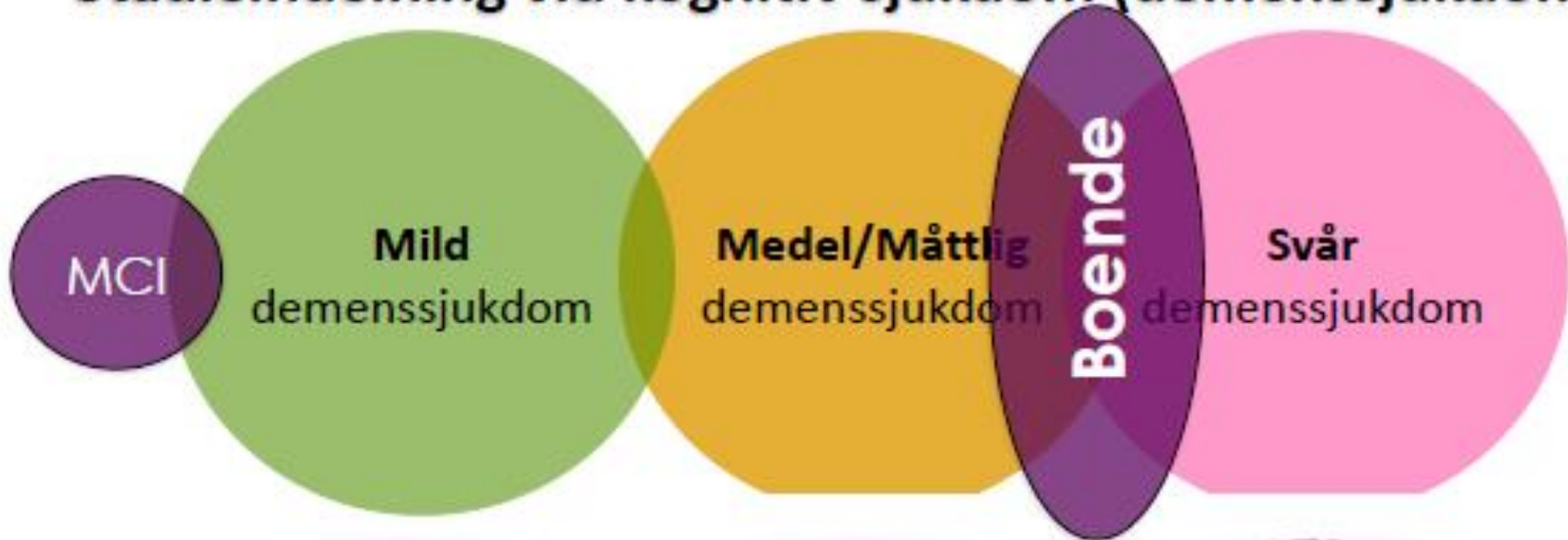
# Demens - Kognitiv sjukdom

## Kognitiva funktioner/förmågor(domäner)



***Olika tankeprocesser för att hantera kunskap och information***  **Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

# 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



[BPSD – Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens](#)



# 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 lösning (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

# 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 och EU med förbehåll.
- 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, risperidon, i låg dos: i undantag vid akuta fasen av psykotiska symtom.
- Tillfällig oro/ångest vid konfusion: Oxazepam (Oxascand/Sobril) med försiktighet

# 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 vårdtåtgärder 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: \_\_\_\_\_

Från [RMR Demens](#)

**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.



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

**Tack för oss!**

**Karin Gebauer, Tanja Greter och Seki Sinani**

Mail: [karin.gebauer@vgregion.se](mailto:karin.gebauer@vgregion.se)  
[tanja.greter@vgregion.se](mailto:tanja.greter@vgregion.se)  
[seki.sinani@boras.se](mailto:seki.sinani@boras.se)